ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.895+616.89-008.441.44+616-08

П. В. Будьонний

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ М. ЛИСИЧАНСЬК, В ПЕРІОДИ 2006–2013 ТА 2014–2016 РОКІВ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне
lisoblpsihiatria@gmail.com

Актуальність. На тлі високих показників суїцидів в Україні прогнозується зростання такого суїцидогену як розлад адаптації, що викликаний значними змінами психологічної та соціальної обстановки, пов'язаними з війною.

Мета – вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик суїцидальних спроб, здійснених мешканцями м. Лисичанськ за період проведення АТО – 2014–2016 рр., порівняно з 2006–2013 роками.

Матеріали та методи. В процесі роботи з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в довоєнний період, у 2006–2013 роках, у стаціонарних відділеннях ЛОПБ, та 3,5 тисячі пацієнтів, які отримували лікування у 2014–2016 роках, були відібрані 409 і 208 відповідно випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки пацієнтів та проведено їх клініко-анамнестичний аналіз.

Результати. У чоловіків знизилася питома вага суїцидів – з 22,7±0,31 % до 19,8±0,19 %, і значно знизилася питома вага суїцидальних спроб – з 33,7±0,45 % до 23,1±0,22 %. У жінок знизилася питома вага суїцидів (–1,1 %,) та намірів (–5,7 %). Питома вага суїцидальних спроб практично не змінилася – 21,4±0,27 % і 21,1±0,21 %. Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів та суїцидальної поведінки в довоєнний період і на тлі проведення АТО показав, що вказані зміни у чоловіків-суїцидентів були незначними – в межах 2–3 %, а в суїцидентів-жінок – значними, у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з 20–29 на 30–39 років. До загальних тенденцій змін суїцидальної активності у пацієнтів з різними нозологіями можна віднести практично стабільний її рівень у осіб із залежностями від алкоголю і психоактивних речовин, значне зростання у пацієнтів обох статей з шизофренією, значне зниження у пацієнтів з афективними розладами. Суїцидальна активність знизилася у пацієнтів з розладами особистості (–5,2 %) і здорових чоловіків (–11,5 %,), а у жінок з цими ж нозологіями залишилася практично на колишньому рівні.

Висновки. Суїцидальна активність осіб, які мешкають на досліджуваній території, в період проведення АТО значно змінилася, порівняно з довоєнним періодом.

Ключові слова:
суїцид, суїцидальна поведінка, війна, АТО.

Актуальність. Україна належить до країн з найвищим рівнем самогубств в Європі – 22 випадки на 100 тис. населення (дані Держкомстату на 2016 р.). На тлі цих показників прогнозується зростання такого суїцидогену як розлад адаптації, викликаний значними змінами психологічної та соціальної обстановки, пов'язаними з війною.

Згідно з висновками Г. Я. Пилягіної, «аутоагресія – є спосіб поведінки людини в екстремальній ситуації, одна з форм (поряд з агресією) закономірного і доцільного комплексного механізму пристосування. Її характер і «ступінь важкості» являє собою результуючий вектор особистісних психологічних установок, індивідуальних біологічних реакцій організму, який потенціюється певними ситуаційними (соціальними) умовами» [11].

З точки зору медицини, війна – це травматична епідемія [6]. На відміну від війн XVIII – початку XX століття, коли від війни страждало до 5 % не задіяного в бойових діях мирного населення, залучення населення в сучас-

них конфліктах становить близько 90 %. Це населення в подальшому потребує спеціалізованої допомоги для нівелювання та пом'якшення негативного впливу психотравмуючих чинників [7].

Якщо економічний спад, безробіття, невпевненість у завтрашньому дні, самотність, розлучення, низька адаптація індивіда в соціумі є загальновизнаними суїцидогенами [1, 3, 12], то конвенціональну війну деякі автори відносять до антисуїцидальних факторів. У роботі Е. Дюркгейма (1912 р.) висловлено думку, що вплив економічних криз і війни не можна ототожнювати. Пояснювався цей феномен тим, що створюються передумови для більшої згуртованості суспільства, знижуючи ймовірність ізоляції і відчуження його членів, що війни «оживляють колективні почуття, пробуджують дух партійності і патріотизму, політичну віру і віру національну та, зосереджуючи індивідуальні енергії на здійсненні однієї мети, створюють в суспільстві – принаймні на якийсь час – тіснішу згуртованість».

Особливістю поточної війни є її гібридний характер. Важливим фактором впливу на населення стала інформаційно-психологічна складова гібридної війни [7]. Її мішенями стали базові цінності особистості, самосвідомість (менталітет, культура, мова спілкування), самоідентифікація (соціальна і рольова ідентифікація). Результат впливу на ці мішені проявився у відстороненні від суспільства окремих соціальних груп, які поставили свої цінності (зазвичай протиправні), вище Закону та загальноприйнятих норм.

Офіційно війна на Сході України почалася в квітні 2014 року, з початком вторгнення російських військових підрозділів на територію Луганської та Донецької областей. Однак з березня 2014 року на території Лисичанська вже перебували групи озброєних людей без відзнак, які готували обстановку до проведення «референдуму». У квітні 2014 року, після проведення «референдуму» та проголошення ЛНР, на території міста стали відкрито діяти збройні бандформування.

Перші відкриті зіткнення сталися 22 травня 2014 року. До моменту звільнення, яке відбулося 24 липня 2014 року, місто Лисичанськ і довколишні населені пункти перебували в епіцентрі бойових дій [4].

Згідно з даними опитування, проведеного серед хворих ЛОПБ, 65 % респондентів потрапляли під обстріл, 46 % отримували «погані новини», 32 % були під бомбардуваннями, 20 % стали свідками бійок, 3 % – викрадень, 5 % – інших злочинів, у 17 % за межі регіону виїхали родичі.

У місті до моменту звільнення від проросійських бойовиків були відключені українські телеканали і населення перебувало під впливом постійної інформаційної пропаганди. З 200 співробітників Лисичанської обласної психіатричної лікарні в цей період, в основному через страх перед приходом «українських карателів», звільнилося 43 (21,5 %) людини і понад 50 (понад 25 %) скористалися безкоштовними відпустками, щоб покинути місто.

Зараз м. Лисичанськ і довколишні населені пункти є прифронтовими, а також перевалочними і логістичними пунктами для збройних сил України (ЗСУ). Бойові дії тривають на відстані артилерійського пострілу від міста.

Вивчення суїцидальної поведінки в умовах безпосередньої небезпеки для життя, що йде ззовні, дозволить поглянути на проблему під іншим кутом. Порівнюючи дані за ці періоди можна буде виключити ряд невідомих і визначити змінні.

Мета дослідження – вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик суїцидальних спроб, здійснених мешканцями м. Лисичанськ і прилеглих територій за період 2014–2016 рр. в порівнянні з 2006–2013 рр., для подальшої оцінки та прогнозування наслідків суїцидальної активності.

Завдання дослідження – визначити предиктори формування суїцидальної поведінки у населення, що проживає в депресивному регіоні Донбасу, в період з 2006 по 2016 рік.

Дослідити і систематизувати вплив соціально-демографічних, клінічних, психодіагностичних показників на механізми виникнення суїцидальної поведінки.

Матеріали та методи дослідження

У ході роботи з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих (ф. № 003/о), які проходили лікування у стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні в довоєнний період (2006–2013 рр.) [2], і 3,5 тис. пацієнтів, які лікувалися в 2014–2016 рр., були відібрані 409 і 208 відповідно випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки пацієнтів і проведено їх клініко-анамнестичний аналіз.

При використанні клініко-анамнестичного методу критерієм оцінки стану пацієнта була міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

У ході роботи було проаналізовано весь спектр суїцидальної поведінки (СП), що поєднує в собі суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самоушкодження або самознищення, тобто всі внутрішні й зовнішні форми суїцидальної активності [1, 3, 13].

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (квадратичне відхилення) на комп'ютері з використанням обчислювальних таблиць Excel Microsoft Office, 2014 [5].

Результати та їх обговорення

Розподіл суїцидальної поведінки за формами з урахуванням статі в період до війни був представлений таким чином: суїцидальні наміри (31,2±0,33 %) та суїцид (26,6±0,3 %) достовірно частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків (24,7±0,38 % і 22±0,36 % відповідно), а суїцидальні спроби – частіше у чоловіків (33,7±0,45 %), ніж у жінок (21,4±0,27 %).

Аналіз змін співвідношення форм суїцидальної поведінки на тлі проведення АТО (рис. 1) показав, що питома вага суїцидів знизилася як у чоловіків (з 22,7±0,31 % до 19,8±0,19%), так і у жінок (з 23,8±0,26 % до 23,5±0,23 %). Значно знизилася питома вага суїцидальних спроб у чоловіків (з 33,7±0,45 % до 23,1±0,22 %) і практично не змінилася у жінок (21,4±0,27 % і 21,1±0,21 % відповідно).

Питома вага суїцидальних думок зросла і у чоловіків (з 11,4±0,26 % до 17,3±0,17 %), і у жінок (з 11,7±0,2 % до 20,7±0,2 %).

Питома вага намірів у чоловіків зросла (з 24,7±0,36 % до 29,7±0,38 %), а у жінок, навпаки, знизилася (з 31,2±0,33 % до 25,5±0,25 %).

Підводячи підсумки, можна стверджувати, що у чоловіків зросла питома вага думок і намірів при зниженні суїцидів і суїцидальних спроб, а у жінок зросла питома вага думок, але зменшилась кількість задумів і суїцидів.

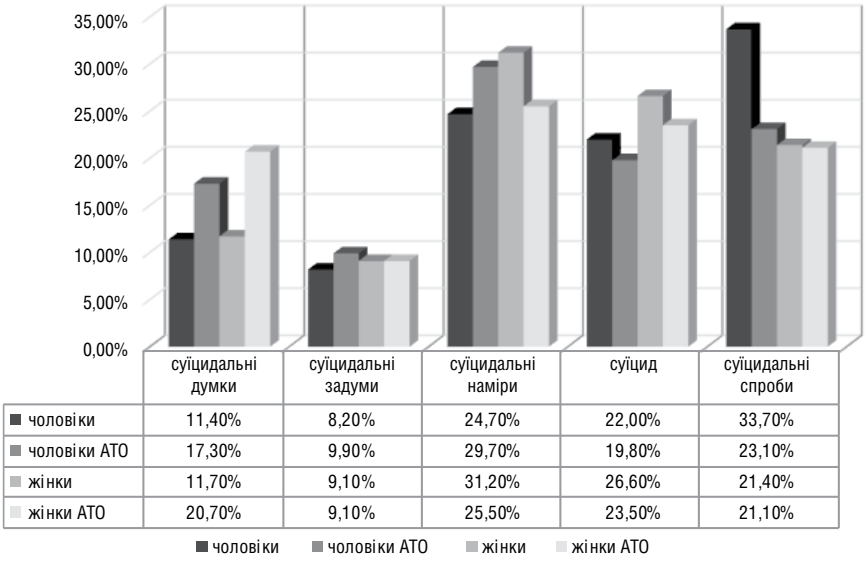
Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів з суїцидальною поведінкою на тлі проведення АТО (рис. 2), показав, що зміни у чоловіків-суїцидентів були незначні – в межах 2–3 %. Зросла питома вага суїцидентів у віці 20–29 років – з 25,9±0,62 % до 28,9±0,77 %, 40–49 років – з 14,9±0,63 % до 17,3±0,57 % і, найбільше, у віці 60–69 років – з 5,5±0,59 % до 9,1±0,77 %; зменшилась питома вага в категоріях 18–19 років – з 4,7±0,63 % до 2,5±0,5 %, 30–39 років – з 34,1±0,68 % до 29,7±0,56 %, і 50–59 років – з 12,1±0,52 % до 9,9 %. Загалом аналізуючи криву розподілу можна сказати, що вона стала більш плавною і з неї зник пік, що припадав на вік 30–39 років, який спостерігався раніше.

Відбулися значні зміни співвідношення віку суїцидентів-жінок у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з віку 20–29 років (11,5±0,21 %) на 30–39 років (31±0,42 %) і відсутності значних змін після 40 років.

Суїцидальна активність більш ніж удвічі зменшилась у жінок вікової категорії 20–29 років – з 23,4±0,35 % до 11,5±0,21 %, і значно зросла – у вікової категорії 30–39 років – з 17,5±0,28 % до 31±0,42 %.

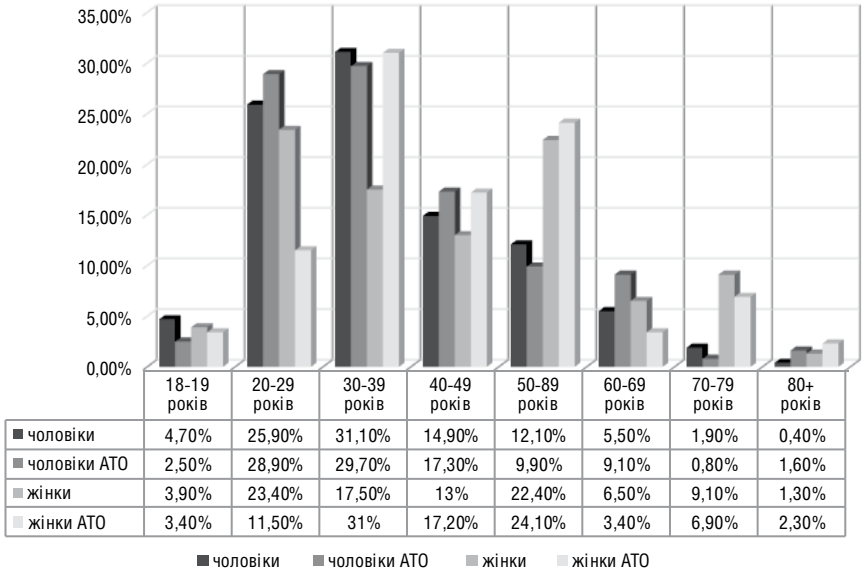
Аналіз мотивації довоєнного періоду показав, що найбільші зміни відбулися в таких мотивах як уникнення нестерпної ситуації, з переважанням серед суїцидентів чоловіків (32,4±0,44 % чоловіків і 11,7±0,2 % жінок). Зворотна ситуація, з переважанням серед суїцидентів жінок, спостерігалася в таких мотивах як уникнення страждань та покарання себе (34,4±0,34 % і 16,9±0,24 % у жінок, 15,7±0,3 % і 11±0,25 % у чоловіків відповідно).

Аналіз змін мотивації суїцидальної поведінки на тлі АТО (рис. 3) показав, що у чоловіків відбулися незначні зміни в таких мотивах як «крик про допомогу» (зниження з 17,2±0,32 % до 15,7±0,15 %), про-



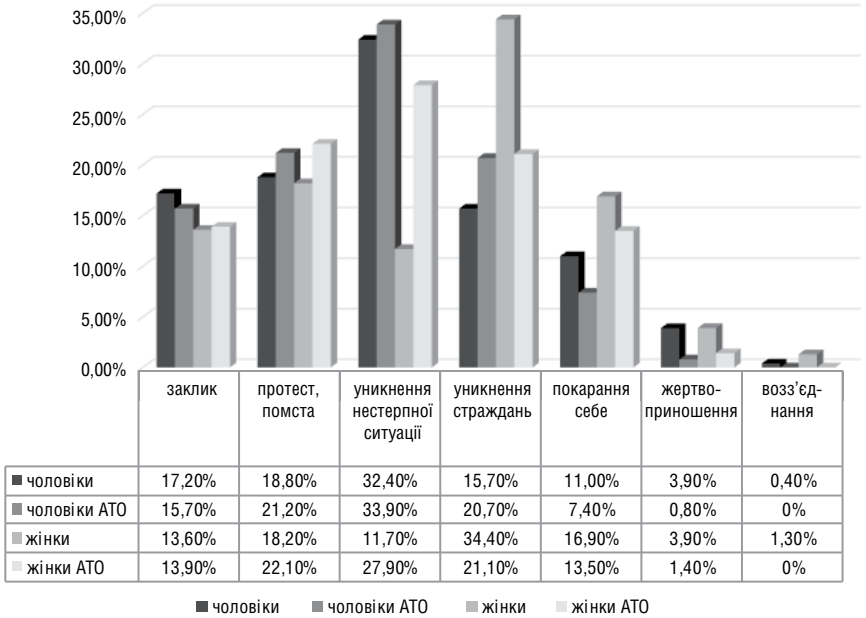
	суїцидальні думки	суїцидальні задуми	суїцидальні наміри	суїцид	суїцидальні спроби
чоловіки	11,40%	8,20%	24,70%	22,00%	33,70%
чоловіки АТО	17,30%	9,90%	29,70%	19,80%	23,10%
жінки	11,70%	9,10%	31,20%	26,60%	21,40%
жінки АТО	20,70%	9,10%	25,50%	23,50%	21,10%

Рис. 1. Розподіл суїцидальної поведінки за формами з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)



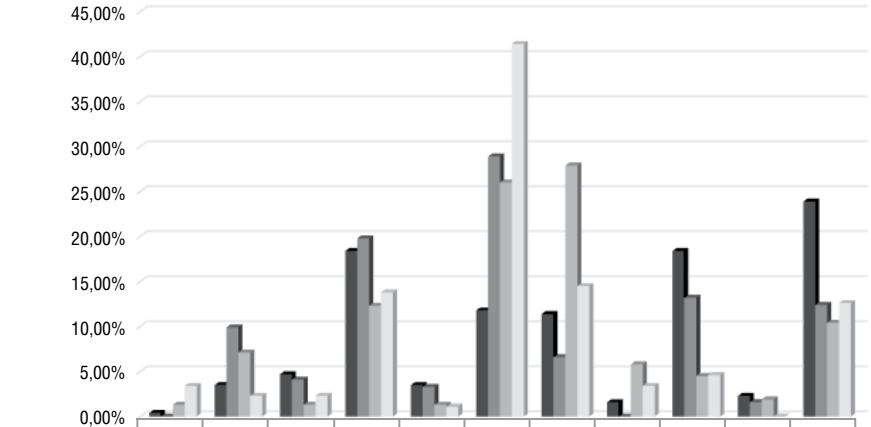
	18-19 років	20-29 років	30-39 років	40-49 років	50-89 років	60-69 років	70-79 років	80+ років
чоловіки	4,70%	25,90%	31,10%	14,90%	12,10%	5,50%	1,90%	0,40%
чоловіки АТО	2,50%	28,90%	29,70%	17,30%	9,90%	9,10%	0,80%	1,60%
жінки	3,90%	23,40%	17,50%	13%	22,40%	6,50%	9,10%	1,30%
жінки АТО	3,40%	11,50%	31%	17,20%	24,10%	3,40%	6,90%	2,30%

Рис. 2. Розподіл суїцидальної повденки за віком з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)



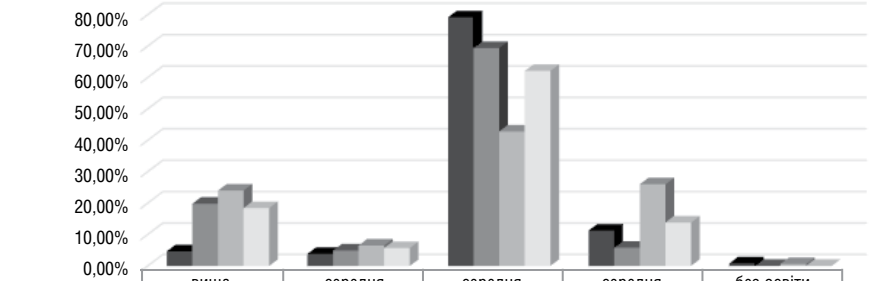
	заклик	протест, помста	уникнення нестерпної ситуації	уникнення страждань	покарання себе	жертво-приношення	возз'єд-нання
чоловіки	17,20%	18,80%	32,40%	15,70%	11,00%	3,90%	0,40%
чоловіки АТО	15,70%	21,20%	33,90%	20,70%	7,40%	0,80%	0%
жінки	13,60%	18,20%	11,70%	34,40%	16,90%	3,90%	1,30%
жінки АТО	13,90%	22,10%	27,90%	21,10%	13,50%	1,40%	0%

Рис. 3. Розподіл суїцидальних спроб за мотивами (2006–2013 та 2014–2016 рр.)



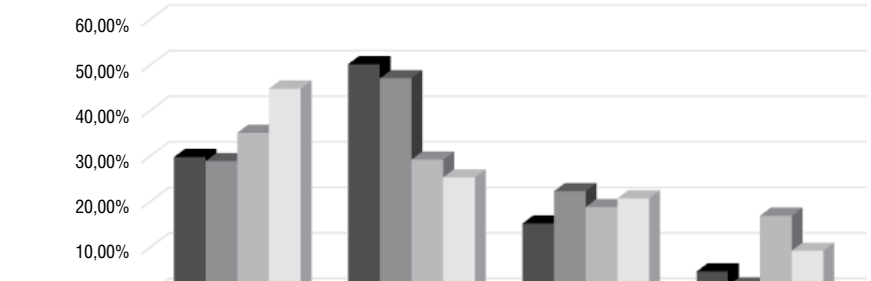
	F 00-02	F 06	F 07	F 10	F 11-19	F 20-29	F 30-39	F 40-48	F 60-69	F 70-79	F 0 здорові
чоловіки	0,40%	3,50%	4,70%	18,40%	3,50%	11,80%	11,40%	1,60%	18,40%	2,30%	23,90%
чоловіки АТО	0,00%	9,90%	4,10%	19,80%	3,30%	28,90%	6,60%	0,00%	13,20%	1,60%	12,40%
жінки	1,30%	7,10%	1,30%	12,30%	1,30%	26%	27,90%	5,80%	4,50%	1,90%	10,40%
жінки АТО	3,40%	2,30%	2,30%	13,80%	1,10%	41,40%	14,50%	3,40%	4,60%	0%	12,60%

Рис. 4. Розподіл суїцидальної поведінки за діагнозом з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)



	вища	середня технічна	середня спеціальна	середня	без освіти
чоловіки	4,70%	3,90%	79,20%	11,30%	0,80%
чоловіки АТО	19,80%	4,90%	69,40%	5,80%	0,00%
жінки	24%	6,50%	42,80%	26%	0,60%
жінки АТО	18,40%	5,70%	62,10%	13,80%	0%

Рис. 5. Розподіл суїцидальної поведінки залежно від освіти з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)



	одружений - заміжня	неодружений-незаміжня	розлучений-розлучена	вдівець-вдова
чоловіки	29,80%	50,20%	15,20%	4,70%
чоловіки АТО	28,90%	47,10%	22,30%	1,60%
жінки	35,10%	29,20%	18,80%	16,90%
жінки АТО	44,80%	25,30%	20,70%	9,20%

Рис. 6. Розподіл суїцидальних спроб залежно від сімейного стану з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.).

тест (зростання з 18,8±0,33 % до 21,5±0,21 %), уникнення нестерпної ситуації (зростання з 32,4±0,44 % до 33,9±0,33 %) і більш значущі, але в межах 5 %, – уникнення страждань (зростання з 15,7±0,3 % до 20,7±0,2 %), покарання себе (зниження з 11±0,25 % до 7,4±0,07 %) і жертвоприношення (зниження з 3,9±0,15 % до 0,8±0,008 %).

У жінок значно зросла питома вага мотивації у вигляді уникнення нестерпної життєвої ситуації (з 11,7±0,2 % до 19,5±0,19 %) і знизилася кількість випадків суїцидальної поведінки з мотивів уникнення страждань (з 34,4±0,34 % до 21,8±0,21 %).

Нозологічна структура довоєнного періоду була представлена таким чином: у чоловіків найбільший показник припав на здорових – 23,9±0,38 %, на тих, що страждають алкоголізмом – 18,4±0,33 % і пацієнтів з розладами особистості – 18,4±0,33 %. У жінок на хворих на шизофренію, шизотиповий і маячні розлади припало по 26,0±0,3 %, на афективні розлади – 27,9±0,31 %.

До загальних тенденцій змін суїцидальної активності у пацієнтів з різними нозологіями в період війни (рис. 4) можна віднести практично стабільний її рівень у пацієнтів із залежністю від алкоголю (у чоловіків – з 18,4±0,33 % до 19,8±0,19 %, у жінок – з 13,3±0,2 % до 13,8±0,13 %) і психоактивних речовин (у чоловіків – з 3,5±0,14 % до 3,3±0,03 %, у жінок – з 1,3±0,06 % до 1,1±0,01 %), значне зростання суїцидальної активності у пацієнтів обох статей з шизофренією (у чоловіків – з 11,8±0,26 % до 28,9±0,28 %, у жінок – з 26±0,3 % до 41,4±0,4 %), значне зниження – у пацієнтів з афективними розладами (у чоловіків – з 11,4±0,26 % до 6,6±0,06 %, у жінок – з 27,9±0,31 % до 14,5±0,14 %).

У пацієнтів з розладами особистості та у здорових чоловіків суїцидальна активність знизилася (з 18,4±0,33 % до 13,2±0,13 % і з 23,9±0,38 % до 12,4±0,12 % відповідно), а у жінок з цими ж нозологіями залишилася практично на колишньому рівні.

Привертає увагу зростання суїцидальної активності у чоловіків з вищою освітою (рис. 5) – з 35,1±0,35 % до 44,8±0,44 %, або на 9,7 %.

Значні зміни суїцидальної активності залежно від сімейного стану відбулися тільки у заміжніх жінок (рис. 6) у вигляді зростання на 15,1 % – з 4,7±0,16 % до 19,8±0,19 %.

Висновки

1. Суїцидальна активність мешканців досліджуваної території в період проведення АТО значно змінилася, порівняно з довоєнним періодом.

2. До загальних тенденцій змін суїцидальної поведінки чоловіків та жінок можна віднести стабільний її рівень у пацієнтів з залежностями, зростання активності у пацієнтів з шизофренією (у чоловіків – з 11,8±0,26 % до 28,9±0,28 %, у жінок – з 26±0,3 % до 41,4±0,4 %) і значне зниження у пацієнтів з афективними розладами (у чоловіків – з 11,4±0,26 % до 6,6±0,06 %, у жінок – з 27,9±0,31 % до 14,5±0,14 %).

3. У чоловіків зниження суїцидальної активності виявлено у пацієнтів з розладами особистості (–5,2 %) і у здорових осіб (–11,5 %), у жінок же суїцидальна активність у пацієнток з розладами особистості та здорових майже не змінилася.

4. У чоловіків збільшилася питома вага суїцидальних думок (+5,9 %) і намірів (+5 %) та зменшилася питома вага суїцидів (–2,9 %) і суїцидальних спроб (–10,6 %).

5. У чоловіків виросли показники наступних мотивів суїцидальної активності: уникнення страждань (+5 %), протест (+2,7 %) і уникнення нестерпної ситуації (+1,5 %), зменшилися – «крик про допомогу» (–1,5 %) і покарання себе (–3,6 %).

6. У жінок збільшилася питома вага суїцидальних думок (+9 %) та зменшилася питома вага намірів (–5,7 %) і суїцидів (–1,1 %).

7. У жінок зросла питома вага мотиву уникнення нестерпної життєвої ситуації (+7,8 %), та значно зменшилася – уникнення страждань (–12,6 %).

8. Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів з суїцидальною поведінкою в довоєнний період і на тлі проведення АТО показав, що зміни у чоловіків суїцидентів виявилися незначними – в межах 2–3 %.

9. У співвідношенні віку в суїцидентів-жінок відбулися значні зміни у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з 20–29 років (11,5±0,21 %) на 30–39 років (31±0,42 %); значні зміни після 40 років були відсутні.

Список використаної літератури

1. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.
2. Будьонний П. В. Особливості суїцидальної поведінки осіб, які мешкають у депресивному промисловому регіоні м. Лисичанськ (2006–2013 рр.) / П. В. Будьонний // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 3 (86). – С. 28–32.
3. Ласый Е. В. Выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике : учеб.-метод. пособие / Е. В. Ласый, О. И. Паровая. – Мн. : БелМАПО, 2012. – 34 с.
4. Розпорядження Кабінету міністрів України від 30 жовтня 2014 р. № 1053-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких здійснювалася антитерористична операція» [Електронний ресурс] // Офіційний веб-портал Верховна Рада України. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1053-2014-%D1%80 (дата звернення 28.06.16).
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Моріон, 2000. – 320 с.
6. Расстройство адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 5–12.
7. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна: медико-психологічні наслідки та стратегії протидії / М. В. Маркова // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2016. – № 4 (24). – С. 6–10.
8. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я. За результатами анкетування осіб, які постраждали у зоні АТО в Україні, внутрішньо переміщених осіб та працівників, задіяних у допомозі / І. Я. Пінчук, Н. М. Степанова, О. О. Суховій, Г. С. Сулімовська // НейроNEWS. – 2015. – № 1 (65). – С. 8–11.
9. Психиатрия войн и катастроф : учебное пособие / В. К. Смирнов, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко [и др.] ; под ред. В. К. Шамрея. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 431 с.
10. Пилягина Г. Я. Многоликость саморазрушения (особенности аутодеструктивных эквивалентов) / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. – 2002. – Т. 6, № 2. – С. 52–56.
11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 24–27.
12. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : монографія / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
13. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 34–36.
14. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология [Текст] / Л. Н. Юрьева // Новости медицины и фармации. – 2015. –№ 540. – С. 30–34.
15. Юрьева Л. Н. Социокультуральная динамика осознанного суицидального поведения [Текст] / Л. Н. Юрьева // Новости медицины и фармации. – 2015. – № 540. – С. 53–55.

References

1. Ambrumova, A. G., & Tihonenko, V. A. (1980). *Diagnostika suicial'nogo povedenija* [Diagnosis of suicidal behavior]. Moscow, 48 p. (In Russian).
2. Budonnyi, P. V. (2016). Osoblyvosti suitsydalnoi povedinky osib, yaki meshkaiut u depresyvnomu promyslovomu rehioni m. Lysychansk (2006–2013 rr.) [Features of suicidal behavior of persons living in a depressed industrial region Lisichansk (2006–2013)]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 2 (85), pp. 11–15. (In Ukrainian).
3. Lasyj, E. V., & Parovaja, O. I. (2012). *Vyjavlenie pacientov s suicidal'nym riskom v obshhemedicinskoj praktike* [Identification of patients with suicidal risk in general practice]. Minsk: BelMAPO, 34 p. (In Russian).
4. The Cabinet of Ministers of Ukraine (2014). *Rozporiadzhennia Kabinetu ministriv Ukrainy vid 30 zhovtnia 2014 r. № 1053-r «Pro zatverdzhennia pereliku naselenykh punktiv, na terytorii yakykh zdiisniuvalasia antyterorystychna operatsiia»* [The Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated October 30, 2014 No. 1053-r "On approval of the list of settlements on the territory of which the antiterrorist operation was carried out"]. Retrieved from: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1053-2014-%D1%80 (accessed 25.01.2017, in Ukrainian).
5. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babych, P. N. (2000). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskih issledovanijah s ispol'zovaniem Excel* [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv: Morion, 320 p. (In Russian).
6. Linskiy, I. V., Kuzminov, V. N., Pozdnyakova, N. V., Onyshchuk, S. V., Shestopalova, L. F., & Grinevich, Ye. G. (2014). Rasstrojstvo adaptacii sredi grazhdans'kogo naselenija, perezhivshego boevye dejstvija, spustja mesjac posle ih prekrashhenija [Adaptation disorders among the civil population, who have endured by battle actions, in a month after their termination]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 5–12. (In Russian).
7. Markova, M. V. (2016). Informatsiino-psykholohichna viina: medyko-psykholohichni naslidky ta stratehii protydi [The information-psychological war: medical-psychological effects and counteraction's strategies]. *Problemy bezperervnoi medychnoi osvity ta nauky – Problems of continuous medical training and science*, no. 4 (24), pp. 6–10. (In Ukrainian).
8. Pinchuk, I. Ya., Stepanova, N. M., Sukhovii, O. O., & Sulimovska, H. S. (2015). Vplyv psykhosotsialnykh faktoriv na psykhichne zdorov'ia. Za rezultatamy anketuvannia osib, yaki postrazhdaly u zoni ATO v Ukraini, vnutrishno peremishchenykh osib ta pratsivnykiv, zadiianykh u dopomozi [Influence of psychosocial factors on mental health. According to the results of the questionnaire of persons who suffered in the zone of ATO in Ukraine, internally displaced persons and workers involved in assistance]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 1 (65), pp. 8–11. (In Ukrainian).
9. Shamrej, V. K. (Ed). (2015). *Psihiatrija vojn i katastrof* [Psychiatry of wars and disasters]. Saint Petersburg: SpecLit, 431 p. (In Russian).
10. Pyliagina, G. Ya. (2002). Mnogolikost' samorazrushenija (osobennosti autodekstruktivnyh jekvivalentov) [Multifaceted of self-destruction (features of autodextritive equivalents)]. *Tavricheskij zhurnal psihiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 6, no. 2, pp. 52–56. (In Russian).
11. Pyliagina, G. Ya. (1999). Autoagressija: biologicheskaja celesoobraznost' ili psihologicheskij vybor? [Auto-aggression: biological expediency or psychological choice?]. *Tavricheskij zhurnal psihiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 3, no. 3, pp. 24–27. (In Russian).
12. Yur'ieva, L. M. (2006). *Klinicheskaja suicidologija* [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk, Porogi, 472 p. (In Russian).
13. Yur'ieva, L. M. (2007). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: realii i perspektivy [A suicide situation in Ukraine: realities and prospects]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii* – Ukrainian Journal *psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 34–36. (In Russian).
14. Yur'ieva, L. M. (2015). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: statistika i jepidemiologija [A suicide situation in Ukraine: statistics and epidemiology]. *Gazeta «Novosti mediciny i farmacii» – The newspaper «News of Medicine and Pharmacy»*, no. 540, pp. 30–34. (In Russian).
15. Yur'ieva, L. M. (2015). Sociokul'tural'naja dinamika osoznannogo suicidal'nogo povedenija [Socio-cultural dynamics of conscious suicidal behavior]. *Gazeta «Novosti mediciny i farmacii» – The newspaper "News of Medicine and Pharmacy"*, no. 540, pp. 53–55. (In Russian).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ Г. ЛИСИЧАНСК, В ПЕРИОД 2006–2013 И 2014–2016 ГОДОВ

П. В. Буденный

Актуальность. На фоне высоких показателей суицидов в Украине прогнозируется рост такого суицидогена как расстройство адаптации, вызванное значительными изменениями психологической и социальной обстановки, связанными с войной.

Цель – изучение социально-демографических и гендерных характеристик суицидальных попыток, совершенных жителями г. Лисичанск за период проведения АТО – 2014–2016 гг., по сравнению с 2006–2013 годами.

Материалы и методы. В процессе работы из 15 тыс. медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение в довоенный период, в 2006–2013 годах, в стационарных отделениях ЛОПБ, и 3,5 тысячи пациентов, получавших лечение в 2014–2016 годах, были отобраны 409 и 208 соответственно случаев суицидального и аутоагрессивного поведения пациентов и проведен их клинико-анамнестический анализ.

Результаты. У мужчин снизился удельный вес суицидов – с 22,7±0,31 % до 19,8±0,19 %, и значительно снизился удельный вес суицидальных попыток – с 33,7±0,45 % до 23,1±0,22 %. У женщин снизился удельный вес суицидов (– 1,1 %), и намерений (– 5,7 %). Удельный вес суицидальных попыток практически не изменился – 21,4±0,27 % и 21,1±0,21 %. Анализ изменений соотношения возраста пациентов и суицидального поведения в довоенный период и на фоне проведения АТО показал, что указанные изменения у мужчин-суицидентов были незначительными – в пределах 2–3 %, а у суицидентов-женщин – значительными, в виде переноса первого пика суицидальной активности с 20–29 на 30–39 лет. К общим тенденциям изменений суицидальной активности у пациентов с различными нозологиями можно отнести практически стабильный ее уровень у лиц с зависимостями от алкоголя и психоактивных веществ, значительный рост у пациентов обоих полов с шизофренией, значительное снижение у пациентов с аффективными расстройствами. Суицидальная активность снизилась у пациентов с расстройствами личности (–5,2 %) и здоровых мужчин (–11,5 %), а у женщин с этими же нозологиями осталась практически на прежнем уровне.

Выводы. Суицидальная активность лиц, проживающих на исследуемой территории, в период проведения АТО значительно изменилась, по сравнению с довоенным периодом.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, война, АТО.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN THE DEPRESSED INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK IN THE PERIODS 2006-2013 AND 2014-2016

P. V. Budonnyi

Background. Considering high suicide rates in Ukraine, the growth of such a suicidal factor as adaptation disorder is predicted. It is caused by significant changes in the psychological and social situation associated with the war.

Objective: to study the socio-demographic and gender characteristics of the committed suicide attempts among the population of Lisichansk during the period of antiterrorist operation (ATO) 2014-2016 in comparison with 2006-2013.

Materials and methods. During the course of the work, out of 15,000 medical records of inpatients treated in the pre-war period 2006-2013 in the stationary departments of LOPB, and 3,500 patients in 2014-2016, 409 cases of suicidal and 208 cases of autoagressive behavior we conducted their clinical and anamnestic analysis.

Results. In men, the proportion of suicides decreased from 22.7% ± 0.31 to 19.8% ± 0.19 and the proportion of suicidal attempts decreased significantly from 33.7% ± 0.45 to 23.1 ± 0.22. In women, the proportion of suicides and intentions decreased (–1.1 % and –5.7 % respectively). The proportion of suicidal attempts did not change significantly 21.4 % ± 0.27 and 21.1 ± 0.21. Analysis of changes in the ratio of the age of patients with suicidal behavior in the pre-war period and against the background of ATO showed, that the changes in men suicides were insignificant in the range of 2-3 %, and a significant change in the age ratio of women suicides in the form of transfer of the first peak of suicidal activity from 20–29 to 30–39 years. There are such patterns of changes in suicidal activity as almost stable level in patients with alcohol and psychoactive substances addiction, a significant increase in patients of both sexes with schizophrenia, a significant decrease in patients with affective disorders. Suicidal activity decreased in patients with personality disorders (–5.2 %) and in healthy men (–11.5 %), however in women with the same nosology – remained practically at the same level.

Conclusions. The suicidal activity in the study area during the ATO period has significantly changed in comparison with the pre-war period.

Keywords: suicide, suicidal behavior, war, ATO.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2017 р.

БУДЬОННИЙ Павло Валерійович, головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні, м. Лисичанськ, асистент кафедри психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com

БУДЁННЫЙ Павел Валерьевич, главный врач Лисичанской областной психиатрической больницы, г. Лисичанск, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com

BUDONNYI Pavlo Valeriiovych, Head of Lysychansk Regional Mental Hospital, Lysychansk, Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology of State Institution «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com