

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПОРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК. Сообщение 3

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Изучены закономерности суицидального поведения среди психически здоровых людей в зависимости от временных параметров: сезон года, месяц, время суток, день недели. Выделены темпоральные факторы высокого суицидального риска для разных типов суицидального поведения (первичного либо повторного). Показано, что критическими по уровню суицидальной активности временными периодами для первичных суицидальных актов являются: весенний сезон года (30,3% самопокушений), март месяц (11,5%) воскресный день недели (17,1%), а для повторных суицидальных попыток – летний сезон года (32,9%), август месяц (20,7%), четверг (18,3%). Вне зависимости от типа суицидального поведения наиболее критичным временным периодом оказалось вечернее время суток (41,5–51,3%).

Ключевые слова: суицидальная попытка (парасуицид), темпоральные предикторы суицидального поведения.

A. P. Gelda

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN HEALTHY SUBJECTS: EXPLORING THE TEMPORAL CHARACTERISTIC. Report 3

The patterns of suicidal behavior have been studied among healthy individuals depending on the temporal characteristics: season, month, time of the day and day of the week. Temporal factors of high suicidal risk are shown for different types of suicidal behavior (primary suicidal attempt or repetitive suicidal acts). Critical periods for primary suicidal acts are shown to be spring season (30,3% parasuicides), March (11,5%), Sunday (17,1%) and for the repetitive suicidal acts – summer season (32,9%), August (20,7%), Thursday (18,3%). The most critical period for every type of suicide behavior is evening time (41,5–51,3%).

Key words: suicide attempt (parasuicide), temporal predictors of suicide behavior.

Самоубийства и преднамеренные самоповреждения (суицидальные попытки) – актуальная проблема во многих странах мира, включая Республику Беларусь. Исследования в суицидологии являются комплексными и проводятся как на популяционном уровне, так и среди групп населения высокого суицидального риска. Исследуются биологические, социальные, этнокультуральные, лич-

ностные, психологические, психопатологические, темпоральные и др. предикторы формирования суицидального поведения [1–2, 4, 10].

В контексте разработки антисуицидальных мероприятий важным является учет всех факторов способствующих или непосредственно вызывающих формирование суицидального поведения у человека. В то же время следует указать на мало изученность про-

блемы темпоральной суицидальной активности, в особенности среди психически здоровых людей, подобного рода исследования которые в Республике Беларусь фактически не проводились [3, 6–9].

Цель исследования – изучение основных темпоральных характеристик суицидального поведения у психически здоровых людей при первичном и повторном самопокушении.

Материал и методы

Исследование в соответствии с протоколом «Схемы интервью Европейского исследования парасуицидов» (EPSIS 5.1) [5] выполнено при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска» на модельной когорте формально психически здоровых лиц (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учетах) с верифицированными в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1).

Изучались временные параметры суицидальной активности (сезон, месяц, день недели, время суток) в сопоставляемых однородных параллельных выборках парасуицидентов с первичным и повторяющимся суицидальным поведением.

Материалы исследования систематизированы и обработаны в программно-аналитическом комплексе MS Excel 2003 с проверкой нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках в режимах параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической (хи-квадрат Пирсона; χ^2) статистики при выбранном двухстороннем 95% уровне значимости.

Всего в исследование при добровольном согласии было включено 472 человека: 390 (средний возраст $30,7 \pm 0,6$ лет) – парасуициденты, совершившие впервые в жизни суицидальную попытку, и 82 ($28,6 \pm 1,1$ лет) – с повторными суицидальными попытками. В выборке парасуицидентов с первичным самопокушением лица мужского пола были представлены 252/64,4% от общего числа выборки и женского – 138/35,4% (соответственно, в выборке с повторным самопокушением 58/70,7% и 24/29,3%) ($P > 0,05$).

В выборках парасуицидентов самоотравления лекарственными и токсическими бытовой химии средствами (122/31,3% случаев) и посредством самотравматизации острыми предметами (52/63,4%) являлись доминирующими, соответственно, при первичном и повторном самопокушении.

В ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса в обеих выборках парасуицидентов наиболее чаще верифицировалось расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (39,2–48,8% случаев).

Результаты и обсуждение

Анализ темпоральных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом различий экстенсивных по-

казателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением.

Темпоральные характеристики: время суток и день недели.

Время суток. Суицидальные попытки (случайность распределения по времени суток при $P = 0,099$, имея тенденцию плавного роста накопления по параболе 2-го порядка; рисунок 1) психически здоровыми людьми чаще совершались в вечернее время суток (51,3% и 41,5% случаев в выборках парасуицидентов с первичным и повторным самопокушением) в противовес минимуму случаев покушений утром (соответственно, 9,7% и 8,5% при соответствующем соотношении риска вечер/утро как 5,3 к 4,9). Различия в накопленной массе суицидальных попыток в ночное время суток при межвыборочном сопоставлении статистически верифицировались (в 1,8 раз чаще совершались самопокушения при хронизации процесса: 22,0% к 12,1% случаев; $P < 0,05$ и $t = 2,037$).

День недели. Распределение случаев суицидальных попыток, совершенных психически здоровыми людьми, по дням недели (случайность явления при $P = 0,624$ и при $P > 0,05$ в межвыборочном сопоставлении; рисунок 2) имело большой частотный разбросом: с плавной тенденцией понижения долей случаев попыток от понедельника к субботе (по параболе 2-го порядка) в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением (от 15,6% до 13,6%) и резким ростом в воскресенье (17,7%) и относительно равномерными пиками/спадами по дням недели (по параболе 5-го порядка) в выборке парасуицидентов с повторными самопокушениями (пик/антипик: понедельник-среда – 17,1% к 9,8%; четверг-воскресенье – 18,3% к 12,2%).

То есть при случайности выбора времени суток ($P = 0,099$) и дня недели ($P = 0,62$) совершения суицидальной попытки имеют место некоторые различия суточной и по дням недели характеристик первичного и повторяющегося суицидального поведения у психически здоровых людей. Суточная характеристика суицидальной готовности вне зависимости от типа суицидального поведения – максимум попыток в вечернее время (41,5–51,3%) и минимум в утреннее (8,5–9,7%) при соотношении риска вечер/утро первичное/повторное самопокушение как 5,3 к 4,9, а по дням недели модифицируется типом суицидального поведения – снижение суицидального риска от воскресенья/понедельника (17,7%/15,6%) к субботе (13,6%) при первичном самопокушении и тенденция роста/снижения с пиками в понедельник и четверг (17,1%/18,3%) и антипиками в среду и воскресенье (9,8%/12,2%) при повторном.

Темпоральные характеристики: сезон и месяц года. Распределение случаев суицидальных попыток в выборках парасуицидентов, психически здоровых лиц, по временам года взаимосвязано с особенностями их помесечного распределения (рисунки 3–4).

Сезон года. Случайность распределения ($P = 0,294$; рисунок 3) с «запаздыванием» по фазе пиков/антипиков изучаемого явления в исследуемых выборках парасуицидентов, психически здоровых людей: при первичном самопокушении пик сезонной суицидальной активности (30,3% случаев) приходится на весну, а при повторном – на лето (32,9%; $P > 0,05$), соответственно, антипики на осень (22,6%) и зиму (15,9%; $P > 0,05$).

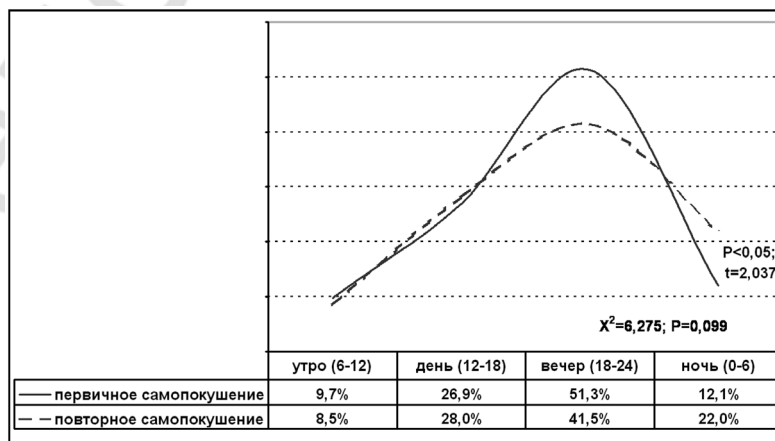


Рис. 1. Распределение случаев суицидальных попыток в течение суток в выборках парасуицидентов, психически здоровых лиц (в %)

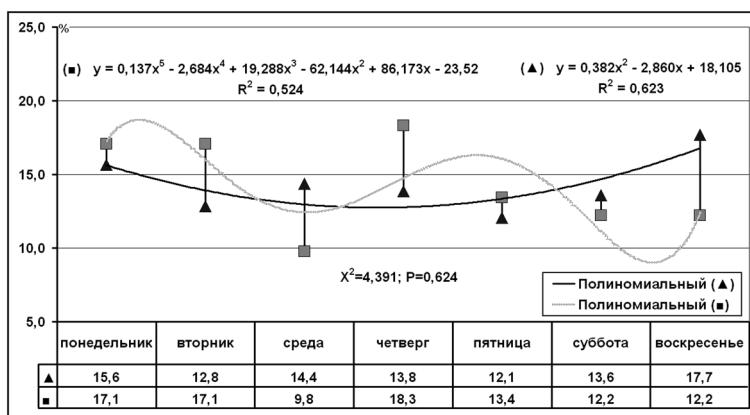


Рис. 2. Распределение случаев суицидальных попыток по дням недели в выборках парасуицидентов, психически здоровых лиц (самопокушение: ▲ – первичное, ■ – повторное)

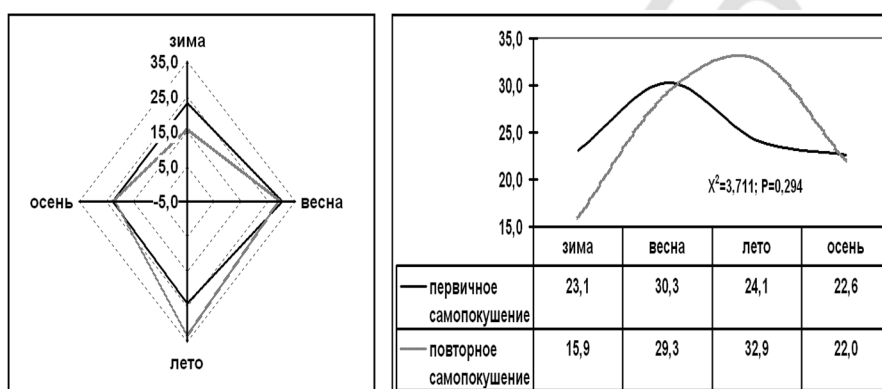


Рис. 3. Сезонность (динамика) распределения случаев суицидальных попыток в выборках парасуицидентов, психически здоровых лиц (%)

То есть сезонная направленность суицидальной активности среди психически здоровых людей совпадает с популяционными в странах Европы сезонными характеристиками весенне-летнего пика и осенне-зимнего спада [1, 3–4], но суицидальный риск в весенне-летнее время года против осенне-зимнего при хронизации суицидального поведения на 38,1% выше, чем при первичном самопокушении (соотношение риска в весенне-летнее время года: 1,6 к 1,2 при 62,2% к 54,4% первичных самопокушений; $P > 0,05$).

Месяц года. Случайность распределения ($P = 0,114$; рисунок 4) с большим амплитудным разбросом помесечных частот распределения суицидальных действий при хронизации суицидального поведения (динамическая тенденция при коэффициенте детерминации $R^2 > 0,5$ в обеих выборках парасуицидентов по параболе 6-го по-

рядка). При анализе по параболам в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей, визуально отмечается следующее: при первичном самопокушении два помесечных формально равношаговых законченных цикла роста/снижения накопления массива суицидальных попыток (январь/март/июнь – 8,7%/11,5%/7,9% и июль/«выброс» в августе/декабрь – 6,4%/9,7%/6,4%) и три не равношаговых цикла при хронизации процесса (январь/март/апрель – 4,9%/14,6%/3,7%; май/июль – 11,0%/6,1% и август/октябрь/декабрь – 20,7%/6,1%/7,3%). Причем следует указать, что максимальные риски суицидальной готовности при первичном самопокушении «выпадали» на первые два весенних месяца (март-апрель – 10,3–11,5% попыток) и на август месяц (9,7%), а при повторном – на март (14,6%), август (20,7%, или в 2,1 раз чаще, чем

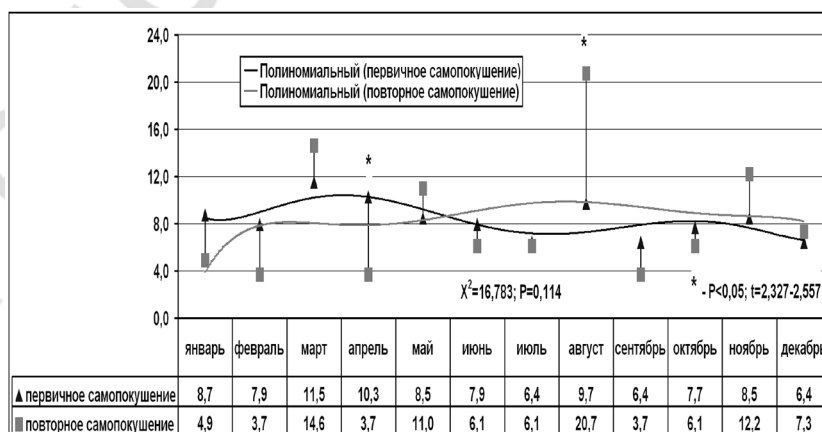


Рис. 4. Помесечная динамика распределения случаев суицидальных попыток в выборках парасуицидентов, психически здоровых лиц (% и тренд)

при первичном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 2,327$) и ноябрь (12,2%). Минимальный суицидальный риск при первичном самопокушении констатировался в июле, сентябре и декабре (по 6,4% попыток) и при повторном в феврале, апреле (в 2,8 раза меньше суицидальность против первичного самопокушения; $P < 0,05$ и $t = 2,557$) и сентябре (по 3,7% попыток).

То есть помесечное распределение суицидальных попыток, совершенных психически здоровыми людьми, не детерминировалось типом суицидального поведения ($P = 0,114$) и характеризовалось широким разбросом их помесечного накопления/снижения. В то же время имелись и определенные отличия. Так, при хронизации суицидального процесса в 2,8 раза ниже был суицидальный риск в апреле месяце (3,7% против 10,3% попыток при первичном самопокушении) и в 2,1 раза выше в августе (20,7% против 9,7%) ($P < 0,05$).

Выводы

1. Выявлены определенные темпоральные закономерности сфер действия незавершенных суицидальных актов среди психически здоровых людей и разным типом суицидального поведения, что следует учитывать при разработке антисуицидальных мероприятий.

2. С учетом темпоральных характеристик выделяются следующие относительные факторы максимального/минимального риска суицидальных действий у психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации:

– вечернее время суток (41,5–51,3% самопокушений) при антипике в утреннее (8,5–9,7%);

– устойчивое снижение суицидального риска от воскресенья/понедельника (17,7%/15,6%) к субботе (13,6%) при первичном и тенденция роста/снижения с пиками в понедельник и четверг (17,1%/18,3%) и антипиками в среду и воскресенье (9,8%/12,2%) при повторном суицидальном поведении;

– весенний сезон года при первичном (30,3% самопокушений) против антипика осенью (22,6%) и летний (32,9%) при повторном суицидальном поведении в противовес антипику зимой (15,9%);

– максимум случаев самопокушений в марте (11,5%) и минимум в июле, сентябре и декабре (по 6,4%) при первичном и соответствующие показатели в августе (20,7%) и в феврале, апреле и сентябре (по 3,7%) месяце при повторном суицидальном поведении.

Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
2. Гелда, Т. С. Распространенность самоубийств в Республике Беларусь в 1990–2004 г.: региональные различия / Т. С. Гелда // Медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 47–52.
3. Мягков, А. Ю. Темпоральные характеристики самоубийств / А. Ю. Мягков // Социо-логические исследования. – 2004. – № 3. – С. 83–92.
4. Напрасная смерть, причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман, пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
5. EPSSIS I Version 5.1 Initial interview / A. J. F. M. Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1989. – 117 p.
6. Kposowa, A. J. Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000–2004 Soc / A. J. Kposowa, E. S. D'Auria // Psychiatr. Epidemiology. – 2010. – Vol. 45. – P. 433–445.
7. Maldonado, G. Variation in suicide occurrence by time of day, day of week, month and lunar phase / G. Maldonado, J. F. Kraus // Suicide Life Threat. Behav. – 1991. – Vol. 21. – P. 174–188.
8. Sleep and suicide: an analysis of a cohort of 394,000 Taiwanese adults / D. Gunnell [et al.] // Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiology. – 2013. – Vol. 48. – P. 1457–1465.
9. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s / J. Holopainen [et al.] // Environ Health Prev. Med. – 2013. – Vol. 18. – P. 494–501.
10. World Report on Violence and Health / eds. E. G. Krug. – Geneva: World Health Organization, 2002. – 346 p.