

## Самоубийство после преднамеренного самоповреждения: 4-летнее когортное исследование

Джейн Купер, R.M.N., Ph.D.

Навнит Капур, доктор  
медицины, магистр психологии.

Роджер Вебб, магистр наук.

Мартин Лоулор, магистр  
биологии, магистр психологии.

Элза Гатри, доктор медицины,  
магистр психологии.

Кевин Маквей-Джонс, F.R.C.P.,  
F.R.C.S., F.F.A.E.M.

Луис Эпплби, доктор  
медицины, профессор  
психологии.

**Цель:** Целью данного исследования было оценить уровень самоубийств в течение 4 лет после эпизода преднамеренного самоповреждения, изучить влияние временного периода на уровень самоубийств в течение периода наблюдения, а также изучить потенциальные социально-демографические и клинические предикторы самоубийств в этой когорте.

**Метод:** Это проспективное когортное исследование включало 7 968 случаев преднамеренного членовредительства в отделениях неотложной помощи четырех больничных трастов в соседних городах Манчестер и Салфорд на северо-западе Англии в период с 1 сентября 1997 года по 31 августа 2001 года. Были рассчитаны уровни самоубийств и стандартизированные коэффициенты смертности (SMR) для этой когорты. Потенциальные факторы риска были изучены с помощью модели пропорциональных рисков Кокса.

**Результаты:** За период наблюдения в когорте произошло 60 самоубийств. На сайте

примерно 30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей популяцией наблюдалось для всей когорты. SMR был значительно выше для пациентов женского пола, чем для пациентов мужского пола. Уровень самоубийств был самым высоким в течение первых 6 месяцев после эпизода самоповреждения. Независимыми предикторами последующего самоубийства были избегание обнаружения в момент самоповреждения, отсутствие близких родственников, предыдущее психиатрическое лечение, членовредительство, злоупотребление алкоголем и проблемы с физическим здоровьем.

**Выводы:** Полученные результаты подчеркивают важность раннего вмешательства после эпизода самоповреждения в рамках стратегии профилактики самоубийств. Лечение должно включать внимание к физическим заболеваниям, проблемам с алкоголем и жизненным обстоятельствам. Самоповреждение, по-видимому, создает особенно высокий риск самоубийства у пациентов женского пола.

*(Am J Psychiatry 2005; 162:297-303)*

Предполагаемый ежегодный уровень обращений в больницы общего профиля в Великобритании после самоотравления в последние годы вырос до 170 000 в год (1). В США число обращений в больницы после преднамеренного самоповреждения составляет 650 000 в год, а число смертей от самоубийства - 30 000 в год (2). Ключевым фактором риска самоубийства является предыдущее преднамеренное самоповреждение. Риск самоубийства возрастает в 50 (3) - 100 (4) раз в течение первых 12 месяцев после эпизода самоповреждения по сравнению с риском в общей популяции. Примерно половина людей, умерших от самоубийства, имели в анамнезе самоповреждения (5), и эта доля увеличивается до двух третей в младших возрастных группах (6). Снижение суицидального поведения является прямой целью национальных стратегий по профилактике самоубийств в Великобритании (7) и США (8). В Англии национальная стратегия правительства (7) поддерживает цель снижения уровня самоубийств и неопределенных

смертей на одну пятую к 2010 году (9). Для достижения этой цели необходимы соответствующие доказательства для обоснования профилактических стратегий и управления службами здравоохранения.

Предыдущие исследования самоубийств после преднамеренного самоповреждения учитывали демографические и клинические факторы риска и включали сравнительно небольшое количество людей, за которыми следили в течение длительного периода времени (4, 10-12). В таких исследованиях могут действовать временные когортные эффекты, а полученные результаты могут быть неприменимы к текущему оказанию услуг. Мы использовали большую базу данных о случаях самоповреждения для оценки частоты самоубийств в течение периода наблюдения до 4 лет после эпизода самоповреждения. Мы преследовали три основные цели: 1) оценить частоту самоубийств после преднамеренного самоповреждения, 2) изучить время совершения самоубийства по отношению к предыдущему эпизоду

самоповреждения и 3) изучить потенциальные социально-демографические и клинические предикторы самоубийств.

самоповреждениями, выписанные из отделения неотложной помощи без психиатрического наблюдения, а под управлением "высокого риска" - пациенты с самоповреждениями.

### Метод

Проект "Самоповреждение в Манчестере и Салфорде" - это сотрудничество между Манчестерским университетом и всеми четырьмя больницами с отделениями неотложной помощи в городах Манчестер и Салфорд. Собирается информация о лицах, поступающих в эти отделения в результате преднамеренного самоповреждения. Самоповреждение определяется как акт преднамеренного самоотравления или нанесения травмы, независимо от видимой цели этого акта (13). Предыдущие исследования в Манчестере показали, что около одной трети людей из этой группы имеют психиатрическое наблюдение (1). Более подробный отчет о предоставлении услуг в районе исследования рассматривается в другом месте (14). Проект охватывает преимущественно экономически неблагополучное городское население численностью около 600 000 человек.

После эпизода самоповреждения стандартная форма оценки заполняется врачом скорой помощи и психиатрическим персоналом для тех пациентов, которые проходят психиатрическое обследование. Показатель заполнения оценочных форм постоянно контролируется, и за исследуемый период этот показатель составил 78%. Форма включает в себя подробную информацию об эпизоде самоповреждения, клинические и демографические данные, а также информацию о психическом состоянии пациента и клиническом ведении. Как сообщалось в предыдущем исследовании (15), под управлением "низкого риска" подразумеваются пациенты с

ТАБЛИЦА 1. Частота самоубийств среди населения Англии и Уэльса (1997-2000 гг.) и за 4-летний период наблюдения среди 7 968 человек в возрасте  $\geq 10$  лет, обратившихся в отделения скорой помощи больниц Манчестера и Салфорда, Англия, с сентября 1997 года по август 2001 года, с разбивкой по возрасту и полу.

Переменная	Женщины		Всего	Мужчины		Всего
	Возраст < 35 лет	Возраст $\geq 35$ лет		Возраст < 35 лет	Возраст $\geq 35$ лет	
Население Англии и Уэльса в целом						
Число самоубийств	1,325	3,698	5,023	5,629	9,561	15,190
Человеко-лет	34,639,300	58,694,900	93,334,200	36,507,800	53,431,700	89,939,500
Уровень самоубийств	3.8	6.3	5.4	15.4	17.9	16.9
Манчестер и Салфорд субъекты самоповреждения						
Количество самоубийств	9	13	22	22	16	38
Человеко-лет	6,070.74	3,033.55	9,128.84	4,532.20	2,496.62	7,057.26
Уровень самоубийств	148.3	428.5	241.0	485.4	640.9	538.5
95% ДИ	67.8–281.4	228.2–732.8	151.0–364.9	304.2–734.9	366.3–1040.7	381.0–739.1
Сравнение населения в целом						
Соотношение показателей	38.8	68.0	44.8	31.5	35.8	31.9
95% ДИ	17.7–73.8	36.2–116.5	28.0–67.9	19.7–47.7	20.5–58.2	22.6–43.8
Стандартизованные коэффициенты смертности (SMR) для субъектов самоповреждения						
Справочник: Население Англии и Уэльса в целом						
SMR			49.6			28.7
95% ДИ			31.1–75.0			20.3–39.4
Гендерное сравнение SMR ratios						
95% ДИ						
Справочник: Общая популяция Манчестера						
SMR			23.2			12.9
95% ДИ			14.5–35.1			9.2–17.8
Гендерное сравнение SMR ratios						
95% ДИ						

<sup>a</sup> Субъекты самоповреждений в Манчестере и Салфорде в сравнении с населением Англии и Уэльса в целом. <sup>b</sup> Источник: Управление национальной статистики: Статистика смертности - причины: Серия DH2, номер 24/25/26/27, 1997-2000 гг. <sup>c</sup> SMR для женщин, совершивших членовредительство, по сравнению с SMR для мужчин, совершивших членовредительство. <sup>d</sup> Источник: Управление национальной статистики: Статистика смертности в границах Манчестерского управления здравоохранения: таблица VS3, 1997-2000 гг.

ment обозначает пациентов, которые направлены на медицинские или хирургические услуги и/или наблюдаются у специалиста по психическому здоровью.

Мы провели проспективное когортное исследование случаев преднамеренного самоповреждения, зарегистрированных в четырех отделениях скорой помощи в период с 1 сентября 1997 года по 31 августа 2001 года. Для выявления случаев смерти от самоубийства (коды МКБ-9 E950-E959) и неопределенных причин (коды МКБ-9 E980-E989) в течение исследуемого периода, далее именуемых "самоубийствами", использовался процесс комплексного сопоставления из базы данных National Confidential Inquiry Into Suicide and Homicide by People With Mental Illness, полученной из Office for National Statistics (16). Был рассчитан общий риск самоубийства в течение 1 года (исключая пациентов

четвертого года когорты, период наблюдения за которыми составлял менее 365 дней). Были рассчитаны возрастные и гендерные показатели самоубийств на 100 000 человеко-лет и сравнены с эквивалентными показателями для населения Англии и Уэльса и Манчестера; стандартизованные коэффициенты смертности (SMR) были рассчитаны для женщин, мужчин и всех пациентов. Референтными популяциями для расчета ВСП были женщины в общей популяции для женщин и мужчины в общей популяции для мужчин. Поскольку наибольшая распространенность самоубийств приходится на мужчин в возрасте 25-35 лет, а в 1990-х годах в Великобритании наибольший рост самоубийств наблюдался среди мужчин в возрасте 15-24 лет, мы сравнили пациентов в возрасте <35 лет с

пациентами в возрасте  $\geq 35$  лет. В предыдущих исследованиях также сравнивались аналогичные группы.

Потенциальные факторы риска исследовались с помощью коэффициентов опасности, полученных с помощью моделей пропорциональных рисков Кокса. Для этих моделей объясняющие переменные были распределены по следующим областям: социально-демографическая, клиническая (включая обстоятельства эпизода самоповреждения, историю лечения и предыдущего самоповреждения, употребление алкоголя и наркотиков), психическое состояние и преципиенты. Вначале были изучены одномерные ассоциации, а затем были созданы многомерные модели в рамках каждой области с использованием обратных пошаговых процедур. Объясняющие переменные сохранялись в этих моделях, если значение  $p$  было меньше 0,2. Затем независимые предикторы из всех моделей, относящихся к конкретной области, были подобраны в окончательную многомерную модель. Объясняющие переменные сохранялись в окончательной модели, если значение  $p$  было меньше 0,1. Управление рисками в отделении неотложной помощи было дихотомизировано (управление умеренным и высоким риском против управления низким риском) и сравнивалось с помощью регрессионного анализа Кокса. Анализ проводился с помощью SPSS (17) и Stata (18).

## Результаты

### Характеристика когорты

Когорта состояла из 7 968 человек, обратившихся с преднамеренным самоповреждением с 1 сентября 1997 года по 31 августа 2001 года, на которых были заполнены оценочные формы. Аудит записей по эпизодам без заполненной формы оценки показал, что возраст и пол пациентов не отличались от таковых по эпизодам с заполненной формой оценки. Средний возраст пациентов составил 30 лет (интерквартильный размах=21-40 лет, диапазон=10-92 года); 4500 (57%) были женщинами. В общей сложности 1 231 (15,5%) из 7 964 пациентов повторили самоповреждение до конца периода исследования. Тринадцать из 60 членов когорты, умерших от самоубийства (22%), не сообщали о предшествующем преднамеренном самоповреждении во время эпизода индекса; 11 (18,3%) из 60 повторили самоповреждение до фактического самоубийства.

Все лица		
Возраст < 35 лет	Возраст $\geq 35$ лет	Всего
6,954	13,259	20,213
71,147,100	112,126,600	183,273,700
9.8	11.8	11.0
31	29	60
10,602.94	5,583.16	16,186.10
292.4	519.4	370.7
198.7-415.0	347.9-746.0	282.9-477.1
29.9	43.9	33.6

20.3-42.5

29.4-63.1

25.6-43.4

33.9

25.9-43.7

1.73

0.97- 2.99

15.4

11.8-19.9

1.79

1.01-3.11

### Показатели самоубийств

Как видно из таблицы 1, 60 из 7 968 человек впоследствии покончили жизнь самоубийством, что составляет 371 случай на 100 000 человек. Эти смерти включали 36 случаев, идентифицированных как самоубийство (коды МКБ-9 E950-E959), и 24 случая, идентифицированных как смерть от неопределенной причины (коды МКБ-9 E980-E989). Мужчины, причинившие себе вред, чаще совершали самоубийство, чем женщины, и это гендерное различие наблюдалось как в младшей, так и в старшей возрастных группах. Используя стандартизированные коэффициенты смертности для корректировки возрастных и гендерных различий между исследуемой популяцией и популяцией Англии и Уэльса, мы обнаружили, что число самоубийств в когорте лиц, причинивших себе вред, было в 34 раза выше, чем ожидалось; это число было в 50 раз выше среди женщин и в 29 раз выше среди мужчин. SMR для женщин был почти в два раза выше, чем для мужчин.

### Эффекты временного периода

Как показано в таблице 2, риск самоубийства в первый год наблюдения составил 0,5% (95% доверительный интервал [ДИ]=0,4-0,8). Уровень самоубийств для всех лиц в когорте был самым высоким в первые 6 месяцев наблюдения (562 на 100 000). Уровень самоубийств имел тенденцию к снижению по мере увеличения продолжительности наблюдения; этот результат приближался к значимому для женщин, но не для мужчин. Уровень самоубийств среди мужчин был выше, чем среди женщин, во все периоды наблюдения.

### Регрессия Кокса

Одномерные модели. Как показано в Таблице 3, существовало множество ассоциаций риска самоубийства с социально-демографическими характеристиками, клиническими факторами и преципитатами. Самыми сильными ассоциациями в каждой области были отсутствие близких родственников, избегание обнаружения (в момент самоповреждения), предыдущее самоповреждение, злоупотребление алкоголем, нарушение аппетита и юридические проблемы. Кроме нарушения

аппетита, симптомы депрессии не были связаны с будущим самоубийством. Полнота данных в моделях, относящихся к конкретной области (до отбрасывания переменных из-за их

0,04) (возраст субъектов < 35 лет: отношение опасности = 3,41, 95% ДИ = 1,62-7,17; возраст субъекто≥35 лет: отношение опасности = 1,09, 95% ДИ = 0,48-2,44). Влияние предыдущего психиатрического лечения также

ТАБЛИЦА 2. Показатели самоубийств за 4-летний период наблюдения среди 7 968 человек в возрасте ≥10 лет, обратившихся в отделения скорой помощи в Манчестере и Салфорде, Англия, с сентября 1997 года по август 2001 года, с разбивкой по категориям Месяцы последующего наблюдения

Переменная	Месяцы последующего наблюдения								
	< 6			6-18			> 18		
	Субъекты женского пола	Мужчина Предметы	Все Предметы	Субъекты женского пола	Мужчина Предметы	Все Предметы	Субъекты женского пола	Субъекты мужского пола	Все Предметы
Количество самоубийств	10	11	21	7	14	21	5	13	
Человеко-лет	2112.14	1624.90	3737.04	3366.12	2580.03	5946.15	3644.36	2847.48	
Уровень самоубийства	473.5	677.0	561.6	208.0	542.6	353.2	137.2	456.5	
Сравнение периодов наблюдения									
Показатель ratiob	3.45	1.48	2.03	1.52	1.19	1.27	1.00	1.00	
95% ДИ	1.18-10.10	0.66-3.31	1.08-3.80	0.48-4.78	0.56-2.53	0.68-2.39	--	--	

<sup>a</sup>Уровень самоубийств незначительно снижался по мере увеличения продолжительности наблюдения для женщин ( $p=0,06$ ), мужчин ( $p=0,64$ ) и всех испытуемых (хи-квадрат тест на линейную тенденцию). <sup>b</sup> Показатели для периодов <6 месяцев и 6-18 месяцев, по сравнению с показателем для периода >18 месяцев (незначимости), была не ниже 86,8%.

Многомерная модель. Как показано в Таблице 4, независимыми предикторами самоубийства в многомерной модели были отсутствие близких родственников, избегание обнаружения во время самоповреждения и текущее злоупотребление алкоголем. Скорректированный коэффициент опасности для этих трех переменных указывает на примерно двух-трехкратное увеличение уровня риска. Кроме того, связь трех переменных - резание как способ самоповреждения, предыдущее психиатрическое лечение и проблемы с физическим здоровьем - с самоубийством приблизилась к значимости ( $p<0,1$ ). Пожилой возраст ( $p=0,26$ ) и мужской пол ( $p=0,49$ ) оказались незначимыми предикторами и были исключены из окончательной многомерной модели. Уровень полноты данных в окончательной модели составил 76,7%.

Эффекты взаимодействия. Коэффициенты опасности для четырех пунктов многомерной модели (избегание обнаружения, порез как способ нанесения вреда, проблемы с физическим здоровьем и злоупотребление алкоголем) были выше у испытуемых мужского пола, чем у испытуемых женского пола, что позволяет предположить, что эффект может быть ограничен испытуемыми мужского пола. Однако условия взаимодействия не были значимыми. Влияние злоупотребления алкоголем было ограничено испытуемыми в возрасте < 35 лет (член взаимодействия:  $p=$

ограничивалось субъектами в возрасте < 35 лет (термин взаимодействия:  $p=0,03$ ) (субъекты в возрасте < 35 лет: отношение рисков=3,59, 95% ДИ=1,58-8,14; субъекты в возрасте ≥35 лет: отношение рисков=1,06, 95% ДИ=0,50-2,25).

### Клиническое управление

Управление высоким риском персоналом отделения неотложной помощи было связано с приблизительно двукратным увеличением риска самоубийства ( $N=52$  [0,8%] из 6 157 испытуемых), что приближалось к значимости ( $p=0,07$ ; отношение рисков=1,99, 95% ДИ=0,95-4,19).

### Обсуждение

Наши результаты подтверждают заметно высокий риск последующего самоубийства среди пациентов, обратившихся в отделение неотложной помощи после преднамеренного самоповреждения, по сравнению с населением в целом. В когорте пациентов с преднамеренным самоповреждением в этом исследовании было более чем в 30 раз больше самоубийств, чем ожидалось бы в общей популяции Англии и Уэльса. Однако в исследуемой когорте было в 15 раз больше самоубийств, чем ожидалось, по сравнению с населением Манчестера, где уровень самоубийств вдвое выше среднего по стране (20,5 против 11,8 на 100 000) (19, 20). Риск самоубийства был самым высоким в первые 6 месяцев после самоповреждения, и этот риск был выше у мужчин

по сравнению с женщинами, что сохранялось в течение всего периода наблюдения. Однако с точки зрения соотношения наблюдаемого и ожидаемого числа самоубийств, SMR был почти в два раза выше у женщин, чем у мужчин, и это соотношение было выше, чем в предыдущих исследованиях в Великобритании (4). Полученные результаты свидетельствуют о том, что госпитализация с самоповреждением создает более высокий риск самоубийства (по сравнению с общей популяцией) у женщин, чем у мужчин. Возможные объяснения этого вывода включают 1) низкий уровень самоубийств среди женщин в общей популяции, 2) тенденцию мужчин с высоким риском самоповреждений не обращаться за медицинской помощью в больницу общего профиля и 3) неадекватное предоставление больничных услуг женщинам с самоповреждениями.

В нашем исследовании несколько демографических, клинических и управленческих переменных были связаны с суицидом. В многомерной модели риск самоубийства был независимо связан с отсутствием близких родственников, избеганием обнаружения во время индекса самоповреждения и злоупотреблением алкоголем. Эти факторы риска аналогичны тем, которые были выявлены в ходе долгосрочного наблюдения (21). Кроме того, было показано, что предыдущее психиатрическое лечение и проблемы с физическим здоровьем - факторы, выявленные в других исследованиях (22-24), - имеют важное значение, а риск, связанный с порезами как способом самоповреждения, стал новым результатом. Поскольку эти три фактора оказались за пределами обычной значимости, возможно, из-за низкой мощности, к результатам следует относиться с осторожностью. Еще одним новым результатом стало то, что влияние злоупотребления алкоголем и предыдущего психиатрического лечения было ограничено молодыми людьми в исследуемой когорте.

Наш вывод о том, что обращение в отделение неотложной помощи с высоким риском связано с двукратным увеличением риска самоубийства, трудно интерпретировать, но он позволяет предположить, что врачи отделения неотложной помощи правильно определяют группу высокого риска. Из предыдущего исследования нам известно, что оценка врачами отделения неотложной помощи высокого риска самоубийства у пациентов, совершивших самоповреждение, связана с выявлением высокого уровня летальности метода самоповреждения (25).

### *Методологические вопросы*

Исследования баз данных, позволяющие связать записи, являются очень ценным инструментом в психиатрической эпидемиологии (26), но такие исследования трудно проводить в системах здравоохранения, не имеющих централизованного управления. В этом крупном когортном исследовании мы имели доступ к базам данных, что

позволило изучить случаи самоубийств в течение короткого периода времени. Поэтому полученные результаты применимы к современному оказанию услуг.

Относительно небольшое количество самоубийств повлияло на мощность исследования, особенно в изучаемых подгруппах. При наблюдаемом количестве испытуемых мужчин (N=3 468) и женщин (N=4 500) мощность исследования составляла 70% для обнаружения значимого относительного риска 2,0 (если 1% испытуемых мужчин впоследствии совершит самоубийство по сравнению с 0,5% испытуемых женщин) и 99% для обнаружения значимого относительного риска 3,0 (1,5% по сравнению с 0,5%). Однако для объясняющих переменных с низкой распространенностью воздействия у когорты не было достаточной мощности для обнаружения относительного риска 2,0 или ниже. Это ограничение характерно для многих когортных исследований (27). Несмотря на то, что самоубийства в нашей когорте встречались чаще, чем в общей популяции, для изучения такого редкого исхода все равно требуется очень большой размер выборки. Тем не менее, ряд переменных все еще были значимыми, что подчеркивает важность этих факторов.

Мы также не выяснили, кто эмигрировал или умер по другим причинам, а все причины смертности, как известно, имеют более высокие показатели у пациентов, занимающихся членовредительством. Неответы могут быть потенциальным источником предвзятости, но респонденты были схожи с нереспондентами по возрасту и полу. Мы не можем сказать, сколько из тех, кто не ответил, умерли в результате самоубийства.

Предыдущие исследования использовали возраст 35 лет в качестве точки отсечения при анализе самоубийств по возрасту (6), и это разделение максимизировало мощность в нашем исследовании (было такое же количество человек).

ТАБЛИЦА 3. Базовые характеристики субъектов, умерших от самоубийства в течение 4-летнего периода наблюдения среди 7 968 субъектов в возрасте  $\geq 10$  лет, которые обратились с самоповреждением в отделения скорой помощи больниц Манчестера и Салфорда, Англия, с сентября 1997 года по август 2001 года.

Характеристика	Субъекты, умершие от самоубийства (N=60)			95% ДИ	p
	N	%	Коэффициент опасности		
Социально-демографические характеристики					
Пол					
Женщины (N=4,500)	22	0.5	1.00	1.32–3.78	0.003
Мужчина (N=3,468)	38	1.1	2.24		
Возраст (годы)					
< 35 (N=5,160)	31	0.6	1.00	1.07–2.95	0.03
$\geq 35$ (2,783)	29	1.0	1.78		
Не проживает с близким родственником					
Нет (N=4,170)	14	0.3	1.00	2.03–6.82	< 0.001
Да (N=3,252)	41	1.3	3.72		
Бездомные/живущие в одиночестве/живущие в общежитии					
Нет (N=5,196)	26	0.5	1.00	1.49–4.30	0.001
Да (N=2,227)	29	1.3	2.53		
Не с партнером					
Нет (N=2,258)	10	0.4	1.00	0.96–3.75	0.07
Да (N=5,473)	47	0.9	1.89		
Безработные					
Нет (N=4,440)	30	0.7	1.00	0.78–2.16	0.32
Да (N=3,136)	29	0.9	1.29		
Небелая этническая группа Нет (N=7,153)					
Да (N=624)	56	0.8	1.00		
	2	0.3	2.44		
Клинические характеристики					
Обстоятельства первого эпизода самоповреждения					
Избегание обнаружения					
Нет (N=6,549)	38	0.6	1.00	1.55–5.11	0.001
Да (N=924)	15	1.6	2.81		
Преднамеренное					
Нет (N=5,891)	37	0.6	1.00	1.00–3.03	0.05
Да (N=1,651)	19	1.2	1.74		
Хотел умереть					
Нет (N=3,204)	20	0.6	1.00	0.74–2.25	0.37
Да (N=4,142)	33	0.8	1.29		
Предсмертная записка					
Нет (N=6,727)	52	0.8	1.00	0.16–1.62	0.25
Да (N=987)	3	0.5	0.51		
Порезы как способ самоповреждения					
Нет (N=7,148)	50	0.7	1.00	0.92–3.57	0.09
Да (N=987)	3	0.5	0.51		

## САМОУБИЙСТВО ПОСЛЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

самоубийств в каждой возрастной группе), но, конечно, не позволило выявить какие-либо подгрупповые тенденции.

### *Последствия для клинической практики*

Предыдущие исследования выявили социально-демографические и клинические факторы риска самоубийства после самоповреждения. Данное исследование также выявило факторы, связанные с управлением больницей

*(продолжение)*

которые способствуют пониманию суицидального процесса и могут быть потенциально модифицируемыми. Обнаруженный нами повышенный риск суицида в течение первых 6 месяцев после самоповреждения предполагает, что раннее вмешательство после самоповреждения может быть полезным. Чтобы максимизировать потенциальный эффект стратегий профилактики самоубийств, вмешательства должны быть направлены на группу высокого риска. Однако наш вывод о том, что ВСП был



ТАБЛИЦА 3. Исходные характеристики субъектов, умерших от самоубийства в течение 4-летнего периода наблюдения среди 7 968 субъектов Возраст  $\geq 10$  лет, обратившихся с самоповреждением в отделения неотложной помощи больниц Манчестера и Салфорда, Англия, с сентября 1997 года по август 2001 года (продолжение)

Характеристика	Субъекты, умершие от самоубийства (N=60)				р
	N	%	Коэффициент опасности	95% ДИ	
Психическое состояние Чувствует себя подавленным				0.85–3.05	0.14
Нет (N=2,280)	13	0.6	1.00		
Да (N=5,298)	44	0.8	1.61		
Нарушение сна				0.86–2.55	0.16
Нет (N=3,247)	20	0.6	1.00		
Да (N=4,201)	37	0.9	1.48		
Нарушение аппетита				1.12–3.21	0.02
Нет (N=4,215)	24	0.6	1.00		
Да (N=3,188)	33	1.0	1.90		
Безнадежность				0.93–2.65	0.09
Нет (N=4,508)	28	0.6	1.00		
Да (N=2,847)	28	0.9	1.57		
Суицидальные мысли				0.87–2.45	0.16
Нет (N=4,769)	31	0.7	1.00		
Да (N=2,713)	26	1.0	1.46		
Суицидальные планы				0.77–2.87	0.24
Нет (N=6,411)	46	0.7	1.00		
Да (N=1004)	11	1.1	1.49		
Галлюцинации/бредовые идеи				0.65–3.54	0.33
Нет (N=6,888)	50	0.7	1.00		
Да (N=513)	6	1.2	1.52		
Предвестники самоповреждения Тяжелая утрата				0.32–2.43	0.80
Нет (N=6,468)	47	0.7	1.00		
Да (N=641)	4	0.6	0.88		
Физические проблемы со здоровьем				1.30–5.50	0.007
Нет (N=6,586)	42	0.6	1.00		
Да (N=523)	9	1.7	2.68		
Жилищные проблемы				0.92–4.55	0.08
Нет (N=6,580)	44	0.7	1.00		
Да (N=529)	7	1.3	2.05		
Юридические проблемы				1.76–8.68	0.001
Нет (N=6,828)	44	0.6	1.00		
Да (N=281)	7	2.5	3.91		
Реагирование на психические проблемы				0.93–3.92	0.08

ТАБЛИЦА 4. Многомерный регрессионный анализ исходных характеристик, связанных с суицидом в течение 4-летнего периода наблюдения среди 7968 человек в возрасте  $\geq 10$  лет, обратившихся в отделения скорой помощи больниц с самоповреждением в Манчестер и Салфорд, Англия, с сентября 1997 года по август 2001 года

Характеристика	Коэффициент		
	опасности	95% ДИ	p
Избегание обнаружения	2.82	1.44– 5.50	0.002
Порезы как способ самоповреждения	2.10	0.97– 4.56	0.06
Не проживает с близким родственником	2.90	1.48– 5.67	0.002
Предыдущее психиатрическое лечение	1.76	0.95– 3.28	0.07
Злоупотребление алкоголем	2.05	1.12– 3.74	0.02
Физические проблемы со здоровьем	2.10	0.93– 4.74	0.07

стоит подчеркнуть, поскольку среди врачей может бытовать мнение, что самоповреждение у женщин не является серьезным, и что вмешательство должно быть направлено, прежде всего, на молодых мужчин.

Многофакторная этиология самоубийств означает, что для их предотвращения лучше всего использовать широкие стратегии (6). Примеры профилактических мер, связанных с предоставлением услуг, включают обучение распознаванию риска и лечению пациентов с суицидальными наклонностями. Лечение пациентов с суицидальными наклонностями должно включать лечение от злоупотребления алкоголем и сопутствующих физических заболеваний. Дальнейшие исследования могут помочь прояснить характер взаимосвязи между физическим заболеванием (острым, хроническим или угрожающим жизни) и суицидальным поведением, и эти результаты могут послужить основой для принятия соответствующих мер. Полезными могут оказаться и популяционные инициативы, повышающие уровень поддержки уязвимых групп, таких как молодые мужчины, отчужденные от общества.

В предыдущих исследованиях уровень самоубийств среди испытуемых сравнивался с уровнем самоубийств среди населения Англии и Уэльса, а не с местным уровнем. Будущие исследования должны учитывать местный контекст. Наш метод можно попробовать применить в других странах и в других условиях, особенно в Северной Америке. Полезными могут оказаться крупные рандомизированные контролируемые исследования, измеряющие конкретное психологическое вмешательство или тип предоставления услуг для пациентов, совершающих членовредительство. Проблемы с этим исследовательским подходом хорошо известны и включают трудности с набором участников и изучением редких результатов (28). Когортные исследования могут дать полезные данные, особенно исследования с большим размером выборки, что позволит провести анализ

подгрупп. Такой анализ может быть возможен, если самоповреждение будет отслеживаться на национальном уровне, как это рекомендовано в Национальной стратегии предотвращения самоубийств. Проспективные исследования пациентов с почти фатальным самоповреждением также могут быть полезными, хотя определение почти фатального самоповреждения является проблематичным (29).

Наши результаты могут помочь врачам выявить уязвимых людей. Клиницист должен осознавать вероятность того, что суицидальный процесс может быть запущен у уязвимого человека, пережившего негативное жизненное событие, например, разрыв отношений или самоограничение, которое наступило и прошло без разрешения. У нас нет данных о состоянии человека на момент самоубийства, но психологическая аутопсия может быть использована для получения углубленной картины оказания услуг и предшествующих суициду событий у пациентов, обратившихся в отделение неотложной помощи после эпизода самоповреждения. Многоцентровое исследование обеспечит достаточную мощность исследования в достаточно короткие сроки, чтобы свести к минимуму погрешность, связанную с воспоминаниями.

Получено 18 ноября 2003 г.; редакция получена 12 марта 2004 г.; принято 19 апреля 2004 г. Из Центра по предотвращению самоубийств, Манчестерский университет; и Манчестерский королевский лазарет, Манчестер, Великобритания. Переписка и просьбы о перепечатке направлять доктору Куперу, Центр по предотвращению самоубийств, Манчестерский университет, 7-й этаж, Уильямсон Билдинг, Оксфорд Роуд, Манчестер M13 9PL, Великобритания; jaune.cooper@man.ac.uk (e-mail).

При поддержке Управления здравоохранения Манчестера, Национального фонда здравоохранения Южно-Манчестерского университета, Манчестерского фонда здравоохранения, Северо-Манчестерского фонда здравоохранения и Фонда психического здоровья Салфорда.

Авторы благодарят сотрудников Манчестерского и Салфордского проекта по самоповреждениям за сбор данных и врачей участвующих больниц за заполнение оценочных форм.

#### Ссылки

1. Kapur N, House A, Creed F, Feldman E, Friedman T, Guthrie E: Лечение преднамеренного самоотравления у взрослых в четырех учебных больницах: описательное исследование. *Br Med J* 1998; 316:831-832
2. Вонг Н: Обзор книги, SK Goldsmith, TC Pellmar, AM Kleinman, WE Bunney Jr (eds): *Reducing Suicide: A National Imperative*. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1534-1535
3. Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry* 2002; 181:193-199
4. Хотон К, Фэгг Дж: Самоубийство и другие причины смерти после попытки самоубийства. *Br J Psychiatry* 1988; 152:359-366
5. Foster T, Gillespie K, McClelland R: Психические расстройства и самоубийства в Северной Ирландии. *Br J Psychiatry* 1997; 170:447-452
6. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B: Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry* 1999; 175:168-174

7. Национальная стратегия предотвращения самоубийств для Англии. Лондон, Великобритания Департамент здравоохранения, 2002 г.
8. Comtois KA: Обзор мероприятий по снижению распространенности парасуицида. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1138-1144
9. Спасение жизней: Наша более здоровая нация. Лондон, Министерство здравоохранения Великобритании Здоровье, 1999
10. Nordentoft M, Breum L, Munck L, Nordestgaard A, Hunding A, Laursen Bjaeldager P: Высокая смертность от естественных и неестественных причин: 10-летнее исследование пациентов, поступивших в центр лечения отравлений после попыток самоубийства. *Br Med J* 1993; 306:1637-1641
11. Jenkins G, Hale R, Papanastassiou M, Crawford M, Tyrer P: Уровень самоубийств через 22 года после парасуицида: когортное исследование. *Br Med J* 2002; 325:1155
12. Hawton K, Zahl D, Weatherall R: Самоубийство после преднамеренного самоповреждения: долгосрочное наблюдение за пациентами, обратившимися в больницу общего профиля. *Br J Psychiatry* 2003; 182:537-542
13. Центр NHS по обзорам и распространению информации: Преднамеренное самоповреждение. *Eff Health Care* 1998; 4:1-12
14. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A: Ведение в отделении неотложной помощи и исход при самоотравлении: когортное исследование. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:36-41
15. Taylor C, Cooper J, Appleby L: Серьезно ли воспринимается риск самоубийства у сильно пьющих людей, которые причиняют себе вред? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:309-311
16. Appleby L, Shaw J, Sherratt J, Amos T, Robinson J, McDonnell R, McCann K, Parsons R, Burns J, Bickley H, Kiernan K, Wren J, Hunt I, Davies S, Harris C: Безопасность превыше всего: Национальное конфиденциальное расследование самоубийств и убийств людей с психическими заболеваниями. Лондон, Министерство здравоохранения Великобритании, 2001 г.
17. Руководство пользователя базовой системы SPSS 10.0. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 2000 г.
18. Справочное руководство по Stata: Выпуск 7.0. College Station, Tex, StataCorp, 2001.
19. Статистика смертности в границах Манчестерского управления здравоохранения. Лондон, Управление национальной статистики Великобритании, 1997-2000, таблица VS3
20. Статистика смертности - причины: Серия DH2, 24-27. Лондон, Управление национальной статистики Великобритании, 1997-2000 гг.
21. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J: Долгосрочные факторы риска смертности после попытки самоубийства: результаты 14-летнего последующего исследования. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:117-121
22. Ekeberg Ø, Ellingsen Ø, Jacobsen DC: Самоубийство и другие причины смерти в пятилетнем наблюдении за пациентами, лечившимися от самоотравления в Осло. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83:545-549
23. Хотон К, Фагг Дж, Платт С, Хокинс М: Факторы, связанные с самоубийством после парасуицида у молодых людей. *Br Med J* 1993; 306: 1641-1644
24. Neilsen B, Wang AG, Bille-Braha U: Попытки самоубийства в Дании, IV: пятилетнее наблюдение. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 250-254
25. Cooper JB, Lawlor MP, Hiroeh U, Kapur N, Appleby L: Факторы, влияющие на оценку риска в отделении неотложной помощи у пациентов с преднамеренным самоповреждением. *Eur J Emerg Med* 2003; 10:283-287
26. Mortensen PB: The untapped potential of case registers and record-linkage studies in psychiatric epidemiology. *Epidemiol Rev* 1995; 17:205-209
27. Ротман К. Дж., Гринланд С. Современная эпидемиология. Филадельфия, Липпинкотт-Рейвен, 1998 г.
28. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Benz L: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *Br Med J* 1998; 317:441-447
29. Дуглас Дж, Купер Дж, Амос Т, Вебб Р, Гатри Э, Эппли Л: "Почти смертельное" преднамеренное самоповреждение: характеристики, профилактика и последствия для предотвращения самоубийств. *J Affect Disord* 2004; 79:263-268