

Суицидальные попытки с использованием насильственных способов: гендерные различия, диагностика и частота обращения людей за психиатрической помощью в Мехико

Suicide attempt violence: gender differences, diagnosis and psychiatric care seeking in Mexico City

doi: 10.17816/CP13457

Оригинальное исследование

Danae Alejandra Juárez-Domínguez¹,
Karen Michelle Arteaga-Contreras²,
Héctor Cabello Rangel²

¹ National University Autonomous of Mexico, Mexico City,
Mexico

² Psychiatric Hospital "Fray Bernardino Álvarez", Mexico City,
Mexico

Данаэ Алехандра Хуарес-Домингес¹,
Карен Мишель Артеага-Контрерас²,
Эктор Кабельо Ранхель²

¹ Национальный автономный университет Мексики,
Мехико, Мексика

² Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez",
Мехико, Мексика

ABSTRACT

BACKGROUND: Suicide cases in Mexico have increased during the last two years and are the second-leading cause of death in the young adult population.

AIM: To describe gender differences in violent suicide attempts as relates to diagnosis and the seeking of psychiatric care.

METHODS: A descriptive retrospective study was conducted. The referral forms of 241 patients who had attempted suicide were analyzed.

RESULTS: The mean age of the patients was 29.1 (SD=10.8) years, $n=140$ (58.1%) of the sample were women. Affective disorders were the most frequent diagnoses for both sexes. Women were more likely to delay seeking psychiatric care: 60 days versus 30 days of delay for men ($p=0.009$). Men were shown to more frequently resort to violent suicide methods. Both women and men who used violent suicide methods were shown to delay by more days the seeking of psychiatric care than those who were found to have used non-violent suicide methods.

CONCLUSION: We found that patients who use more violent methods of suicide took longer before seeking psychiatric care. This delay in accessing psychiatric care can be thought to contribute to the fact that completed suicides are more frequent within that category of patients. The majority of suicide attempts occurred in the 17–24 years age group; therefore, it seems reasonable to analyze the existing barriers to seeking psychiatric care, mainly in the young adult population, and to design strategies to bring mental health services closer to this population group.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: За последние два года в Мехико увеличилось число суицидов, которые, таким образом, стали второй по значимости причиной смерти среди взрослого населения молодого возраста. Культурные факторы и уровень экономического развития влияют на гендерные различия. В развивающихся странах они менее выражены, чем в развитых.

ЦЕЛЬ: Изучить гендерные особенности суицидального поведения в зависимости от возрастных аспектов, фактора наличия психических расстройств и своевременности диагностики, а также выбора способа самоубийства.

МЕТОДЫ: Проведено ретроспективное описательное исследование. Проанализированы анкеты 241 пациента, совершившего суицидальную попытку.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Средний возраст исследуемых пациентов был равен 29,1 (SD=10,8) года. Женщины составили 58,1% ($n=140$) выборки. У пациентов обоих полов чаще всего диагностировали аффективные расстройства. Женщины с большей вероятностью откладывали обращение за психиатрической помощью по сравнению с мужчинами (задержка в обращении составила 60 дней по сравнению с 30 днями у мужчин; $p=0,009$). Установлено, что мужчины чаще прибегают к совершению суицида с использованием более травматичного способа. Также отмечено, что и женщины, и мужчины, использовавшие насильственный способ совершения суицидальной попытки, откладывали обращение за психиатрической помощью на большее число дней, чем те, которые применяли менее травматичные способы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Пациентам, которые использовали насильственные способы с более высоким риском летального исхода позже обращались за психиатрической помощью чаще, чем лица после менее опасных попыток. Предполагается связь между более поздним обращением за помощью и риском завершённого суицида. Большое число суицидальных попыток в возрастной группе 17–24 года показывает важность изучения факторов, препятствующих обращению молодежи за психиатрической помощью, что поможет разработать стратегию повышения доступности для них служб охраны психического здоровья.

Keywords: *suicide; violent suicide attempt; mental disorders; psychiatric emergencies; self-harm*

Ключевые слова: *суицид; суицидальная попытка с использованием насильственного способа; психические расстройства; экстренная психиатрическая помощь; самоповреждение*

ВВЕДЕНИЕ

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), суицид ежегодно совершают 700 тыс. человек, что составляет 11,4 на 100 тыс. жителей планеты¹. В различных регионах мира в последние годы возросла частота суицидального поведения. Так, в США число обращений в отделение неотложной помощи с подозрением на суицидальную попытку среди девочек в возрасте 12–17 лет увеличилось на 50,6% по сравнению с аналогичным периодом в 2019 году [1]. С 2014 года в Северной и Южной Америке частота суицидов

снизилась среди пожилых людей и увеличилась у подростков и молодых людей, вследствие чего суицид стал второй по значимости причиной смерти в возрастной группе 15–29 лет (с частотой 13,8 на 100 тыс. населения) после смерти в результате дорожно-транспортных происшествий². В Греции зафиксировано увеличение числа суицидальных эпизодов на 10,40% по сравнению с допандемическим периодом [2]. В Новой Зеландии рост частоты суицидальных мыслей наблюдали у молодых людей в возрасте от 18 до 34 лет, потерявших работу или столкнувшихся с перспективой снижения

¹ ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) [Интернет]. Суицид; 2021 [дата обращения: июль 2022]. Доступ по ссылке: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

² Панамериканская организация здравоохранения. Смертность от самоубийств в Северной и Южной Америке. Региональный отчёт 2010–2014 гг. Вашингтон, 2021.

доходов [3]. В Мексике, по данным Национального института статистики и географии (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI), в течение 2020 года было зарегистрировано на 673 случая самоубийств больше по сравнению с предыдущим годом, зафиксирован рост показателя с 5,4 до 9,9 на 100 тыс. жителей страны³.

Суицид определяется экспертами ВОЗ как преднамеренное прекращение собственной жизни. Его распространённость и используемые методы различаются в зависимости от пола. Так, для мужчин асфиксия является наиболее часто используемым методом в субрегионах Центральной Америки, испаноязычных странах Карибского бассейна и Мексики, тогда как в Южной Америке и Северной Америке основным способом оказывается применение ручного огнестрельного оружия. Для женщин в Северной Америке (36,5%) и в неиспаноязычных странах Карибского бассейна (57,4%) наиболее часто используемым методом стало отравление¹. В Мексике среди способов самоубийства, используемых мужчинами, на первом месте по частоте находится повешение, затем применение ручного огнестрельного оружия и отравление, а среди женщин — повешение, отравление и применение ручного огнестрельного оружия [4]. Выбор способа при попытке самоубийства зависит от таких факторов, как доступность и культурная приемлемость [5]. Ещё одним новым фактором, который повлиял на суицидальное поведение, стали ограничительные условия жизни в связи с пандемией, вызванной вирусом SARS-CoV2. В частности, строгие карантинные ограничения привели к росту частоты развития депрессий, зависимости от психоактивных веществ и суицидов, связанных с этой патологией.

По данным Национального исследования здоровья и питания 2022 года, проведённого в Мексике, распространённость суицидального поведения в определённый момент жизни у подростков составляет 6,5%, а у взрослых людей — 3,5%. Около 13% подростков, предпринявших суицидальную попытку, было госпитализировано, остальным в госпитализации было отказано [6]. Остаётся неизвестным, получили ли те, кому отказали в госпитализации, квалифицированную медицинскую помощь, что вызывает беспокойство, поскольку люди с суицидальными мыслями сталкиваются с 10-кратным повышением риска смерти

от самоубийства [7]. Отсутствие доступа к медицинской помощи повышает вероятность совершения суицида после суицидальной попытки: она составляет 2,8% через год, 5,6% — через 5 лет и 7,4% — через 10. Этот показатель тесно связан с психиатрическим диагнозом [8], поэтому индивидуальное наблюдение за такими пациентами имеет большое значение для предотвращения новых попыток самоубийства.

Недавняя пандемия COVID-19 изменила сценарий суицидального поведения. В различных исследовательских работах приводятся весьма противоречивые результаты. Они варьируют от тех, в которых установили увеличение числа суицидальных мыслей во время пандемии, до работ, в которых не было зафиксировано никакого изменения этого параметра по сравнению с предыдущими годами [9–12]. В других исследованиях авторы сообщают о снижении частоты суицидального поведения [13–15]. Напротив, показано, что в Мексике число завершённых случаев суицидов в течение 2020 года увеличилось, особенно среди молодого взрослого населения. Этот тренд совпадал с повышением уровня депрессивных и тревожных расстройств [16]. Наиболее высокий уровень распространённости этих симптомов наблюдали среди латиноамериканского населения в возрасте 18–24 лет [17]. Также было документально подтверждено, что запрет на посещение школы и стресс, связанный со школьными проблемами, способствовали росту распространённости суицидов [18]. Суицидальные мысли более распространены среди молодых людей, женщин и лиц, испытывающих финансовые трудности, имеющих хронические заболевания и психические расстройства [19, 20].

В Мексике известны методы, используемые для завершённых суицидов, но данные о промежутке времени между появлением симптомов психического заболевания и возникновением суицидального поведения, неотложно требующего психиатрической помощи, ограничены.

Мы предположили, что существуют гендерные особенности у пациентов с суицидальным поведением, обращающихся за психиатрической помощью. Различия по полу обуславливают способ суицида, который также связан с характером и тяжестью психической патологии, в частности, с коморбидностью диагнозов.

³ Национальный институт статистики и географии [Интернет]. Перепись населения; 2021 [дата обращения: апрель 2023]. Доступ по ссылке: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_f6061818-d620-4269-adbb-d4376cc22c0d

Цель исследования — изучить гендерные особенности суицидального поведения в зависимости от возрастных аспектов, фактора наличия психических расстройств и своевременности диагностики, а также выбора способа самоубийства у пациентов, поступивших в отделение неотложной психиатрической помощи по поводу суицидального поведения.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено ретроспективное описательное исследование.

Выборка

Выборка была составлена из пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи психиатрической больницы «Фрай Бернардино Альварес» (Hospital Psiquiátrico «Fray Bernardino Álvarez», HPFBA) по поводу суицидального поведения, на которых были заполнены специально разработанные анкеты.

Для расчёта размера выборки использовали формулу конечной выборки со следующими параметрами:

- уровень доверительной вероятности $Z=1,96$;
- % популяции с интересующей характеристикой $p=11\%$;
- % популяции без интересующей характеристики $q=89\%$;
- максимально допустимая ошибка оценки $e=4\%$;
- размер универсальной выборки $N=11\ 800$.

Расчётный размер выборки составил $n=241$. Для составления выборки методом простого случайного отбора было отобрано 15 комплектов медицинских анкет, которые позволили заполнить исследовательскую анкету 241 пациенту с суицидальным поведением.

Источник данных

Для целей исследования были использованы анкеты пациентов, находившихся на лечении в отделении неотложной помощи HPFBA в период с марта по декабрь 2020 года. Обязательная информация анкеты включала следующие данные:

- а) возраст;
- б) пол;
- в) суицидальная попытка, определяемая как самоповреждающее поведение с нефатальным исходом при наличии доказательств (явных или скрытых) того, что пациент намеревался умереть [21];

- г) психиатрический диагноз по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10);
- д) время, прошедшее с момента появления симптомов текущего эпизода психического расстройства до обращения за психиатрической помощью;
- е) число лечебно-профилактических учреждений, которые пациент посещал ранее (до получения квалифицированной психиатрической помощи) в связи с данным расстройством/эпизодом болезни;
- ж) способ самоубийства и его тяжесть, определяемая насильственными методами с повреждениями, несовместимыми с жизнью (повешение, удушение, огнестрельное оружие, прыжок с большой высоты или бросание на движущееся транспортное средство) или менее опасными, или ненасильственными методами (единичные травмы, нанесённые тупыми или острыми предметами, отравление веществами);
- з) один или более одного психиатрических диагнозов у пациента с суицидальной попыткой [22].

Анализ данных

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием статистического программного обеспечения SPSS v. 26 (IBM, США). Для представления качественных переменных, абсолютных и относительных частот, а также для количественных переменных, измеряющих основную тенденцию и дисперсию, использовали описательную статистику. Проверку распределения на нормальность осуществляли при помощи теста Колмогорова–Смирнова. Для проверки гипотезы пользовались U-критерием Манна–Уитни. Для категориальных переменных применяли критерий χ^2 . Переменные (пол и наличие более чем одного психиатрического диагноза), показавшие $p < 0,05$, были включены в бинарный логистический регрессионный анализ.

Этическая экспертиза

В соответствии с положениями нормативных правовых актов о медицинских исследованиях Общего закона о здравоохранении исследование было признано безопасным. Комитет по исследованиям и исследовательской этике HPFBA одобрил проект работы (регистрация № CI-955 от 23.01.2023).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди отобранной 241 анкеты пациентов, обратившихся за помощью после суицидальной попытки в период с марта по декабрь 2020 года, была обнаружена сходная доля пациентов мужского и женского пола: 41,9% ($n=101$) и 58,1% ($n=140$) соответственно. Средний возраст общей выборки составил 29,1 года ($SD=10,8$); для женщин — 29,0 ($SD=11,5$), для мужчин — 29,2 года ($SD=9,8$). Статистически значимой разницы в U-критерии Манна–Уитни обнаружено не было (табл. 1).

В 214 случаях (88,4%) это оказался первый случай обращения за психиатрической помощью с начала текущего эпизода. Обнаружены статистически значимыми различия по полу ($\chi^2=4,737$, $p=0,030$). Женщины откладывали обращение за психиатрической помощью с момента появления симптомов психического расстройства на более длительный срок, чем мужчины, медиана составила 60 дней по сравнению с 30 днями у мужчин ($U=4893$, $p=0,009$; см табл. 1).

Кроме того, 111 пациентов (46,3%) сообщили, что посетили два лечебно-профилактических

учреждения, прежде чем смогли получить психиатрическую помощь, а 17 (7%) человек посетили >2 лечебно-профилактических учреждений, при этом установлены статистически значимые различия по полу ($U=7943$, $p=0,027$; см. табл. 1).

Как у мужчин, так и у женщин наиболее частыми диагнозами были расстройства личности и аффективные расстройства. Расстройства, связанные со стрессом, чаще встречались у женщин. Первичные психотические расстройства преобладали у мужчин, для последних были выявлены статистически значимые различия ($\chi^2=17,37$, $p=0,001$; табл. 2).

Большинство суицидальных попыток приходилось на молодой возраст, наибольшее число их отмечалось в возрасте 17–24 лет. В этой возрастной группе наиболее частым основным диагнозом были расстройства личности (43,8%; $n=46$). В возрастных группах 25–40 лет и 41–59 лет самым частым диагнозом стали расстройства настроения — 41,2% ($n=40$) и 42,4% ($n=14$) соответственно. Критерий χ^2 показал статистически значимые различия в отношении расстройств личности, а также органических расстройств.

Таблица 1. Параметры обращения за психиатрической помощью в зависимости от пола ($n=241$)

Параметр	Мужчины ($n=101$)	Женщины ($n=140$)	p^*
Возраст, лет	29,2±9,8	29,0±11,5	0,417 ($U=6637$)
Время, прошедшее с момента появления симптомов до обращения за психиатрической помощью, дни, Ме [Q1; Q3]	30 [14; 180] (min/max=7/7565)	60 [6; 365] (min/max=7/6570)	0,009 ($U=4893$)
Число лечебно-профилактических учреждений, посещённых до получения психиатрической помощи ($n=128$), Ме [Q1; Q3]	2 [1; 2] (min/max=1/4) $n=57$	2 [1; 2] (min/max=1/5) $n=71$	0,027 ($U=7943$)

Примечание: * — $p < 0,05$ (U-критерий Манна–Уитни).

Таблица 2. Доля и частота основных диагнозов в зависимости от пола ($n=241$)

Диагноз	Основной диагноз		χ^2	df	p
	Мужчины, % ($n=101$)	Женщины, % ($n=140$)*			
Органические психические расстройства	2 (1,98)	1 (0,7)	0,765	1	0,382
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	12 (11,8)	3 (2,1)	9,533	1	0,002
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	14 (13,86)	1 (0,7)	17,375	1	0,001
Расстройства настроения (аффективные)	36 (35,6)	55 (39,5)	0,331	1	0,565
Расстройства, связанные со стрессом	10 (9,90)	13 (9,35)	0,026	1	0,873
Расстройства личности	23 (22,7)	62 (44,6)	11,894	1	0,001
Умственная отсталость	4 (3,96)	2 (1,4%)	1,549	1	0,213
Соматические болезни	0 (0,0)	2 (1,4%)	–	–	–

Примечание: *В одном случае в анкете не был указан диагноз.

Пожилая подгруппа составила всего 5 пациентов (2%) выборки; 2 случая оказались связаны с когнитивными нарушениями (табл. 3).

Наиболее частым методом для обоих полов, используемым для суицида, стало отравление. Анализ насильственных способов с более высоким риском летального исхода (повешение, прыжок с высоты или использование движущегося транспортного средства) показал, что их чаще использовали мужчины, чем женщины. Эти различия оказались статистически значимыми ($\chi^2=22,210$, $p < 0,05$; табл. 4). Повешение и удушение значительно чаще встречались среди мужчин по сравнению с женщинами ($\chi^2=47,784$, $p < 0,05$).

Пациенты с более чем одним психиатрическим диагнозом использовали более опасные методы

суицида ($\chi^2=7,940$, $p < 0,05$). Регрессионная модель оказалась хорошо подходящей по критерию Хосмера-Лемешова ($p=0,971$). У 76,7% пациентов (74 мужчины и 111 женщин) был установлен сопутствующий / дополнительный психиатрический диагноз. У пациентов в возрасте 25-40 лет наиболее частыми были расстройства личности (31,9%), аффективные расстройства (15,3%), расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (12%), и расстройства, связанные со стрессом (7,4%). Наименее частыми сопутствующими диагнозами были расстройство пищевого поведения ($n=1$), соматизированные расстройства ($n=3$), расстройства нейроразвития ($n=10$), включая интеллектуальное снижение ($n=8$). В целом мужской пол и наличие более одного психиатрического диагноза повышали

Таблица 3. Основные диагнозы по возрастным группам ($n=241$)

Диагноз	Возрастная группа n (%)				Критерий χ^2		
	17-24 года	25-40 лет	41-59 лет	>60 лет	χ^2	df	p
Всего в столбце	105 (100)	97 (100)	33 (100)	4 (100)	-	-	-
Органические расстройства	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	2 (40,0)	64,50	3	<0,001
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	3 (2,9)	9 (9,3)	3 (9,1)	0 (0,0)	4,31	3	0,23
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	5 (4,8)	9 (9,3)	1 (3,0)	0 (0,0)	2,76	3	0,43
Расстройства настроения (аффективные)	36 (34,3)	40 (41,2)	14 (42,4)	1 (20,0)	1,91	3	0,59
Расстройства, связанные со стрессом	13 (12,4)	4 (4,1)	5 (15,2)	1 (20,0)	6,20	3	0,10
Расстройства личности	46 (43,8)	33 (34,0)	6 (18,2)	0 (0,0)	10,41	3	0,02
Умственная отсталость	2 (1,9)	1 (1,0)	3 (9,1)	0 (0,0)	7,07	3	0,07
Соматические болезни	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	-	-	-

Таблица 4. Частота различных способов суицида и степень насильственности метода в зависимости от пола ($n=241$)

Метод (с кодами по МКБ-10)		Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)
Ненасильственные методы	Умышленное самоотравление и приём противоэpileптических, седативных, снотворных, противопаркинсонических или психотропных препаратов (X60-X69)	34 (14,1)	86 (35,7)
	Преднамеренное самоповреждение с применением острого или тупого предмета (X78-X79)	32 (13,3)	41 (17,0)
Насильственные методы	Преднамеренное самоповреждение путём повешения, удушения (X70), утопления и погружения в воду (X71)	25 (10,4)	10 (4,1)
	Преднамеренное самоповреждение в результате прыжка с высоты (X80), прыжка под движущийся объект или лежания перед ним (X81), дорожно-транспортные происшествия (X82)	9 (3,7)	3 (1,2)
Преднамеренное самоповреждение неустановленными способами (X84)		1 (0,4)	-
Всего*		101 (41,9)*	140 (58,1)*

Примечание: * — $\chi^2=22,210$, $p < 0,05$.

Таблица 5. Результаты регрессионного анализа степени насильственности суицидальных попыток (n=241)

Параметр	В	Стандартная ошибка	Тест Вальда	df	Значимость	Exp(B)	95% ДИ Exp(B)	
							Нижний предел	Верхний предел
Пол (мужской)	-1,577	0,364	18,745	1	0,0001	0,207	0,101	0,422
Диагноз (>1)	-0,919	0,372	6,111	1	0,013	0,399	0,192	0,827

Примечание: В — коэффициент логистической регрессии, Exp(B) — оценка соотношений шансов, ДИ — доверительный интервал.

риск суицидальных попыток с высоким риском летального исхода: оценка соотношений шансов $Exp(B)=0,207$, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,101–0,402 и $Exp(B)=0,399$, 95% ДИ 0,192–0,827 соответственно ($p < 0,05$; табл. 5).

Показатель средней длительности от появления симптомов актуального психического расстройства до получения психиатрической помощи у пациентов, совершивших суицидальную попытку более опасным способом, оказался выше, чем у лиц, которые использовали менее травматичные способы, но разница не достигла статистической значимости (705 vs 493 дня; $U=2377,0$, $p=0,765$). Медиана времени от появления симптомов до обращения за психиатрической помощью в обеих группах (более и менее травматичных) составила 135 дней (min/max=7/7665). Среднее число лечебно-профилактических учреждений, посещённых в рамках актуального психического расстройства, было одинаковым для пациентов, совершивших насильственные и ненасильственные суицидальные попытки ($Me=2$, min/max=1/5, $U=4821,0$, $p=0,294$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Обсуждение основного результата исследования

Собственные данные, полученные после изучения возрастных особенностей пациентов, совершивших суицидальные попытки, согласуются с результатами исследования Venke и соавт., которые отметили, что у молодых людей чаще отмечаются депрессивные симптомы и ощущение одиночества психические расстройства [23].

При анализе способов суицида выявлены статистически значимые различия в зависимости от пола. Мужчины использовали более травматичные и опасные для жизни методы, а женщины чаще прибегали к отравлению. Это соответствует данным, полученным во Франции, где преднамеренное отравление чаще встречалось среди женщин, а мужчины

использовали методы с высокой вероятностью летального исхода [24]. Во французском исследовании наиболее частыми диагнозами были употребление психоактивных веществ и расстройства настроения. В нашем случае чаще встречались расстройства личности и настроения, но также была отмечена категория психотических расстройств (шизофрения, шизотипические или бредовые расстройства).

Нами было обнаружено, что мужчины, склонные к насильственным суицидальным попыткам, чаще откладывали обращение за психиатрической помощью. Мы полагаем, что эта тенденция связана с различием по численности завершённых суицидов. Суицидальные попытки с высоким уровнем летального исхода составили 90% случаев смерти в результате суицида в Мехико в 2020 году³. В Мексике соотношение мужчин и женщин равно 8:2, но, к сожалению, в Мексике полностью отсутствуют исследования, предоставляющие сведения о числе людей, совершивших суицид, имевших доступ к психиатрической или психологической помощи.

Промедление в обращении за психиатрической помощью может быть связано с препятствиями географического, административного или кадрового характера. С этой точки зрения было установлено, что основные препятствия для доступа к психиатрической помощи обусловлены отсутствием информации о том, где её получить, длительным временем ожидания, нехваткой специалистов, культурными и географическими факторами, а также стигматизацией и стоимостью терапии [25]. Препятствия в получении психиатрической помощи увеличивают разрыв в лечении психических расстройств в Латинской Америке до 80% [26]. В нашем исследовании обнаружено, что медиана числа учреждений общей медицинской помощи, которые посещали пациенты, прежде чем смогли получить психиатрическую помощь, была равна 2. Одной из стратегий, направленных на улучшение ситуации, могло бы стать увеличение числа

профильных специалистов. Например, в Японии увеличение числа психиатров из расчёта на одного жителя страны выразилось в уменьшении числа самоубийств [27].

Наличие более чем одного психиатрического диагноза служит предиктором позднего обращения за помощью [28]. В нашей работе большая доля пациентов имели более одного психиатрического диагноза (в основном аффективные расстройства, сочетающиеся с расстройствами личности), а у пациентов в возрасте от 25 до 40 лет наблюдалась высокая коморбидность с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Пациенты с более чем одним психиатрическим диагнозом демонстрировали более высокую вероятность попытки насильственного самоубийства. Имеются подтверждения того, что наличие психиатрического диагноза с сопутствующими психическими или поведенческими расстройствами является предиктором высокой вероятности летального исхода при совершении суицида, особенно у мужчин [29].

Наличие специалистов и иных ресурсов для оказания психиатрической помощи имеет решающее значение для обеспечения своевременной и неотложной помощью. В нашем исследовании задержка обращения за психиатрической помощью и отложенный доступ к ней были значительными, поэтому крайне важно проанализировать причины этой задержки, включая все имеющиеся проблемы. Исследование подтверждает, что предпочтение решать проблему самостоятельно или с помощью близких среди молодого является основным препятствием для адекватной помощи. Это фактор может иметь большее значение, чем материальные затраты.

Ограничения исследования

Настоящая работа имеет ограничения, связанные с тем, что провести структурированное интервью для подтверждения психиатрического диагноза не представлялось невозможным, поскольку диагноз был установлен посредством проведения клинического интервью в отделении неотложной помощи; также оказалось невозможным измерить величину вреда или намеренность суицидального поведения. Исследуемые переменные были ограничены теми, которые содержались в анкете отделения общей медицинской помощи, направившего пациента в HPFBA.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицид является серьёзной проблемой общественного здравоохранения, которая затрагивает всё население и в особенности молодёжь. Учитывая повышение частоты суицидального поведения, система здравоохранения Мексики должна разработать стратегии, которые позволят оперативно выявлять пациентов из групп риска совершения суицида и своевременно оказывать им помощь. В частности, разумно предположить, что доступность ресурсов здравоохранения существенно влияет на возможность получения медицинской помощи. Также представляется необходимым проанализировать причины задержки обращения за психиатрической помощью и, кроме того, разработать алгоритмы выявления лиц из группы повышенного риска, особенно мужчин с более чем одним психиатрическим диагнозом.

История публикации

Рукопись поступила: 21.07.2023

Рукопись принята: 19.01.2024

Опубликована онлайн: 04.03.2024

Вклад авторов: Д.А. Хуарес-Домингес участвовал в разработке оригинальной идеи и развитии работы, Э. Кабельо Ранхель способствовал развитию и концептуализации результатов, К.М. Артеага-Контрерас внесла свой вклад в анализ результатов и критический обзор рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Хуарес-Домингес Д.А., Артеага-Контрерас К.М., Кабельо Ранхель Э. Суицидальные попытки с использованием насильственных способов: гендерные различия, диагностика и частота обращения людей за психиатрической помощью в Мехико // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, № 1. CP13457. doi: 10.17816/CP13457

Сведения об авторах

Данаэ Александра Хуарес-Домингес, психиатр, медицинский факультет, Национальный автономный университет Мексики; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5586-7747>

Карен Мишель Артеага-Контрерас, магистр в области общественного здоровья, служба психиатрической помощи, Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez"; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5227-1916>

***Эктор Кабельо Ранхель**, доктор наук, научный руководитель, Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez"; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0421-4351>

E-mail: hector19.05.19.05@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, et al. Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(24):888–94. doi: 10.15585/mmwr.mm7024e1
2. Fountoulakis KN, Apostolidou MK, Atsiova MB, et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *J Affect Disord.* 2021;279:624–9. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.061
3. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020;15(11):e0241658. doi: 10.1371/journal.pone.0241658
4. Romero-Pimentel AL, Mendoza-Morales RC, Fresan A, et al. Demographic and clinical characteristics of completed suicides in Mexico City 2014–2015. *Front Psychiatry.* 2018;9:402. doi: 10.3389/fpsy.2018.00402
5. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med.* 2010;70(10):1626–32. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.029. Erratum in: *Soc Sci Med.* 2010;71(11):2046
6. Valdez-Santiago R, Villalobos Hernández A, Arenas-Monreal L, et al. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta [Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population]. *Salud Publica Mex.* 2023;65:s110–s116. doi: 10.21149/14815 (Spanish)
7. Ross E, Murphy S, O'Hagan D, et al. Emergency department presentations with suicide and self-harm ideation: a missed opportunity for intervention? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e24. doi: 10.1017/S2045796023000203
8. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, et al. Author reply to Letter to the Editor regarding 'Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt. A systematic review and meta-analysis'. *Aust Amp New Zeal J Psychiatry.* 2022;56(12):1676–7. doi: 10.1177/00048674221136458
9. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric admissions to a large swiss emergency department: An observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1174. doi: 10.3390/ijerph18031174
10. McDowell MJ, Fry CE, Nisavic M, et al. Evaluating the association between COVID-19 and psychiatric presentations, suicidal ideation in an emergency department. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253805. doi: 10.1371/journal.pone.0253805
11. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, et al. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res.* 2021;136:552–9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.10.029
12. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, et al. Psychiatric admissions, referrals, and suicidal behavior before and during the COVID-19 pandemic in denmark: A time-trend study. *Acta Psychiatr Scand.* 2021;144(6):553–62. doi: 10.1111/acps.13369
13. Smalley CM, Malone DA Jr, Meldon SW, et al. The impact of COVID-19 on suicidal ideation and alcohol presentations to emergency departments in a large healthcare system. *Am J Emerg Med.* 2021;41:237–8. doi: 10.1016/j.ajem.2020.05.093
14. Hernández-Calle D, Martínez-Alés G, Mediavilla R, et al. Trends in psychiatric emergency department visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid, Spain. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(5): 20113419. doi: 10.4088/JCP.20113419
15. Reif-Leonhard C, Lemke D, Holz F, et al. Changes in the pattern of suicides and suicide attempt admissions in relation to the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2023;273(2):357–65. doi: 10.1007/s00406-022-01448-y
16. Cabello Rangel H, Santiago Luna J. Demand for care in a public psychiatric hospital in México City in the context of the COVID-19 pandemic. *Archivos Neurociencias.* 2022;27(4). doi: 10.31157/an.v27i4.372
17. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049–57. doi: 10.15585/mmwr.mm6932a1
18. Manzar MD, Albougami A, Usman N, Mamun MA. Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021;34(2):139–46. doi: 10.1111/jcap.12313
19. Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry.* 2020;217(4):543–6. doi: 10.1192/bjp.2020.130
20. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021;5(2):229–38. doi: 10.1038/s41562-020-01042-z
21. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2003;160(11 Suppl):1–60. Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2004;161(4):776.
22. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry.* 1994;151(4):530–6. doi: 10.1176/ajp.151.4.530
23. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res.* 2020;293:113462. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113462
24. Corbé J, Montout C, Fares A, et al. A comprehensive study of medically serious suicide attempts in France: incidence and associated factors. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e2. doi: 10.1017/S2045796022000774
25. Moroz N, Moroz I, D'Angelo MS. Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthc Manage Forum.* 2020;33(6):282–7. doi: 10.1177/0840470420933911

26. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):229-40. doi: 10.1590/s1020-49892005000900002 (Spanish)
 27. Nakanishi M, Endo K. National suicide prevention, local mental health resources, and suicide rates in Japan. *Crisis*. 2017;38(6):384-92. doi: 10.1027/0227-5910/a000469
 28. Ebert DD, Mortier P, Kaehlke F, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first year college students: First cross national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019;28(2):e1782. doi: 10.1002/mpr.1782
 29. Rozanov VA. Psychosocial and psychiatric factors associated with expected fatality during suicide attempt in men and women. *Consortium Psychiatricum*. 2022;3(2):48-59. doi: 10.17816/CP161
-