ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

О. П. Ворсина, Г. Г. Симуткин

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2013

УДК 616.89-008.441.44(571.53)
ББК Ю94(2Р54-4Ир)+Р811.443
В 759

Р е ц е н з е н т:

А. В. Семке – д-р мед. наук, профессор,
зав. отделением эндогенных расстройств (ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН)

Н. В. Говорин – д-р мед. наук, профессор,
зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ГБОУ ВПО Читинская ГМА Минздрава России

В 759 **Ворсина О. П., Симуткин Г. Г.** Суицидальное поведение населения Иркутской области. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. – 330 с.

ISBN

Монография подготовлена по материалам диссертационного исследования О. П. Ворсиной. В главе 1 «Современное состояние проблемы суицидального поведения» показана распространенность завершенных суицидов и суицидальных попыток в мире, определены факторы риска суицидального поведения. Глава 2 посвящена описанию материалов и методов исследования. В главе 3 «Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутской области» показана распространенность завершенных суицидов в Иркутской области и в Иркутске, представлены социально-демографические и клинические характеристики совершивших завершенные суициды в Иркутске, рассматриваются медицинские факторы суицидального риска. Глава 4 «Клинико-эпидемиологическая характеристика суицидальных попыток населения Иркутска» включает социально-демографические характеристики совершивших суицидальные попытки в Иркутске за 2005—2007 гг., а также совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, социально-демографические и клинико-психологические предикторы повторных суицидальных попыток пациентов психиатрического стационара. В главе 5 «Социально-демографические и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа» даны социально-демографические и этнокультуральные характеристики совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки. Глава 6 «Особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутской области» посвящена социально-демографическим и клиническим характеристикам детей и подростков Иркутской области и Иркутска, совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки. Глава 7 «Организационно-методические основы оказания помощи лицам с кризисными состояниями в Иркутской области» раскрывает следующие аспекты: телефонная психотерапевтическая помощь взрослым, детям и подросткам в превентивной суицидологической службе Иркутска. Для психиатров, психологов, психотерапевтов, работников суицидологической службы.

УДК 616.89-008.441.44(571.53)
ББК Ю94(2Р54-4Ир)+Р811.443

ISBN

© Ворсина О. П., Симуткин Г. Г., 2013

© ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН, 2013

FSBI «Mental Health Research Institute»
Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences

O. P. Vorsina, G. G. Simutkin

SUICIDAL BEHAVIOUR IN POPULATION OF IRKUTSK REGION

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk

2013

УДК 616.89-008.441.44(571.53)
ББК Ю94(2Р54-4Ир)+Р811.443
В 759

Reviewers:

A. V. Semke – MD, Professor,
Head of Endogenous Disorders Department
(FSBI «Mental Health Research Institute» SB RAMSci)

N. V. Govorin – MD, Professor,
Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Medical Psychology Department
(Chita State Medical Academy of Ministry
of Healthcare and Social Development of Russia)

В 759 **Vorsina O. P., Simutkin G. G.** Suicidal behavior in population of Irkutsk Region. – Tomsk : Publishing House «Ivan Fedorov», 2013. – 330 p.

ISBN

The monograph has been prepared according to materials of dissertation research by O. P. Vorsina. In chapter «State-of-the-art of problem of suicidal behavior», prevalence of completed suicides and suicidal attempts in the world has been shown, risk factors of suicidal behavior have been defined. Chapter 2 is devoted to description of materials and methods of research. In chapter 3 «Social-demographic and clinical characteristics of persons having completed suicides, in Irkutsk Region», prevalence of completed suicides in Irkutsk Region and Irkutsk has been shown, social-demographic and clinical characteristics of having completed suicides persons in Irkutsk have been presented, medical suicidal risk factors are considered. Chapter 4 «Clinical-epidemiological characteristic of suicidal attempts in population of Irkutsk» includes social-demographic characteristics of having attempted suicides persons in Irkutsk for 2005—2007, as well as having attempted suicides and hospitalized to psychiatric institution, social-demographic and clinical-psychological predictors of repeated suicidal attempts of patients of the psychiatric institution. In chapter 5 «Social-demographic and ethnocultural traits of suicidal behavior in population of Ust-Ordyn Buryat Okrug», social-demographic and ethnocultural characteristics of having completed suicides and suicidal attempters have been given. Chapter 6 «Traits of suicidal behavior in children and adolescents of Irkutsk Region and Irkutsk» is devoted to social-demographic and clinical characteristics of children and adolescents of Irkutsk Region and Irkutsk having completed suicides and attempted suicides. Chapter 7 «Organizing-methodical bases of assistance rendering for persons with critical states in Irkutsk Region» opens aspects as follows: telephone psychotherapeutic assistance for adults, children and adolescents in preventive suicidological service of Irkutsk. For psychiatrists, psychologists, psychotherapists, suicidological service professionals.

УДК 616.89-008.441.44(571.53)
ББК Ю94(2Р54-4Ир)+Р811.443

ISBN

© Vorsina O. P., Simutkin G. G., 2013

© FSBI Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2013

Введение

> Мысль о самоубийстве – это работа воображения, желание совершить его на самом деле – это болезнь. Граница между тем и другим весьма условна.
>
> *Франсуаза Дольто*

Актуальность исследования. Самоубийство является актуальной медико-социальной проблемой современного общества, демонстрирующей тенденцию к росту во многих странах мира (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 1994—2006; Ласый Е. В., 2004, 2011; Войцех В. Ф., 2006; Положий Б. С., 2007—2012; Разводовский Ю. Е., 2005, 2010; Паровая О. М., 2011; Douglas J. D., 1967; Agerbo E. et al., 2002; Hawton K. et al., 2005; Lorant V., 2005; Valle V. et al., 2008; Kim S. Y. et al., 2011; Simkin S. et al., 2012; Bertolote J. M., De Leo D., 2012).

Ежегодно, по данным ВОЗ (2008), в мире от самоубийств погибает 1 миллион человек, в 10—20 раз большее число людей предпринимают попытку самоубийства (Амбрумова А. Г., 1984; Leenaars A. A., 1995; Diekstra R. F. W., 1996; Cutcliffe J. R., 2003). В России количество суицидов и динамика их роста превышает аналогичные показатели большинства европейских стран (Войцех В. Ф., 2006; Положий Б. С., 2006; Положий Б. С., Лазебник А. И., 2011; Wasserman D. et al., 2009), наша страна занимает по этому показателю одно из первых мест в мире. Коэффициент смертности от суицидов в Российской Федерации составил в 2008 г. 27,1 на 100 тысяч населения (Госстат, 2009), что существенно превышает критический уровень самоубийств, установленный экспертами ВОЗ. Суициды в России являются самой распространенной «внешней» причиной смерти, при этом смертность от самоубийств превышает в 1,5 раза смертность от убийств и в 2 раза – смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Большинство современных исследователей рассматривают суицидальное поведение как сложный биосоциальный феномен, результат воздействия на индивида комплекса различных социальных, биологических, психологических и патопсихологических факторов (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980; Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1983; Попова Н. М., 1997; Войцех В. Ф., 1998—2006; Положий Б. С., 2006, 2011; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2008; Murphy G. E. et al., 1986; Rujescu D., 2007; Sarchiapone M. et al., 2007). Среди прочих факторов, влияющих на суицидальное поведение, одно из первых мест занимают социально-экономические факторы.

Рядом зарубежных авторов показана положительная корреляция между частотой суицидов и уровнем разводов и безработицы (Leenaars A. A., 1993; Grunewald P. et al., 1993; Canton C. H. et al., 1995; Rihmen Z., 2007). Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой суицидов и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, нарушением привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований (Амбрумова А. Г., 1996; Лопатин А. А., Кокорина Н. П., 1996; Pritchard C., 1995; Lester D., 1998; Wasserman D., Varnik A., 2002).

Многими авторами уделяется серьезное внимание влиянию этнокультуральных факторов в случае психических расстройств, а также на суицидальное поведение (Положий Б. С., 1995—2009; Артемьев И. А. , 1995; Дубравин В. И., 1997; Рахмазова Л. Д., 1999; Лазебник А. И., 2001; Васильев В. В., 2001; Семке В. Я., 2000, 2005, 2012; Артемьев И. А., Бабанова Ф. П., Бохан Н. А. и др., 2007; Салмина-Хвостова О. И. и др., 2008; Weisman M., 1987; Schmidtke A. et al., 1993; Bille-Brahe U. et al., 1993; Ozsvath K., 1996; Rihmen Z., 2007). Представители различных этнических групп по-разному относятся к факту самоубийства, представители разных стран либо различных этносов, живущих в одной стране, существенно отличаются по характеру совершаемого суицида. Региональные лидеры по числу суицидов в РФ – Дальневосточный и Сибирский федеральные округа (33,3 и 34,3 на 100 тысяч в 2010 г.). Одним из национальных образований с высокой суицидальной активностью является Усть-Ордынский Бурятский округ, где за последние 20 лет частота завершенных суицидов в 2—3 раза превышала общероссийские показатели.

Уровень суицидов среди лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, превышает выявляемый уровень самоубийств в общей популяции – от 2,5 (Агафонов С. К., 2005) до 5 раз (Гладышев М. В., Положий Б. С., 2005). В ряде работ достоверно показан высокий уровень суицидального риска у больных депрессивными расстройствами (Остроглазов В. Г. и др., 1998; Лапин И. А., 2005; Angst J. et al., 2005; Coryell W., Young E. A., 2005), шизофренией (Данилова М. Б. и др., 1987; Измайлова Н. Т., 1998; Конева О. В., Семке А. В., 2007; Cohen L. J. et al., 1990; Palmer B. A. et al., 2005), психогенными психическими расстройствами (Данилова М. Б., 1978; Головизина О. Л., 2005; Apter A. et al., 2003; Pompili M. et al., 2004).

Таким образом, суицидальное поведение характеризуется разнообразием причин и факторов, его формирующих. Изучение преимущественного влияния тех или иных факторов, включая этнокультуральные факторы, в различных группах суицидентов попрежнему представляет собой актуальную задачу.

Существующие сведения о генезе суицидального поведения свидетельствуют о многоплановости данной проблемы и необходимости объединения усилий специалистов многих дисциплин при ее углубленном изучении. Отсюда очевидна необходимость интеграции исследований в данной области, что позволит позитивным образом воздействовать на профилактику и негативные последствия суицидального поведения населения, разработать мероприятия, направленные на улучшение суицидологической помощи.

Цель: изучение суицидального поведения в крупном промышленном регионе Восточной Сибири с учетом эпидемиологических, социально-демографических, клинических, этнокультуральных аспектов в общей популяции населения и в контингенте психически больных с последующей разработкой и внедрением модели суицидологической службы в Иркутской области.

В соответствии с целью были определены з*адачи:* 1) изучить распространенность завершенных суицидов и суицидальных попыток и их многолетнюю динамику в Иркутской области и Усть-Ордынском Бурятском округе; 2) определить социально-демографические и клинические характеристики лиц, предпринявших суицидальные попытки, с выделением групп высокого суицидального риска, а также лиц, склонных к рецидивированию суицидального поведения; 3) провести анализ нозологической структуры контингента суицидентов, госпитализируемых в психиатрический стационар, с учетом степени выраженности суицидального риска, основных клинических характеристик, влияющих на динамику и исход суицидальной активности; 4) провести сравнительный анализ распространенности, причин возникновения и условий формирования суицидального поведения бурятского и славянского населения, проживающего в аналогичных климатогеографических и социально-экономических условиях; 5) проанализировать взаимосвязь распространенности и многолетней динамики, причины возникновения и условия формирования суицидального поведения детей и подростков Иркутской области; 6) разработать и внедрить региональную модель специализированной суицидологической службы как организационно единого медицинского учреждения в составе трех структурных подразделений – Телефона Доверия, кабинета социально-психологической помощи и кризисного стационара; 7) предложить, апробировать и внедрить профилактические и лечебно-реабилитационные программы антикризисного вмешательства для лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

На основе полученных результатов были сформулированы *основные положения.*

1. Несмотря на наметившееся улучшение ситуации (снижение частоты суицидов за последние 8 лет в 1,5 раза в Иркутской области), по-прежнему отмечается высокий уровень суицидальной активности населения, превышающий в 1,8 раза общероссийские показатели.

2. Уровень суицидальной активности населения крупного промышленного региона Восточной Сибири зависит от констелляции ряда медицинских (наследственная отягощенность, психические и соматические заболевания), социально-демографических (пол, возраст, образовательный уровень, место проживания, профессиональный и семейный статус) и этнокультуральных факторов. Важными клиническими прогностическими факторами риска повторяющегося суицидального поведения являются совершение первой суицидальной попытки в возрасте до 30 лет, постсуицидальный аффект по типу «холодное спокойствие», наличие расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, злоупотребление ПАВ и отклоняющееся поведение в анамнезе, высокая частота госпитализаций в психиатрический стационар, наличие тяжелой соматической патологии.

3. Значимые энтокультуральные различия суицидального поведения у лиц бурятской и славянских национальностей касаются возраста, наиболее уязвимого в отношении данного поведения (превалирование у бурят завершенных суицидов в возрасте 10—59 лет, по сравнению с преобладанием завершенных суицидов и суицидальных попыток у славян старше 60 лет), продолжительности пресуицидального периода (большая длительность у бурят – до 1 года), преобладания у бурят неагрессивных форм мотиваций (отказ от жизни и избегание наказания), способов совершения самоубийства (превалирование у бурят случаев нанесения колото-резаных ран, у славян – повешения), клинической структуры выявляемых психических расстройств (у бурят – больший удельный вес психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ; у славян – большая представленность реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации).

4. Эффективной формой оказания суицидологической помощи населению крупного промышленного региона является специализированная, интегрирующая долгоспитальный, госпитальный и постгоспитальный этапы, суицидологическая служба (Телефон Доверия, кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар), учитывающая социально-демографические, экономические и этнокультуральные особенности соответствующего региона.

Касаясь аспекта *научной новизны* проведенного исслнедования, отметим, что впервые на репрезентативном материале изучена распространенность завершенных суицидов и ее динамика в крупном промышленном регионе Восточной Сибири за 20 лет (1991—2010 гг.) в зависимости от пола, возраста, образования, социального и семейного положения, а также от места проживания суицидентов. Выявлены группы населения с высоким суицидальным риском, изучены клинические факторы, влияющие на распространенность суицидального поведения в регионе. Впервые получены данные о популяционной распространенности среди населения Иркутска незавершенных суицидальных попыток в динамике за 3 года (2005—2007 гг.) и аналогичные данные относительно незавершенных суицидальных попыток детей и подростков Иркутска в динамике за 4 года (2006—2009 гг.).

Впервые проведен сравнительный анализ распространенности, причин возникновения и условий формирования суицидального поведения бурятского и славянского населения Усть-Ордынского Бурятского округа. Выявлены различия в социально-демографических, клинических и этнокультуральных характеристиках суицидентов в зависимости от их национальной принадлежности. Установлено влияние этнокультуральных факторов на суицидальное поведение психически больных бурятской и славянских национальностей.

На основании полученных данных разработана и внедрена региональная модель специализированной суицидологической службы Иркутской области.

Практическая значимость. Полученные эпидемиологические и клинические данные о завершенных суицидах и суицидальных попытках в Иркутской области позволили определить основные направления оптимизации специализированной суицидологической помощи в регионе, на основании которых в Иркутской области и ее областном центре с 2011 г. начала функционировать суицидологическая служба.

Учитывая высокую распространенность завершенных суицидов и покушений на самоубийство в Иркутской области и низкий уровень обращаемости лиц с суицидальным поведением в психиатрические учреждения, внедрены программы специализированной лечебно-реабилитационной помощи данной категории лиц.

Выявленные этнокультуральные особенности суицидального поведения бурятского и славянского населения Усть-Ордынского Бурятского округа необходимо учитывать при разработке и проведении специализированной суицидологической помощи.

Полученные эпидемиологические и клинические данные о завершенных суицидах и суицидальных попытках детей и подростков Иркутской области позволят в дальнейшем предпринять меры по оптимизации оказания суицидологической помощи данной категории лиц.

Внедренная комплексная система оказания специализированной суицидологической помощи позволяет снизить уровень завершенных самоубийств и покушений на самоубийство, а также предупредить повторные суициды.

Внедрение в практику. По итогам исследования изданы методические рекомендации «Этнокультуральные аспекты суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа» (Иркутск, 2011); методические рекомендации «Особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутской области» (Иркутск, 2011). Результаты работы внедрены в практическую деятельность ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1», ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», ОГКУЗ «Иркутская областная психиатрическая больница № 2», областных психиатрических учреждений городов Ангарска, Братска, Усть-Илимска, Тулуна, научно-профилактического центра социальной реабилитации населения по проблемам зависимостей ГУ ВСНЦ СО РАМН, Министерства здравоохранения Иркутской области. Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе на циклах повышения квалификации врачей-психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов на кафедре психиатрии ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздравсоцразвития РФ и ГБОУ ДПО Иркутского ГМУ Минздравсоцразвития РФ.

Глава 1

Мы даже возьмем на себя смелость сказать, что этот наиболее радикальный вызов самому себе, на который способен человек (то есть не только сомнения в смысле жизни, но и действия, направленные против жизни), эта фундаментальная возможность человека выбрать самоубийство, эта его свобода решать, быть ли ему вообще, выделяют человека из всех других существ, этим человеческий способ бытия отличается от существования животных

В. Франкл

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Проблема распространенности самоубийств и факторов, влияющих на этот показатель, до настоящего времени дискуссионна. Литературные данные разноплановы и обусловлены разным пониманием природы и механизмов суицидального поведения, факторов, способствующих его возникновению, а также сопоставлением нерепрезентативных выборок суицидентов.

Самоубийства представляют собой одну из самых важных медико-социальных проблем в большинстве стран мира. По определению ВОЗ, частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения (2001). В мире ежегодно погибают от самоубийств около 1 млн человек, от 10 до 20 млн совершают суицидальные попытки. По данным ВОЗ, к 2020 г. приблизительно 1,53 млн человек покончат жизнь самоубийством (Bertolote J. M., 2001). С. В. Бородин, А. С. Михлин (1978), проанализировав состояние самоубийств в 43 странах мира, сделали вывод, что в подавляющем большинстве этих стран наблюдается рост числа суицидов и их уровня. Средний показатель смертности по причине суицидов в мире в 2007 г. был равен 14 на 100 тысяч населения (18 случаев на 100 тысяч – мужчины, 11 случаев на 100 тысяч – женщины) (Wassermann D. et al., 2009).

J. M. Bertolote (2001) в результате эпидемиологического обзора за 1995—2000 гг. выяснил, что на Китай и Индию приходится почти 30 % суицидов, совершенных в мире. Количество суицидов в Китае почти на 30 % выше, чем общее количество во всей Европе, а количество самоубийств в Индии сопоставимо с числом суицидов в России, Германии, Франции и Украине вместе взятых (Bertolote J. M. et al., 2009).

Самоубийства стали 13-й по значению причиной смерти населения в мире (Войцех В. Ф., 2007). Особенно распространены самоубийства в развитых странах, где они занимают 3-е место (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) среди причин смерти населения 15—45-летнего возраста (Положий Б. С., 2011).

Несмотря на повсеместный рост самоубийств, статистические данные о суицидах вызывают сомнения. Ошибочная оценка уровня суицидов может быть результатом урезания данных официальной статистики со стороны государства, задержек в расследовании самоубийств. Разные уровни суицидов могут быть объяснены различными источниками данных. В Китае показатель распространенности суицидов находится в диапазоне от 18,3 (данные, представленные в ВОЗ) до 22 случаев на 100 тысяч населения (данные министерства здравоохранения) и 30 случаев на 100 тысяч (статистика Китайской академии профилактической медицины) (Ji J. L. et al., 2001). Данные о смертности от суицидов обычно занижены. Факт суицида может скрываться для того, чтобы избежать клейма позора для человека, который покончил с жизнью, или для его семьи. Кроме того, могут иметь место социальные выгоды, желание получить страховку или преднамеренная маскировка самоубийства со стороны суицидента под несчастный случай.

Суицид также неправильно классифицируют, регистрируя, что смерть наступила в результате неопределенной или неестественной причины. Самоубийство может быть не зафиксировано в случае, если человек после совершения суицидальной попытки умирает через некоторое время и официально записывают клиническую причину смерти (ВОЗ, 2003). Н. А. Ештокин (2005) указывает, что органы следствия и дознания в России устанавливают род насильственной смерти намного позже выдачи справки и свидетельства о смерти в органах ЗАГСа, и эти данные автоматически не попадают в органы статистики или кодируются там под другими кодами. Б. С. Положий (2011) предлагает изменить «маршрут» учета и регистрации информации о суицидах: после поступления первичной информации в органы внутренних дел рекомендуется не ограничиваться административным уровнем, а оперативно направлять ее в суицидологиче6скую службу города (области) для своевременного сбора максимально полной информации о суициденте и обстоятельствах, способствовавших его уходу из жизни.

1.1. Распространенность завершенных суицидов и суицидальных попыток в различных странах мира

Согласно критериям ВОЗ, показатели частоты завершенных суицидов делятся на низкие (до 10 случаев на 100 тысяч населения), средние (от 10 до 20 случаев), высокие (от 20 до 30 случаев) и сверхвысокие (свыше 30 случаев). Уровень частоты, превышающий 20 случаев на 100 тысяч населения, ВОЗ обозначает как критический и требующий принятия экстренных государственных мер по улучшению суицидологической ситуации в стране (Положий Б. С., 2010). Начиная с 1949 г. ВОЗ регулярно публикует сведения о количестве самоубийств в различных странах мира. Сведения о распространенности завершенных суицидов в мировой литературе значительно различаются.

В таблице 1 представлены (последние по времени публикации) обобщенные данные ВОЗ по частоте завершенных самоубийств в различных странах мира.

Таблица 1

Частота завершенных самоубийств в странах мира (на 100 тысяч населения)

Страна	Всего	Мужчины	Женщины	Год
Сверхвысокий уровень				
Литва	34,1	61,3	10,4	2009
Южная Корея	31,0	39,9	22,1	2009
Высокий уровень				
Российская Федерация	28,1	50,3	8,9	2008
Беларусь	27,4	48,7	8,8	2007
Гайана	26,4	39,0	13,4	2006
Казахстан	25,6	43,0	9,4	2008
Венгрия	24,6	40,0	10,6	2009
Япония	24,4	36,2	13,2	2009
Латвия	22,9	40,0	8,2	2009
Шри-Ланка	21,6	-	-	1996
Украина	21,2	37,8	7,0	2009
Средний уровень				
Бельгия	19,4	28,8	10,3	2005
Финляндия	19,3	29,0	10,0	2009
Сербия	18,8	28,1	10,0	2009
Швейцария	18,6	24,8	11,4	2007
Эстония	18,1	30,6	7,3	2008
Хорватия	17,8	28,9	7,5	2009
Молдова	17,4	30,1	5,6	2008
Франция	16,3	24,7	8,5	2007
Уругвай	15,8	26,0	6,3	2004
Австрия	15,2	23,8	7,1	2009
Польша	14,9	26,4	4,1	2008

Китай (Гонконг)	14,6	19,0	10,7	2009
Чехия	14,0	23,9	4,4	2009
Китай	13,9	13,0	14,8	1999
Швеция	12,7	18,7	6,8	2008
Словакия	12,6	22,3	3,4	2005
Болгария	12,3	18,8	6,2	2008
Куба	12,3	19,0	5,5	2008
Румыния	12,0	21,0	3,5	2009
Дания	11,9	17,5	6,4	2006
Германия	11,9	17,9	6,0	2006
Норвегия	11,9	17,3	6,5	2009
Исландия	11,9	16,5	7,0	2008
Босния и Герцеговина	11,8	20,3	3,3	1991
Новая Зеландия	11,7	18,1	5,5	2007
Канада	11,3	17,3	5,4	2004
Чили	11,1	18,2	4,2	2007
Люксембург	10,9	17,7	4,3	2005
Индия	10,5	13,0	7,8	2009
Низкий уровень				
США	9,6	16,1	3,2	2008
Португалия	9,6	15,6	4,0	2009
Нидерланды	9,3	13,1	5,5	2009
Кыргызстан	8,8	14,1	3,6	2009
Туркменистан	8,6	13,8	3,5	1998
Австралия	8,2	12,8	3,6	2006
Таиланд	7,8	12,0	3,8	2002
Аргентина	7,7	12,6	3,0	2008
Испания	7,6	11,9	3,4	2008
Великобритания	6,9	10,9	3,0	2009
Италия	6,3	10,0	2,8	2007
Бразилия	4,8	7,7	2,0	2008
Узбекистан	4,7	7,0	2,3	2005
Грузия	4,3	7,1	1,7	2009
Израиль	4,3	7,0	1,5	2007
Мексика	4,2	7,0	1,5	2008
Греция	3,5	6,0	1,0	2009
Таджикистан	2,6	2,9	2,3	2001
Низкий уровень				
Армения	1,9	2,8	1,1	2008
Азербайджан	0,6	1,0	0,3	2007
Иран	0,2	0,3	0,1	1991
Египет	0,1	0,1	0,0	2009

Сверхвысокий уровень частоты суицидов в последние годы отмечается лишь в двух государствах мира – Литве и Южной Корее. В число стран с высоким уровнем самоубийств вошли 9 стран, в том числе 5 бывших советских республик – Российская Федерация, Беларусь, Казахстан, Латвия и Украина. Наиболее

многочисленна группа со средним уровнем частоты суицидов – 30 стран, в том числе большинство европейских стран, страны Юго-Восточной Азии (Китай, Индия, Сингапур) и Южной Америки (Уругвай, Чили), Канада, Куба и Новая Зеландия.

В список 22 стран, включенных в группу с низким уровнем частоты самоубийств, вошли США, Австралия, Египет, страны Европы (Великобритания, Нидерланды, Испания, Португалия, Италия, Греция), страны Южной и Центральной Америки (Аргентина, Бразилия, Мексика), азиатские страны (Таиланд, Иран). Важно отметить, что в эту же группу попали и 7 бывших советских республик – 4 среднеазиатских (Кыргызстан, Туркменистан, Узбекистан, Таджикистан) и 3 закавказские (Грузия, Армения, Азербайджан). Отметим, что в данной таблице приведен список лишь тех стран, где статистика самоубийств ведется на должном уровне.

Следует уточнить, что в разных областях одного и того же государства частота суицидов может значительно разниться. P. Kettl, E. Bixter (1991) выявили в штате Аляска распространенность суицидов, вдвое превышающую стандартизированные по полу и возрасту среднеамериканские показатели. Меньше работ по изучению распространенности суицидальных попыток. Это связано с тем, что ежегодных статистических данных о частоте суицидальных попыток в большинстве стран на постоянной основе не собирают. Такие данные получают при проведении отдельных статистических исследований при отсутствии общепринятой системы регистрации суицидальных попыток. В связи с этим частота суицидальных попыток в странах различается в 10—20 раз и составляет 0,4—4,2 % в популяции (Goldney R. D., 2005).

Данные исследования парасуицидов в Европе (WHO|EURO), проведенного в 16 центрах 13 стран методом поперечного анализа с 1989 по 1992 г., показали следующие результаты. Самый высокий стандартизированный по возрасту уровень суицидальных попыток среди мужчин наблюдался в Хельсинки (Финляндия) (314 случаев на 100 тысяч населения), а самый низкий (45 случаев на 100 тысяч) – в Испании, т. е. разница составила 7 раз. Среди женщин самый высокий уровень парасуицидов наблюдался во Франции (462 случая на 100 тысяч), а самый низкий – в Испании (69 случаев на 100 тысяч) (Schmidtke A. et al., 1996). Женщины в 1,5 раза чаще совершали суицидальные попытки, чем мужчины, с возрастом данная пропорция сглаживается и составляет 1:1,1 в возрасте старше 65 лет. Результаты этого исследования показали, что с увеличением возраста количество суицидальных по-

пыток снижается. Так, во Франции частота суицидальных попыток у девушек 15—24-летнего возраста составила 766 случаев на 100 тысяч населения, а у женщин 55 лет и старше – 127 на 100 тысяч. Соотношение летальных и нелетальных случаев у людей старше 65 лет обычно находится в пределах 1:2—3, тогда как у молодых это соотношение может достигать 1:100—200 (McIntire M. S. et al., 1981; McIntosh J. L. et al., 1994).

Изучение показателей динамики распространенности суицидальных попыток показывает, что в большинстве стран мира существует тренд к росту их частоты. Так, в 2001 г. в США среди молодежи 15—24 лет суицидальные попытки составили 534 случая на 100 тысяч населения, а в 2006 г. – 609, т. е. за 6-летний период наблюдается увеличение на 75 случаев на 100 тысяч. За этот же период частота суицидальных попыток среди американских мужчин увеличилась с 100 до 110 случаев на 100 тысяч, а женщин – с 126 до 155 случаев на 100 тысяч (WISQARS, 2007).

Исследование методом продольного анализа в Норвегии, охватившее выборку в 10 тысяч подростков 12—20 лет, обнаружило, что 8 % подростков пытались совершить самоубийство хотя бы 1 раз в жизни, а 2,7 % совершили такую попытку в течение 2 лет, пока проводилось исследование (Wichstrom L., 2000). В Англии показатель парасуицидов с 1960 по 1971 г. увеличился с 82 до 300 случаев на 100 тысяч населения, в Австралии – с 46 до 160 (Weissman M. M., 1974). По мнению M. M. Weissman (1974), число суицидальных попыток в Великобритании и других европейских странах приняло характер «большой эпидемии».

Даже в одной стране частота суицидальных попыток значительно различается. В США наибольший уровень парасуицидов наблюдался в штате Висконсин (90 случаев на 100 тысяч населения), а наименьший – в штате Небраска (29 случаев на 100 тысяч); в провинции Нью-Брансуик Канады уровень суицидальных попыток составил 9,6 на 100 тысяч, а в провинции Квебек в 2 раза меньше – 4,6 на 100 тысяч населения.

Рост суицидальных попыток можно заметить по данным, полученным из медицинских учреждений. В Дании число госпитализаций в связи с суицидальными попытками с 1976 по 1981 г. возросло на 47 % и составило 201 случай на 100 тысяч населения (Hansen W. et al., 1984). R. F. Diekstra (1996) оценивает диапазон распространенности парасуицидов в мире от 300 до 800 случаев на 100 тысяч населения, указывая на то, что менее 25 % лиц с суицидальными попытками попадают в сферу деятельности ме-

дицинских работников. Таким образом, очевиден рост распространенности самоубийств и покушений на них среди населения большинства развитых стран мира.

В России неблагополучная суицидальная ситуация отмечается на протяжении последних 40 лет (Войцех В. Ф., 2007). Особой остроты она достигла в последнем десятилетии XX века – в период кардинальных политических и социально-экономических преобразований в стране (Анискин Д. Б., 1996; Амбрумова А. Г., Руженков В. А., 1997; Положий Б. С., 2002). По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, каждый год в РФ суицид совершают около 60 000 человек, в среднем за 1 день в нашей стране кончают жизнь самоубийством 165 человек. В 1992 г. частота суицидов в России увеличилась до 31 случая на 100 тысяч населения (на 17 % выше, чем в 1990 и 1991 гг.). По данным Б. С. Положего (1993—1999), трудности переживаемого периода носили характер «стресса социальных изменений» (термин ВОЗ), оказывавшего патогенное воздействие на психическое здоровье населения. Развитие суицидального поведения вследствие влияния стресса социальных изменений, по мнению автора, происходило тремя путями. Первым было возникновение депрессивных расстройств, наибольшую суицидальную опасность представляли умеренные и тяжелые депрессивные эпизоды. Вторым механизмом являлись острые ситуационные реакции у практически здоровых до того людей (увольнения с работы, резкое ухудшение материального или семейного положения). Третьим вариантом было обострение депрессивной симптоматики у больных с хроническими формами психической патологии из-за стрессовых воздействий социальных изменений и ухудшения качества оказываемой психиатрической помощи.

Максимальные показатели завершенных суицидов в России достигли в 1994 и 1995 гг. – 42,1 и 41,1 случая на 100 тысяч населения, превысив общемировой уровень в 3 раза. В последующем уровень распространенности суицидов в России оставался стабильно высоким, выводя тем самым нашу страну на лидирующие позиции в мире. Лишь с 2002 г. частота суицидов начала постепенно снижаться, достигнув в 2010 г. уровня 23,5 случая на 100 тысяч населения. Несмотря на позитивные тенденции в динамике российских суицидов, их уровень превышает критический уровень ВОЗ. В настоящее время Россия занимает 6-е место в мире по данному показателю.

Частота завершенных суицидов в различных регионах нашей страны имеет большие отличия. Лишь в Северо-Кавказском, Центральном и Южном федеральных округах показатели суицидов не достигали критического уровня ВОЗ, в остальных – превышали его. Лидерами по числу завершенных суицидов стали Уральский, Приволжский, Дальневосточный и Сибирский федеральные округа (29,7; 30,0; 33,3 и 34,3 на 100 тысяч населения в 2010 г.) (Положий Б. С., 2011). К субъектам РФ с неблагополучными показателями частоты суицидов относятся Чукотский автономный округ (АО) – 100,8; Ненецкий АО – 75,5; Республика Тыва – 66,4; Забайкальский край – 64,8; Республика Алтай – 64,3; Республика Бурятия – 63,9 на 100 тысяч населения. По мнению Б. С. Положего (2011), на уровень частоты суицидов влияют 3 основные группы факторов: 1) уровень социально-экономического благополучия региона и уровень жизни проживающего в нем населения; 2) этнический состав жителей региона; 3) наличие, доступность и эффективность деятельности суицидологической службы.

Кривая смертности от суицидов у детей и подростков нашей страны в течение последних лет идет параллельно взрослым суицидам (Амбрумова А. Г. и др., 1998; Лопатин А. А. и др., 1998; Корнетов А. Н., 1999, 2001; Войцех В. Ф., 2007; Положий Б. С., Панченко Е. А., 2011). В Удмуртии самоубийства подростков 15—18 лет с 1992 по 1995 г. увеличились с 20,1 до 42,7 на 100 тысяч населения (юноши – 67,5; девушки – 17,3 на 100 тысяч). Изучение распространенности суицидов А. А. Лопатиным и Н. П. Кокориной (1996) среди различных возрастных групп Кузбасса показало, что в 1994 г. в возрасте 10—14 лет это был минимальный интенсивный показатель завершенных суицидов (4,6 на 100 тысяч населения), однако высока распространенность завершенных суицидов у подростков и молодых людей 14—19 лет (49,9 на 100 тысяч населения). По данным О. В. Сидорюк, Л. А. Прониной (1997), несмотря на то что 28,5 % обследованных детей и подростков считают для себя недопустимым самоубийство даже в очень тяжелых жизненных условиях, 15,5 % не исключают возможность суицида, а иногда и одобряют его. Это свидетельствует о достаточно высокой суицидальной готовности подрастающего поколения.

Приводимые данные не будут полными, если не учитывать количество суицидальных попыток, которые в 10—20 раз превышают число завершенных суицидов (Попик И. Г., 2002). Статистика парасуицидов колеблется в значительных пределах – от 60 до 220 на 100 тысяч населения (Лопатин А. А., 2000). При этом на

каждый суицид со смертельным исходом у подростков приходится не менее 10–100 суицидальных попыток (Apter A. et al., 2001). С. В. Ваулин (2000), анализируя суицидальность в Смоленске за 1994 г., обращает внимание на то, что суицидальные попытки в возрасте до 14 лет встречаются только у девочек. По данным Н. П. Кокориной и др. (1997, 1998), среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1 % составляют школьники и студенты. А. А. Лопатин (2000) подчеркивает, что, несмотря на достаточно многочисленные данные по распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток, в эпидемиологии этих явлений остается много нерешенных вопросов. К ним относят проблемы правильности и надежности статистики самоубийств, отсутствие полных данных по эпидемиологии суицидальных попыток, как в нашей стране, так и за рубежом, прямо противоположные оценки явлений и тенденций, в том числе и на уровне ВОЗ.

1.2. Факторы риска суицидального поведения

В России в последние годы кардинальное переустройство государственной системы с разрушением системы ценностных ориентаций, сложившихся социальных, семейных и профессиональных стереотипов повлекло за собой значительный социально-психологический кризис общества (Корнетов Н. А., Попова Н. М., 1996; Лопатин А. А., 2000). По мнению авторов, в социально уязвимых группах населения на первый план выступают такие эмоциональные факторы, как переживание безысходности, нравственные потрясения, социальная незащищенность.

S. Weyerer, A. Wiedenmann (1995) исследовали влияние на динамику суицидов таких показателей, как рост экономики, средний реальный доход, частота банкротств и безработица, и пришли к выводу, что наибольшее влияние на рост самоубийств оказывали два последних фактора.

В большинстве стран занятость является чувствительным индикатором экономических изменений. Результаты 16 продольных исследований показали, что занятость имеет постоянное влияние на психическое здоровье (Murphy J., Athanasou J. A., 1999). Многие исследования рассматривают занятость как ключевой фактор, влияющий на суицидальное поведение (Platt S., 1984; Jin R. L. et al., 1995; Platt S., Hawton K., 2000).

Исследование 26 стран Евросоюза показывает, что значительный подъем уровня самоубийств связан с быстрым ростом безработицы (Stuckler D. et al., 2009). Азиатские и китайские исследования также обнаружили, что уровень безработицы является основным фактором риска для самоубийства (Cheng A. T. et al., 2000; Phillips M. R. et al., 2002; Gururaj G. et al., 2004). Часть исследователей предполагает, что самоубийство и безработица имеют случайные корреляции или не имеют существенного значения (Agerbo E., 2003; Blakely T. A. et al., 2003; Kraut A.,Walld R., 2003). Многие авторы считают, что экономический спад с сокращением рынка труда является прелюдией к повышенному уровню суицидов (Platt S., 1984; Weyerer S., Wiedenmann A., 1995; Stankunas M. et al., 2006; Varnik P. et al., 2010). Результаты исследования A. Yuryev et al. (2010) подтверждают гипотезу о том, что суицидальное поведение зависит в определенной степени от ситуации на рынке труда и характеризуется обратной зависимостью с занятостью в большинстве стран.

Суицидальное поведение у мужчин гораздо более тесно связано с экономическими колебаниями в обществе, занятостью, чем у женщин (Юрьева Л., 2006; Wassermann D. et al., 1994; Wassermann D., Makinen I. N., 2009). Этот факт пытаются объяснить теорией гендерной роли, по которой традиционно мужчинам присущи чувство собственного достоинства, независимость, неприятие отказа, в то время как традиционно женская роль более размыта (Moller-Leimkuhler A. M., 2003).

Безработные гораздо больше склонны к злоупотреблению алкоголем, табаком и наркотиками, чем работающие (Mullahy J., Sindelar J., 1996; Janlert U., 1997; Fergusson D. M. et al., 2001; Laitinen J. et al., 2002). Кроме того, лишение работы делает человека психологически более уязвимым для других неблагоприятных факторов, а также повышает риск изоляции (Wassermann D., Makinen I. N., 2009).

В последнее время появились работы, где как фактор риска совершения суицида рассматривается понижение по службе. Это явление получило название «эффект Аякса». S. Stack (2009) обнаружил, что лица, которые были понижены по службе в течение последнего года жизни (4 % суицидентов), в 6,7 раза чаще совершали суициды, чем те, кто такого понижения не имел. Автор считает, что эффект понижения по службе более тесно связан с риском суицида, чем «стандартные» психиатрические факторы, включая большую депрессию и алкогольную зависимость.

Международное исследование суицидов National Violent Death Reporting System (NVDRS) (2003—2006), проведенное в 17 государствах и охватывающее 30,5 тысяч суицидов, показало: в 9,9 % случаев суицидам предшествовали финансовые затруднения (банкротство, долги, денежные споры между супругами), в 10 % – проблемы с работой (напряженные отношения с коллегами, угроза увольнения, поиск постоянной работы, безработица).

В литературе есть данные о том, что в европейских странах и США риск совершения суицидальных действий среди городских жителей больше, чем среди сельских (Бачериков Н. Е. и др., 1989; Лопатин А. А., Кокорина Н. П., 1996; Ришьковска Н. и др., 1996; Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1998; Grollman E. F., 1988). Противоположная картина наблюдается в Китае, где уровень сельских суицидов превышает городской в 5 раз (Phillips M. R. et al., 2002; Zhang J. et al., 2004; Yip P. S. et al., 2005). P. S. Yip et al. (2005) попытались объяснить этот факт культуральными факторами и региональными отличиями в социоэкономической ситуации.

В последние годы в России и других государствах – бывших республиках СССР наблюдается ситуация, при которой распространенность самоубийств в сельской местности превышает таковую в городской (Постовалова Л. И., 1989; Редько А. Н., 1993; Гилинский Я. И., 2004). Высокая частота суицидов в сельской местности связывалась авторами с выездом из сел наиболее трудоспособной части населения, увеличением там доли лиц пожилого и старческого возрастов, одиноких, психически больных, злоупотребляющих алкоголем. В сельских районах уровень суицидов выше там, где ниже плотность населения, исследователи объясняют этот факт социальной изоляцией сельских жителей и недостаточным развитием социальных служб (Seiden R., 1984).

Среди биологических факторов риска суицидального поведения обычно рассматриваются пол, возраст, наследственная отягощенность. На гендерные различия, как предикторы суицидального поведения, указывали многие авторы (Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1991; Лопатин А. А., 2000; Ваулин С. В, Лапицкий М. А., 2000; Юрьева Л. Н., 2001; Klerman G. L., 1987; Murphy G. E., 1998; Brent D. A. et al., 1999; WHO, 2001). В большинстве стран мира частота суицидов среди мужчин превышает в несколько раз соответствующий показатель женщин. Например, в таких странах, как США, Греция и Мексика, мужские самоубийства превышают женские в 3—5 раз (ВОЗ, 2001), в азиатских странах эта разница несколько снижается и не превышает 2 раз.

Исключение составляет Китай, где женский уровень суицидов традиционно превышает мужской (14,8 против 13 на 100 тысяч населения), особенно у молодых женщин, проживающих в сельской местности (Phillips M. R. et al., 2002; Yang G. H.. et al., 2004; Yip P. S. et al., 2005). Исследователи объясняют такие соотношения несколькими факторами. G. Murphy (1998) предполагает, что мужчины могут расценивать потребность в помощи как слабость, не хотят искать помощь у окружающих; кроме того, депрессия у мужчин чаще сопровождается приемом психоактивных веществ. Z. Rihmer et al. (1990) считают, что депрессии у мужчин не распознаются, а их уровень на самом деле выше, чем принято считать. D. A. Brent et al. (1999) полагают, что уровень женских суицидов уступает мужским, так как женщины более склонны использовать менее летальные, обратимые способы самоубийств, реже прибегают к употреблению алкоголя во время самоубийства. Ряд отечественных авторов объясняют меньшую частоту суицидов среди женщин их большими, по сравнению с мужчинами, адаптационными ресурсами, что помогает им легче приспосабливаться к современной социально-экономической ситуации (Беляков С. А., 1983; Жариков Н. М. и др., 1997).

По данным отечественных авторов, соотношение мужских и женских суицидов составляет 4— 6:1 (Войцехович Б. А., Редько А. Н., 1994; Лопатин А. А., 2000; Ваулин С. В. и др., 2000; Положий Б. С., 2006). Динамика частоты мужских суицидов в России в последние два десятилетия повторяет динамику самоубийств в общей популяции. Частота мужских суицидов в 1990–1991 гг. составляла 43,7 и 44,5 на 100 тысяч мужского населения, наибольшие показатели наблюдались в 1994 и 2001 гг. – 74,2 и 72,0 на 100 тысяч мужского населения. В настоящее время уровень российских мужских суицидов превышает среднемировой в 2,9 раза. Частота женских суицидов за анализируемый период оставалась стабильной (10,7—13,6 случая на 100 тысяч женского населения), т. е. макросоциальные факторы практически не влияют на частоту самоубийств у женщин. Большинство суицидологов пришли к выводу, что в формировании суицидального поведения у женщин ведущая роль принадлежит микросоциальным факторам (личным, семейным). В то же время, несмотря на более низкий уровень смертности от самоубийств среди женщин, суициды составляют у них существенно более высокую долю от всех случаев насильственной смерти, чем у мужчин (Rezaeian M., 2007). А. В. Голенков, Е. В. Кашина (2000) отмечают, что возрастной пик

частоты женских суицидов как в городе, так и на селе приходится на возраст 70 лет и старше. И. Б. Бойко (1998) самым суицидоопасным возрастом для женщин считает период 60—69 лет, а самым благополучным в смысле суицидального риска – 14—20 лет.

У детей и подростков частота суицидов также зависит от пола. Соотношение мальчиков и девочек среди суицидентов составляет 3—4:1 (Ниссен Г., 1992; Лазебник А. И. и др., 1994, 1995). В детском возрасте суициды чаще совершают мальчики, в раннем пубертатном возрасте частота суицидов мальчиков и девочек уравнивается, а в среднем пубертатном периоде и старше суициды чаще совершают девочки (Амбрумова А. Г., Вроно Е. М., 1985; Личко А. Е., 1999; Otto V., 1972).

По данным ряда авторов (Войцехович Б. А., Редько А. Н., 1994; Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1998; Лопатин А. А., 2000; Ваулин С. В. и др., 2000; Klerman G. L., 1987; Wunderlich U. et al., 2001), суицидальные попытки чаще предпринимаются женщинами, чем мужчинами, в соотношении 2—4:1. Л. Н. Касимова (2000) установила, что мысли о самоубийстве и попытки покончить с собой у женщин в общей популяции населения крупного промышленного города встречаются почти в 4 раза чаще, чем у мужчин. Ряд авторов сообщают о практически равном соотношении мужских и женских суицидальных попыток (Амбрумова А. Г., Гилод В. М., 1997; Daigle M. S., Cote G., 2006).

Суицидальная активность населения в различные возрастные периоды жизни имеет определенные закономерности: в большинстве стран Европы и США число лиц, погибших в результате суицидов, с возрастом увеличивается, а число совершивших парасуициды уменьшается (Тихоненко В. А., 1981; Conwell Y. et al., 1998; Kaplan M. S. et al., 1998 и др.). Я. И. Гилинский (2004) полагает, что возрастная динамика суицидального поведения зависит от трех основных мотивов. Первая группа мотиваций присуща подросткам и связана с острым конфликтом в учебной, трудовой, семейно-бытовой и интимно-личностной сферах. Другая группа мотивов сводится к смыслоутрате, потере смысла существования, «кризису идентичности». Происходит это обычно после 35—40 лет, объясняя соответствующий пик суицидов. Третья группа мотиваций – одиночество, старческая немощь, тяжелое заболевание, невозможность ухода за собой – присуща старшим возрастным группам (после 70 лет).

Частота суицидов в молодом возрасте относительно низка. По данным ряда авторов (Амбрумова А. Г., 1989; Carre J. R. et al.,

1989), молодые люди в возрасте 20—29 лет, завершившие свою жизнь суицидом, составляют 15—20 % от общего числа умерших по этой причине. Однако в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа суицидов среди молодых людей. С 1970 по 1990 г. завершенные суициды у молодежи 15—19 лет увеличились почти в 2 раза (Brent D. A. et al., 1987, 1999; Rich C., Rineson B., 1992; Patton G. C. et al., 1997), а за последнее десятилетие – в 3 раза. Попытка объяснить нарастающую до сих пор распространенность суицидов среди молодежи социально-экономическими, социокультуральными и другими причинами оказалась не вполне состоятельной (Diekstra R., 1985; Guyer B. et al., 1989; Loweu I., 1996). Тем не менее обнаружены признаки психических расстройств, а также злоупотребление наркотическими и иными ПАВ у подростков, пытавшихся совершить суицид, а также при посмертном исследовании этих случаев (Rosental P. et al., 1984; Clarkin et al., 1984; Berman A. et al., 1990; Rich C., Rineson B., 1992). Эксперты ВОЗ выделили основные группы риска, к которым отнесли подростков из семей с низкими доходами, употребляющих алкоголь и наркотики, имеющих низкий образовательный уровень (Хроника ВОЗ, 1975).

Вторым периодом повышенного суицидального риска является пожилой возраст (Sainsbury P., 1986; Murphy S. L., 2000; Pritchard C., Baldwin D. S., 2002). Почти во всех промышленно развитых странах мужчины 75 лет и старше имеют самый высокий уровень суицидов среди всех возрастных групп (Pearson J. L. et al., 1997). В Венгрии в 1991—1992 гг. уровень самоубийств мужчин этой возрастной группы равнялся 177,5 на 100 тысяч населения (Sartorius N., 1996). С 1990 до 1998 г. в США самоубийства среди мужчин в возрасте 75—84 лет выросли с 24,9 до 42,0 на 100 тысяч населения. Хотя пожилые люди составляют около 10 % населения США, на их долю приходится 20 % завершенных суицидов (Hoyert D. L. et al., 1999, 2001). Степень серьезности суицидальных попыток в старших возрастных группах увеличивается (Чудин А. С., 1980; Амбрумова А. Г., 1989; Анискин Д. Б., 1996; Otto U., 1965; Patterson R. D., 1974; Murphy E. et al., 1986). Суицидальная активность пожилых людей отличается не только высоким коэффициентом летальности, но при незавершенных суицидах – более тяжелыми соматическими последствиями, требующими длительного лечения (Summa J.-D., 1986). Об этом же свидетельствует соотношение суицидальных попыток и завершенных суицидов среди молодых людей – 8—10:1 (Erlemeier N., 1988),

а среди лиц пожилого возраста – всего 1—1,5:1 (Hendin H., 1984; Erlemeier N., 1988). В пожилом возрасте усиливается чувство беспомощности и неполноценности по мере снижения жизненной активности. Смерть близких людей и сверстников обостряет у пожилых людей ощущение эмоционального вакуума и опустошенности, усталости от жизни (Амбрумова А. Г., 1994). R. Kastenbaum (1992) подчеркивает, что пожилые люди имеют более высокий риск смерти от суицида, что связано с одиночеством, переходом в более бедную часть населения в связи с низким доходом и появлением депрессивных переживаний.

Суицидальные попытки, в отличие от самоубийств, совершают преимущественно люди молодого возраста (Амбрумова А. Г., 1989; Бачериков Н. Е. и др., 1989; Hendin H., 1984). M. M. Weismann (1974) назвала суицидальные попытки «привилегией» молодых и указала на наибольший уровень покушений на самоубийство 20—24-летних людей. В риске совершения суицидов и суицидальных попыток важную роль играет уровень образования суицидента. Вопрос о влиянии уровня образования на генез суицидальных проявлений отражен неоднозначно. D. Lester et al. (1989) сравнили характеристики суицидов в США и Венгрии и выявили прямую корреляционную связь частоты самоубийств с низким образовательным уровнем старших возрастных групп населения. С этим согласуются результаты исследования Г. И. Девяткovой (1992): начальное образование – 27,1 % суицидентов, неполное среднее – 40,1 %, незаконченное высшее и высшее – 2,0 %, среднее и среднеспециальное – 30,8 %.

Некоторые авторы указывают на достаточно высокую представленность суицидального поведения среди студентов (Кибрик Н. Д., 1983; Seiden R., 1966). Существует и другая точка зрения, которая опровергает мнение о наличии обратной зависимости между уровнем образования и частотой самоубийств. По мнению Ch. Zwingman (1977), среди самоубийц превалируют лица с высшим образованием, а наименьшее число завершенных суицидов отмечается среди лиц со средним образованием.

Взаимосвязь профессионального статуса и суицидального поведения в литературе оценивается неоднозначно. Одна часть исследователей считает, что наиболее часто самоубийства совершали лица с высоким профессиональным уровнем (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1988, 1994), другая – что неквалифицированные рабочие и безработные кончают жизнь суицидом чаще, чем более квалифицированные специалисты (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Шейдер Р., 1998). I. N. Makinen, D. Wassermann (2001) сообщают, что высокие уровни суицидов характерны для женщин с наиболее высоким и наиболее низким профессиональным статусом, тогда как низкие показатели суицидов характерны для женщин, занимающих средние по профессиональному статусу позиции. Этим женщины отличаются от мужчин, среди которых частота суицидов наиболее низка у лиц с наиболее высоким профессиональным статусом и наиболее высока – у лиц с самым низким профессиональным статусом.

Многие авторы пытаются рассматривать комплексное влияние различных факторов на суицидальное поведение, в том числе семейное положение. Во многих культурах брак связывают с более низким уровнем самоубийств, а разводы и семейное разделение – с его повышением (Allerbeck P. et al., 1987; Lester D. et al., 1989; Petronis K. R. et al., 1990; Motohashi Y., 1991; Charlton J., 1995; Heikkinen V. E. et al., 1995; Leenaars A. A. et al., 1999). По мнению ряда авторов, наибольший риск совершения суицида отмечается среди разведенных (Sainsbury P., 1975; Grollman E., 1988). При этом риск суицидов среди разведенных для мужчин был выше, чем для женщин (Крыжановская Л. А., 2000; Pescosolido B. A. et al., 1990; Kposowa A. J., 2000). В. Ф. Войцех (2002) сообщает, что незамужние женщины совершают повторные суицидальные попытки чаще, чем мужчины-холостяки, M. E. Heikkinen et al. (1995) подчеркивают роль вдовства как фактора суицидального риска для женщин в возрасте 60—69 лет.

Наличие семьи играет в суицидогенезе двойственную роль: с одной стороны, она противодействует реализации суицидальных тенденций, выполняет защитную функцию, с другой – является источником суицидогенных конфликтов (Бородин С. В., Михлин А. С., 1978; Мишина Т. М., Самохина Т. В., 1980; Masson D., Gollard M., 1987). А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова (1983), изучавшие роль семейного фактора в генезе суицидального поведения, выявили следующие его предикторы: отсутствие отца в раннем детстве, недостаточность материнской привязанности к ребенку, отсутствие родительского авторитета, матриархальный стиль отношения в семье, гиперавторитарность «слабого» взрослого, который стремится утвердить себя в семье с помощью эмоциональных взрывов и телесных наказаний ребенка. Другие исследования показывают, что большое значение имеет качество семейных уз – насилие в семье увеличивает суицидальные мысли и попытки (McCauley J. et al., 1995; Roberts G. L. et al., 1997; Muelleman R. I. et al., 1998).

B. A. Pescosolido et al. (1990) предположил, что когда брачные связи являются единственным или основным источником социальной интеграции и поддержки, расторжение брака будет особенно сильно влиять на увеличение риска суицида. Другие исследования продемонстрировали защитный эффект сплоченности семейных уз на суицидальное поведение американских индейцев и коренных жителей Аляски молодого возраста (Borowsky I. W. et al., 1999), мексиканских подростков в США (Guiao I. Z. et al., 1995).

Выбор способа суицида и покушения на самоубийство зависит от целого ряда факторов: культурально-исторических особенностей, представлений о летальности способа, этических критериев, остроты пресуицидального периода, серьезности намерений и т. д. Современная суицидология выделяет 12 основных способов суицидов – одни способы используются чаще, другие – реже. Первое место среди завершенных суицидов, независимо от половой принадлежности суицидента, занимает самоповешение – 81,7 % (Тюлькин Е. П., Виттер В. И., 1989; Прошутин В. Л., Артомонова О. В., 1992; Gunnell D. et al., 2005). Самоотравления составляют 9,5 %, падение с высоты и использование огнестрельного оружия – по 2,9 %, самоутопление – 2,1 %, самосожжение – 0,9 % случаев среди всех способов, используемых при завершенных суицидах (данные ВОЗ, 2008).

Самоповешение является самым частым способом самоубийств в России (Лазебник А. И., 1997; Лопатин А. А., 2000; Баулин С. В. и др., 2000, 2012;), Англии и Уэльсе (Gunnell D., Bennewith O., Hawton K. et al., 2005), Австралии (Information Paper: External Causes of Death, Data Quality, 2005). M. Eddleston, D. Gunnell (2003) подсчитали, что более чем 300 тысяч смертельных случаев каждый год происходят в результате преднамеренного отравления пестицидами; во многих сельскохозяйственных общинах с низким и средним уровнями доходов отравление пестицидами составляет большую часть самоубийств. J. Jeyaratnam (1985) предположил, что одна из причин, почему отравления пестицидами не получили всеобщего внимания, заключается в отсутствии научных данных о масштабах проблемы. В Суринаме 55 % завершенных суицидов и 44 % суицидальных попыток приходится на отравления пестицидами (Graafsma T. et al., 2006), в Малави самоотравления пестицидами составляют 80 % самоубийств (Dramalata C. P. et al., 2006). Именно этот способ вносит вклад в высокий уровень суицидов в Шри-Ланка и в сельской местности Китая (Phillips M. R. et al., 2002; Eddleston M., Gunnell D., 2003).

Отличия в уровнях суицидов можно объяснить степенью доступности средств самоубийств. Например, проведение детоксикации бытового газа в Швейцарии коррелировало со снижением уровня самоубийств и с уменьшением частоты его использования в качестве средства самоубийства (Lester D., 1990). Уменьшение уровня суицидов среди лиц в возрасте 15—24 лет зарегистрировано после ограничения доступа к огнестрельному оружию, в частности пистолетам (Rich C. L. et al., 1990; Sloan J. H. et al., 1990). Наличие огнестрельного оружия в доме также связано с повышенным суицидальным риском (Kellerman A. L. et al., 1992). В этом же исследовании отмечено, что большинство совершивших самоубийство проживали одиноко, принимали психотропные препараты или ранее привлекались к ответственности за злоупотребление алкоголем или наркотиками; эти данные согласуются с известными факторами риска самоубийства.

В исследовании, направленном на оценку влияния доступности опасных средств самоповреждения на уровень суицидов, было выявлено, что различия в частоте самоубийств во многом зависели от различий в доступности соответствующих средств (Marzuk P. M. et al., 1992). Почти все различия в уровне самоубийств, отмеченные в графствах штата Нью-Йорк, оказались обусловлены тем фактом, что в различных графствах оказались доступными разные средства и орудия. Способы самоубийства включали прыжки с высоты, передозировку законно прописанных медикаментов и вдыхание угарного газа.

А. И. Лазебник (2000) приводит данные о соотношении способов суицидов детей и подростков, проживающих в Удмуртии: самоповешение составляют 81,9 %, отравления – 9,5 %, самострелы – 2,9 %, падение с высоты – 1,9 %, утопления – 0,9 %.

Лица мужского пола чаще выбирают наиболее «травматичные» способы лишения себя жизни, чем женщины (самоповешение, самострелы, падение с высоты). Женщины чаще используют отравления (Рудько А. Н., 1992; Лазебник А. И. и др., 1995). Последние годы отмечается рост самоубийств путем падения с высоты: в Сингапуре число суицидов этим способом с 1960—1964 по 2000—2004 гг. увеличилось с 18 до 74 %, вытеснив с лидирующих позиций повешение.

Сопоставление распространенности самоубийств в различных культурах и этносах позволяет установить очевидную связь между этнокультуральной принадлежностью и склонностью к суицидальным формам поведения, выявить примеры неодинакового

отношения к фактам самоубийства у представителей разных этнических групп (Положий Б. С., 1995—2009; Салмина-Хвостова О. И., Калашникова Т. В., 2008; Hurley W., 1969; Kreitman N., 1970; Rudestam K., 1971). Японию, например, отличала тенденция к коллективным «альтруистическим» суицидам, на которые не накладывались социальные табу. Эта тенденция сохранилась в несколько измененном виде в современной Японии, где более 4 % всех самоубийств занимают «парные» самоубийства, так называемые шенью. Из них 60 % составляют суициды-договоры между возлюбленными, у которых имеются препятствия на пути к браку, а 40 % – «семейные шенью», т. е. совместные суициды родителей и детей (Tatai K., 1971; Ohara K., 1971; Young D. et al., 1984). В Индонезии распространено «негодующее самоубийство», совершаемое после оскорбления, особенно если оно нанесено близким человеком (Holland D., 1990).

Культуральные и этнические особенности самоубийств изучались среди чернокожего и индейского населения Америки (Hendiu H., 1969; Bagley C. et al., 1971; Price J. et al., 1975). J. Green (1977), E. Christian (1977) установили, что уровень суицидов среди афро-американцев в 3 раза ниже, чем у белых, но постепенно эти различия у молодых афро-американцев мужского пола начинают стираться – с 1980 по 1995 г. уровень самоубийств для черной молодежи 10—19-летнего возраста вырос с 2,1 до 4,5 на 100 тысяч населения, в то же время у их белых сверстников произошло увеличение с 5,4 до 6,4 на 100 тысяч населения. Уровень самоубийств среди пожилых чернокожих мужчин поразительно низкий, резко контрастирует с аналогичным показателем белых пожилых мужчин (афро-американцы старше 65 лет – 12 на 100 тысяч, белые мужчины – 37 на 100 тысяч населения) (NCIPC, 2000).

Уровень суицидов среди индейцев и коренных жителей Аляски в США в 1,7 раза превышает уровень суицидов в популяции (Indian Health Service, 1999). Эта разница уменьшается с возрастом: в возрастном интервале 5—14 лет суицидов среди индейских мальчиков в 3 раза больше, чем среди мужского населения в целом, в 15—34-летнем интервале – в 2,5 раза, в 35—44 года – в 1,5 раза. В возрасте 45—54 лет показатели становятся примерно равными, начиная с 55-летнего возраста показатели суицидов мужчин коренного населения в 2 раза уступают аналогичным показателям мужского населения в целом (Indian Health Service, 1999). У индейцев и коренных жителей Аляски женского пола уровень суицидов превосходит общепопуляционные показатели

в США в возрасте 5—34 лет в 2,2—3,6 раза, 35—44 года – в 1,5 раза, начиная с 45-летнего возраста разница стирается (Indian Health Service, 1999).

J. Smith et al. (1985) показали более высокие цифры распространенности суицидов среди белых американцев по сравнению с латиноамериканцами и пуэрториканцами. В Африке число самоубийств у белых больше, чем у негров (соответственно 11,9 и 2,6 на 100 тысяч населения) (Biener K., 1969). L. Binitie (1975) обнаружил, что для депрессивных больных-африканцев, в отличие от европейцев, не характерны чувства вины и суицидальные мысли, что, по мнению автора, обусловлено культуральными факторами.

У выходцев из Испании и латиноамериканок женщин-студенток в Калифорнии был выявлен высокий процент суицидов, зарегистрированы низкий культурный уровень, семейные проблемы и неуверенность в будущем, выявлялись депрессия и эмоциональная напряженность (Dinges N. G., Duong-Tran Q., 1992; Hovey J. D., 1996).

Среди африканцев, испанцев и других белых мужчин в США было выделено самое большое распространение суицидов среди африканских американцев, гаитяне имели большее число суицидальных попыток, отмечалась определенная связь между культурным уровнем, приемом кокаина с суицидальными попытками у испанцев (Vega W. A., Gil A. et al., 1993).

В Западной Австралии, изучая суицидальное поведение эмигрантов и местных жителей, отмечены большие различия, зависящие от страны, из которой прибыли обследованные. Самый низкий показатель частоты суицидов характерен для выходцев из стран Азии и Южной Европы (Италия, Югославия, Греция) в связи с крепкими семейными связями, высокой религиозностью и сохранением многих культурных традиций (Burvill P. W. et al., 1983).

Особый интерес вызывает финно-угорская этническая группа, для которой характерен высокий уровень суицидов вне зависимости от географического места их проживания (O´Carroll P. W. et al., 1996). Исследования, выполненные в Венгрии и Финляндии, не смогли обнаружить прямой достоверной связи между числом самоубийств и конкретными причинами либо более высокой распространенностью в популяции этих стран депрессий и иных психических заболеваний (Lonngvist J., 1977; Rihmer Z. et al., 1990).

Этнокультуральный фактор вносит свои особенности и в способ совершения суицида. В Англии и Уэльсе в общинах женщин индийского происхождения распространено самосожжение, как

и на их этнической родине (Soni-Raleigh V. et al., 1990). R. Fernando (1990) указывает на типичные отравления пестицидами (37 %) у жителей Азии. Изучая социально-культуральные аспекты суицидальных попыток среди женщин на Тринидаде и Тобаго, было выявлено, что этническое происхождение сказалось на возрасте и способах попыток самоубийства. Большинство лиц с американского континента совершали попытки после 25 лет, тогда как большая часть женщин африканского происхождения – в 10—24 лет, причем женщины американского происхождения чаще использовали самоотравления (Burke A. W., 1974). В Ижевске подростки-удмурты выбирали чаще русских повешение (91,8 и 67,6 %), татары – 71,4 %. Отравление чаще выбирали татары (14,3 %), как и утопление. В отличие от них славяне использовали разнообразный набор способов суицидов, включая падение с высоты и самосожжение (Лазебник А. И., 1997).

В РФ 10 автономных округов, где проживает 150 народов, представляющих 7 этнолингвистических семей и 19 этнических групп, где удельный вес нерусского населения достигает 20 %. К крупнейшим этническим группам относятся славянская, тюркская, финно-угорская и северокавказская.

Существуют исследования отечественных авторов относительно распространенности суицидов в республиках с финно-угорским населением (Удмуртия, Коми, Мари Эл) (Васильев В. В., 1997; Дубравин В. И., 1997; Лазебник А. И., 1997). В Удмуртии показатель частоты завершенных суицидов в 2—3 раза превышал показатели суицидов среди проживающих в республике русских и татар (Прошутин В. Л., 2000). Существует гипотеза (Kondrichin T., 1995), согласно которой высокий уровень суицидов среди финно-угров можно объяснить тем, что на ранних этапах их онтогенеза некоторые поведенческие особенности, предрасполагающие к самоубийству, были зафиксированы в генофонде нации. С. Г. Пакриев (1996) считает, что коллективизм, являющийся одной из наиболее выраженных характеристик удмуртского народа, наряду с положительными свойствами, способствовал развитию сильной зависимости индивидуума от социальных норм и требований общества.

В. В. Васильев (1997) выявил сходную картину суицидального поведения в славянской и финно-угорской этнических группах, обратив внимание на отсутствие суицидентов с эпилепсией среди русской и удмуртской национальностей.

1.3. Распространенность и факторы риска суицидов у больных психическими расстройствами

Проблема суицидального поведения психически больных до настоящего времени изучена недостаточно. Данные по этому вопросу противоречивы в связи с использованием нерепрезентативных выборок и применением различных диагностических подходов. Значительное количество исследований посвящено изучению взаимоотношений суицидального поведения и психических расстройств. Многие авторы указывают, что наличие психического заболевания уже само по себе увеличивает вероятность совершения суицида. До настоящего времени нет единого мнения по вопросу, при каком психическом заболевании отмечается большая частота суицидальных действий (Данилова М. Б., Пепеляева Т. И., 1987; Анискин Д. Б., 1997; Лопатин А. А., 2000; Куликов А. В., 2008; Arsenault-Lapierre et al., 2004; Lonngvist J., 2009; Wassermann D. et al., 2009).

В литературе описаны варианты социально-психологической дезадаптации, являющиеся причиной суицидального поведения у практически здоровых лиц, выделены их социоадаптивные типы, описаны непатологические суицидоопасные реакции (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980; Амбрумова А. Г., 1983, 1995; Лазаришвили И. С., 1986; Попова Н. М., 1993; Голенков А. В. и др., 1994). Наряду с этим существуют противоположные взгляды. Так, Ю. И. Полищук (1993) считает, что вышеуказанными авторами при описании пресуицидального поведения проявляется тенденция к неправильной оценке феноменологических данных, происходит подмена психопатологических феноменов и оценок психологическими. По мнению автора, к собственно психологическим суицидальным ситуационным реакциям можно отнести реакции «отрицательного баланса», реакции самонаказания и некоторые другие с рационалистической основой.

Таким образом, этиология суицида чрезвычайно сложна, особую роль в ней имеет совокупность психических, психологических, патопсихологических и т. п. факторов, значение которых также остается спорным и неоднозначным. Дальнейшее изучение медицинских аспектов суицидального поведения может приблизить к более полному пониманию этого явления и дать ответы в решении конкретных лечебно-диагностических вопросов.

Суицидальное поведение больных аффективными расстройствами. Самоубийства во многих странах мира чаще связаны

с расстройствами настроения у взрослых (Goodwin F. K., Jamison K. R., 1990; Lonngvist J., 2000) и подростков (Goldman S., Beardslee W. R., 1999). Риск смерти в результате суицида у лиц с депрессивными расстройствами составляет 12—20 % (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Krug E. G. et al., 2002). По данным W. Poldinger (1972), самоубийство является основной причиной смерти при депрессиях, а 30—50 % попыток покушения на собственную жизнь совершается в результате депрессивных расстройств. Согласно другим сведениям, лишь 10—15 % депрессивных больных погибают от суицидов (Lonngvist J., 2009). E. S. Harris, B. M. Barraclough (1997) оценили риск самоубийства среди лиц с большой депрессий в 20,3 раза, а среди больных с дистимией – в 12,1 раза выше, чем в общей популяции. Изучение более 35 тысяч лиц, получавших лечение от депрессии в условиях стационара, показало более высокий уровень суицидов, чем у лиц, принимавших амбулаторное лечение от депрессии (Simon G., Von Korff M., 1998). Другими симптомами депрессивного суицидального поведения являются безнадежность (Beck A. T., 1986; Beck A. T. et al., 1975), чувство вины, потеря интереса к повседневной деятельности, низкая самооценка (Van Gastel A. et al., 1997). Безнадежность является более надежным предиктором самоубийства, чем объективные показатели депрессивного аффекта, не только при депрессивных расстройствах (Beck A. T. et al., 1993), но и при соматических заболеваниях (Cochinov H. M. et al., 1998).

По данным метааналитического обзора 14 исследований из 7 стран, включавшего 3700 пациентов, было продемонстрировано, что лица с биполярными расстройствами в 15,1 раза чаще совершают суициды в сравнении со здоровыми (Harris E. S., Barraclough B. M., 1997). В другом исследовании, в которое были включены 12,5 тысячи взрослых пациентов, была отмечена частота совершения суицида 318 на 100 тысяч пациентов в год, при этом лица с биполярными расстройствами в 7 раз чаще совершали суицид в сравнении с больными униполярной депрессией. В отличие от обычных гендерных пропорций при завершенных суицидах, женщины с биполярными расстройствами имели равные суицидальные пропорции с мужчинами, страдающими биполярными расстройствами (Weeke A., 1979). Наибольший риск суицида сохраняется на ранних стадиях болезни, в течение первых 5 лет болезни с момента установления первоначального диагноза (Guse S. B. et al., 1970; Week A., 1979; Roy-Byrne P. P. et al., 1988).

Повышенный риск самоубийства наблюдается при биполярном расстройств II типа, которое включает в себя периоды гипоманий (Dunner D. L. et al., 1976; Stallone F. et al., 1980). Исследование Z. Rihmer et al. (1990) показало, что из 100 самоубийств 46 % имели биполярный тип II, 1 % – биполярный тип I и 53 % были представлены небиполярными депрессиями. Данная уязвимость людей с биполярным расстройством II типа может быть связана с ростом смешанных состояний, которые представлены депрессивными и маниакальными симптомами одновременно.

Взаимосвязь между аффективными расстройствами и суицидальными попытками представляется менее ясной. По данным ранних исследований сообщалось, что у менее 10 % лиц с суицидальными попытками выявляется депрессивное состояние, однако при использовании стандартизированных инструментов оценки депрессия выявлялась примерно в 2/3 случаев. Приблизительно 51 % больных биполярными аффективными расстройствами совершают суицидальную попытку в течение жизни (Lonngvist J., 2009).

Суицидальное поведение больных шизофренией. Еще в начале прошлого века E. Bleuler (1911) упоминал, что наиболее серьезным симптомом шизофрении является «стремление совершить суицид». В сравнении с общей популяцией риск совершения суицида страдающими шизофренией выше в 30–40 раз (Caldwell C. B. et al., 1992; Harris E. S., Barraclough B. M., 1998), а риск гибели от суицида в течение жизни составляет в этой популяции 5 %. Около 50 % больных шизофренией, совершивших завершенные суициды, имели в анамнезе предыдущие суицидальные попытки (Drake R. et al., 1985; Heila H. et al., 1997, 1998). Это заметно ниже, чем 65 % пациентов с пограничным расстройством личности, закончивших жизнь самоубийством и имевших в анамнезе суицидальные попытки. Вероятно, это может свидетельствовать о высокой летальности суицидального поведения больных шизофренией. Риск совершения суицида особенно велик в инициальном периоде заболевания (3—5 лет) (Попова П. М., Самсонова И. В., 1979; Конончук Н. В., 1994; Harkavy-Friedman J. M. et al., 1999; Radomsky E. D. et al., 1999; Saarinen P. I. et al., 1999; Funahashi T. et al., 2000). Косвенным подтверждением большей «суицидогенности» начальных этапов болезни является тот факт, что среди амбулаторного контингента больных шизофренией суицидальный риск в 3,5 раза выше у поставленных на учет в текущем году, нежели у ранее состоящих на учете (Амбрумова А. Г., 1980).

Многие авторы отмечают возможность совершения покушения на самоубийство у больных и на более поздних этапах заболевания. Анализ 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией показал, что их максимум у женщин приходится на 3—4-й и 7—8-й годы от начала заболевания, у мужчин – через 1 год, 4 и 9 лет, после чего частота суицидальных попыток снижается (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989). По мнению ряда авторов, совершившие суицид больные шизофренией имеют более длительный срок заболевания, которое протекает с более частыми обострениями (Allebeck P., 1987). Наибольший риск суицидального поведения наблюдается во время госпитализации и первые 6 месяцев после выписки из стационара (Landmark J. et al., 1987; Peuskens J. et al., 1997; Rossau C. D., Mortensen P. B., 1997; Funahashi T. et al., 2000). P. Allebeck, B. Isted (1987) обнаружили, что половина больных шизофренией совершили суициды после окончания их срока лечения в лечебном психиатрическом учреждении, а 31 % – совершили суицид во время нахождения в стационаре. Коморбидность шизофрении с депрессией, императивные галлюцинации, симптомы расстройства самосознания увеличивает уровень суицидов (Конева О. В., Семке А. В., 2008; Falloon I. R. et al., 1981; Amador X. P. et al., 1996; Fenton W. S. et al., 1997).

Суицидальное поведение при расстройствах личности. Литературные данные свидетельствуют, что однозначного мнения по вопросу о роли расстройств личности в развитии суицидального поведения не существует. Одни авторы считают, что расстройства личности редко становятся причинным фактором завершенного суицида (Bleuler E., 1910). По мнению других, самоубийство тесно связано с этой патологией, за исключением небольшой группы психически больных, покушения на самоубийства совершаются в основном субъектами с личностной патологией (Bronisch T., 1996; Isomets E. et al., 1996). По данным Г. В. Старшенбаума (2005), на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40 % суицидальных попыток.

В настоящее время отмечаются увеличение лиц с расстройствами личности и рост их доли среди суицидентов (Кутько И. И., 1995; Кензин Д. В., 1999). По данным зарубежных исследователей, кластер А личностных расстройств по DSM-IV-TR (параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства) и кластер С (обсессивно-компульсивное, зависимое и расстройство избегания) не являются факторами риска для совершения суицида (Stanley B., Jones J., 2009). Основная группа лиц с расстройствами личности,

совершающая суициды, относится к кластеру В (антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионическое расстройства) (Linehan M., Rizvi S. et al., 2000; Stanley B., Jones J., 2009). 3/4 лиц с пограничным личностным расстройством предпринимают суицидальные попытки, 10 % заканчивают свою жизнь самоубийством (Stanley B., Jones J., 2009). M. Linehan et al. (2000), обобщив результаты 33 исследований связи личностных расстройств с суицидальным поведением, пришли к выводу, что число лиц с антисоциальным расстройством личности, совершивших завершенный суицид, колеблется от 0 до 14,7 % (в среднем 4,5 %). Установлено, что 69—75 % психопатических личностей эмоционально неустойчивого и диссоциального типов совершают акты самоповреждения и суицидальные попытки (Soloff P. H. et al., 1994; Paris J., 2002). Для этих категорий пациентов характерны повторяющиеся акты самоповреждения и суицидальные попытки (Старшенбаум Г. В., 2005; Soloff P. H. et al., 2000). Исследования А. Н. Дурнова (1978) показали, что большинство психопатов с суицидальным поведением являются «краевыми», в то время как «ядерные» – с привычными «жесткими», «шаблонными» формами реагирования крайне редко высказывают суицидальные мысли. Наибольший суицидальный риск имеется в том периоде, когда психопатическая структура еще не сложилась окончательно и не приобрела завершенной и однозначной модальной специфичности. Изложенные результаты подтверждают одно из положений теоретической концепции суицида А. Г. Амбрумовой (1994), согласно которой относительная глубина социально-психологической дезадаптации личности и степень суицидального риска обратно пропорциональны степени сформированности и готовности к реализации патологических защитных механизмов.

Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении. Актуальной на сегодняшний день остается взаимосвязь между злоупотреблением алкоголя и суицидальным поведением (Шустов Д. И., 1998, 2005; Немцов А. В., 2003; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2008, 2009; Разводовский Ю. Е., 2011). В исследованиях, проведенных в различных странах, показано, что от 30 до 66 % жертв суицидов имели в крови алкоголь на момент смерти (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Кутько И. И., 1988; Столяров А. В. и др., 1990; Дубравин В. И., 2001; Богоявленский Д. Д., 2002; Гладышев М. В., 2006; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2008, 2009; Caces F. et al., 1998; Carlini-Cotrim B. et al., 2000; Lunetta P. et al., 2001).

По мнению В. Ф. Войцеха (2006, 2007), высокий уровень алкоголизации можно рассматривать как реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, а не как собственно причину роста самоубийств. При этом прием алкоголя может быть и причиной, и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению.

По А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко (1980), между приемом алкоголя и суицидальным поведением существует два основных типа взаимоотношений. При первом из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем – суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях. При втором типе алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию суицидального намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

M. Hufford (2001) для объяснения механизма связи между алкоголем и суицидами предложил концепцию дистальных и проксимальных факторов риска (цит. по Разводовскому Ю. Е., 2011). Дистальные факторы риска создают потенциал для суицида. Алкогольная зависимость, коморбидная психопатология и негативные события жизни действуют как дистальные факторы суицидального поведения. Проксимальные факторы риска запускают действие дистальных. Острая алкогольная интоксикация действует как проксимальный фактор риска и для зависимых от алкоголя, и для не злоупотребляющих им. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают увеличение психологического дистресса, повышение агрессивности, ускорение перехода суицидальных мыслей в действие, сужение когниций, что приводит к нарушению способности генерировать и применять альтернативные копинг-стратегии.

Связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом остается открытой: одни авторы чаще обнаруживали среднюю и слабую степени опьянения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Молин Ю. А., 1996), другие – среднюю и тяжелую (Афанасьева Е. А., 1980). Н. В. Говорин, А. В. Сахаров (2008, 2009) подтвердили тот факт, что наличие алкогольного опьянения является высоким фактором риска суицидального поведения в целом и способствует выбору суицидентом более брутального способа самоубийства, увеличивающего завершенность суицида.

В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в категории лиц общей популяции, а суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете варьировала от 7 до 15,6 % (Гольдштейн Р. И., 1985; Пелипас В. Е. и др., 1995). В России доля алкогользависимых, состоящих на наркологическом учете, в общей популяции суицидентов колеблется в пределах 5,8–15 % (Молин Ю. А., 1996). А. Г. Амбрумова, Е. А. Чуркин (1980) оценивают уровень суицидов среди страдающих алкогольной зависимостью в 10—85 раз выше, чем в общей популяции. B. M. Barraclough, E. S. Harris (1997) в проведенном метаанализе 32 исследований обнаружили, что у лиц с алкогольной зависимостью и злоупотреблением алкоголем риск суицида увеличивается почти в 6 раз. G. E. Murphy (1992, 2000) считает, что 25 % всех самоубийств в США приходится на лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также что эта категория лиц имеет риск самоубийства в 115 раз выше по сравнению с общей популяцией. Лицами с алкогольной зависимостью, которые завершают свою жизнь самоубийством, чаще всего являются белые мужчины, среднего возраста, состоящие в браке, имеющие госпитализацию в прошлом, а также историю предыдущих суицидальных попыток (RoyA., Linnoila M., 1986).

А. Г. Амбрумова и др. (1980) определяют два возрастных пика завершенного алкогольного суицида – между 30—39 и 40—49 годами. Пики совершения суицидальных попыток у больных алкоголизмом приходятся на возрастные интервалы 21—30 лет и 50—55 лет (Трайнина Е. Г., 1983). Повышенная же смертность больных алкоголизмом, особенно в молодом возрасте, определяется развитием у них «рискованного модуса поведения» (Пелипас В. Е. и др., 1995). При завершенных суицидах превалируют (80 %) больные со II стадией заболевания (Ниязов И. Н., 1992; Жариков Н. М. и др., 1997; Жабо Е. А. и др., 2004; Шустов Д. И., 2005); по мнению авторов, это связано со снижением порога психогенных воздействий и обострением аутоагрессивности.

R. J. Frances et al. (1987) выделяют два типа самоубийства у больных алкоголизмом. Первым из них являются абреактивные попытки – внезапные, возникающие на фоне выпивки эксцессы, аналогичные так называемым преступлениям страсти и диссоциативным аффектам, приводящим к аутоагрессии. Второй тип – это попытки, возникающие на фоне интоксикационной депрессии, моторной заторможенности и абстиненции, чаще развивающиеся спустя 2 недели по окончании запоя.

Д. И. Шустовым, А. В. Мериновым (2000) сформулированы 3 типа предикторов аутоагрессивного поведения при алкоголизме: 1) предикторы, связанные с преморбидным статусом: наличие клинических признаков большой депрессии, психопатизации или расстройств личности антисоциального, пограничного, зависимого спектров; наличие в анамнезе указаний на аутоагрессивные действия (собственные или родственников); наличие комплекса неполноценности; 2) предикторы, связанные с клинической картиной алкоголизма: вторичная наркотическая психопатизация; личностные черты, отражающие дисфоричность, сенситивность и психическую хрупкость; раннее начало алкоголизации с высокой прогредиентностью заболевания; наличие психотического алкоголизма; развитие «алкогольной эпилепсии»; развитие на фоне опьянения или на фоне алкогольного абстинентного синдрома вторичной депрессии; 3) предикторы, связанные с жизненными обстоятельствами перед аутоагрессией: угроза развода, развод; наличие ситуации значимой утраты и переживания траура в течение предшествующего аутоагрессивному акту года; ситуации, связанные с чувством «токсического» стыда.

В настоящее время как суицидальное поведение, так и алкоголизм рассматривается с позиции многофакторной модели. Тесная связь между данными явлениями уже давно не вызывает сомнений, а ряд исследователей рассматривает алкоголизм как хронический суицид (Menninger K. A., 1938; Rossow I., 1995). В связи с этим профилактические мероприятия должны быть направлены не только на лиц, страдающих алкогольной зависимостью, у которых выявлены классические проявления суицидальности, но и на тех, чья аутоагрессивность представлена пока лишь только фактом алкоголизации (Говорин Н. В. и др., 2009).

Подводя итоги рассмотрению факторов риска совершения суицида, отметим, что на сегодняшний день суицидологами выделен обширный комплекс различного рода социальных, экономических, культурно-исторических, этнических, биологических, психологических, географических и иных параметров, в той или иной степени определяющих суицидальное поведение человека. Остается не выясненным определенный фактор или группа факторов, играющих решающее значение в совершении самоубийства, что, по-видимому, объясняется отсутствием какой-либо одной причины суицида. В связи с этим требуется продолжение изучения факторов, способствующих суицидам, оценки суицидального риска. Нуждаются в уточнении многие аспекты суицидального по-

ведения психически больных. Необходима дальнейшая разработка вопросов профилактики суицидов, терапии и реабилитации всех последствий суицидального поведения.

1.4. Профилактика суицидального поведения и организация суицидологической помощи

Важнейшими концептуальными моделями, относящимися к профилактике суицидов, являются модели медицинская, социологическая и экологии человека. Согласно медицинской модели, заболевание – мишень для превентивного действия – является результатом взаимодействия определенного фактора (причины), человека и окружающей среды (физических, психологических и социальных условий) (WHO, 1998).

Согласно широко распространенной медицинской модели, самоубийство является признаком или следствием психического заболевания; иными словами, психическое расстройство действует в качестве этиологического фактора, а самоубийство является его исходом, мишенью для превентивного действия. Однако накопленный опыт показал, что результаты применения медицинской модели являются малоудовлетворительными. Обзор литературы, проведенный R. Diekstra (1995), выявил: в 12 исследованиях суицидов психосоциальные/психиатрические вмешательства не оказали никакого действия на исход; в 7 из 9 исследований, посвященных суицидальным попыткам, были обнаружены положительные результаты психосоциальных/психиатрических вмешательств; 2) открытые исследования не выявили позитивного эффекта от назначения трициклических антидепрессантов; более того, оказалось, что многие суициды совершались путем отравления большими дозами этих препаратов; 3) метаанализ 6 исследований по применению электросудорожной терапии с включением контрольных групп не позволил сделать определенных выводов.

Социологическая модель впервые появилась в 1897 г., когда Э. Дюркгейм в своей классической монографии «Самоубийство» предложил классификацию самоубийств. Анализ социальных категорий показывает, что пол, возраст, этническая принадлежность, семейное положение, занятость, миграция являются переменными, оказывающими влияние на частоту суицидов (WHO, 1968). Группы повышенного риска включают мужчин, лиц пожилого возраста, молодежь, этнические меньшинства, одиноко проживающих лиц, безработных, мигрантов. Из всех этих переменных

только на безработицу можно влиять путем прямого вмешательства, остальные факторы являются естественными и неизбежными, либо переменными, которые трудно проконтролировать. Потому для осуществления превентивной деятельности сначала следует идентифицировать специфические элементы каждой из этих переменных, которые могут привести к суициду. С этого момента социологическая модель превращается в психосоциальную, поскольку анализ строится на основании как социологических, так и психологических концепций.

Модель экологии человека рассматривает самоубийство в качестве конечного этапа серии независимых, но взаимосвязанных факторов и направлений (рис. 1).

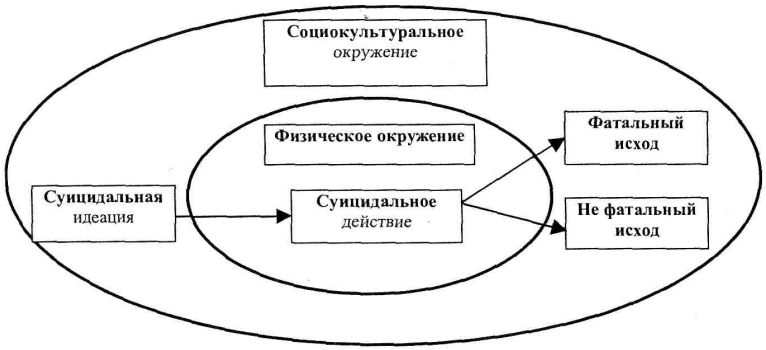

Рис. 1. Самоубийство: модель экологии человека (WHO, 1998)

Согласно этой модели, первичная профилактика суицидальных актов состоит в осуществлении любого действия, вносящего свой вклад в уменьшение их частоты, независимо от того, чем они обусловлены и каковы их пусковые факторы. Этот подход направлен на уменьшение или ограничение доступа к средствам самоубийства и отличается от других подходов, ориентированных в первую очередь на уменьшение суицидальной идеации, тем, что сосредотачивает внимание на потенциально летальном акте и непосредственных личных и средовых обстоятельствах, в которых он совершается.

Первичная профилактика включает социальные и медицинские меры по предупреждению суицидального поведения. По мнению многих авторов, социальные меры должны предусматривать повышение общеобразовательного уровня населения (Бачериков Н. Е. и др., 1989); осуществление политики занятости населения,

включая решение проблемы безработицы (Семке В. Я., 1999; Parkis J. et al., 1999); организацию психологической подготовки к уходу на пенсию, потере супруга (Patterson R. D. et al., 1974); антисуицидальную пропаганду в средствах массовой информации, создание добровольных благотворительных организаций с целью предупреждения самоубийств.

Поскольку наличие психического расстройства, особенно депрессии и расстройств от злоупотребления алкоголем, являются значительным фактором риска суицидов, ранее их выявление и лечение является важной стратегией первичной профилактики самоубийств. Образовательные программы, обучающие диагностике и лечению больных с депрессией, для практикующих врачей и медицинских работников, оказывающих первичную медицинскую помощь, являются особенно важными. W. Rutz et al. (1989) показали значительное уменьшение уровня самоубийств через год после начала проведения образовательной программы. Исследования, проведенные E. Frank et al. (1990), A. Coppen et al. (1991), B. Muller-Oerlinghausen et al. (1991), выявили снижение частоты самоубийств в популяции пациентов с депрессией, получающих поддерживающее лечение.

Во многих исследованиях показана связь между хранением на дому огнестрельного оружия и уровнем самоубийств (Lester D. et al., 1980; Kellerman A. L. et al., 1992). Поэтому законы, ограничивающие доступ к нему, могут благоприятно сказаться на частоте суицидов.

Детоксикация бытового газа, осуществленная в некоторых странах (Япония, Швейцария, Великобритания), коррелировала со снижением уровня суицидов и уменьшением его использования для совершения самоубийства (Clarke R. V. et al., 1988; Lester D. et al., 1989; Lester D., 1990). Имеются также свидетельства, что снижение уровня самоубийств связано с уменьшением содержания угарного газа в выхлопах автомобилей (Clarke R. V. et al., 1987; Lester D. et al., 1989; Lester D., 1995).

С тех пор, как R. G. Oliver et al. (1972) привлекли внимание к связи между уровнем смертности от самоубийств и доступностью седативных лекарств, было выявлено, что и другие лекарства используются для совершения самоубийств. Пациентам, подверженным риску совершения суицида, следует выписывать и выдавать на руки лишь небольшие дозы потенциально опасных препаратов, например, трициклических антидепрессантов (Lester D., 1989).

Сведение к минимуму ненужных сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации может помочь снизить уровень самоубийств, особенно «имитационных». Газетные заметки о самоубийствах, совершенных в венском метрополитене, оказались связаны с повышением количества суицидов, подтвердив тем самым данные исследований, проведенных в Канаде, Нидерландах, Великобритании, США и других странах (Etzersdorfer E. et al., 1992; Phillips D. P. et al., 1995).

В дополнение к описанным мерам считается, что и другие меры, такие как установление ограждений на крышах высотных зданий и мостах, могут также снижать показатели самоубийств.

Вторичная профилактика самоубийств включает в себя меры по купированию и предотвращению летальных исходов при суицидальных попытках. Купирование суицидального поведения достигается кризисным вмешательством, предполагающим помощь пациентам в поисках адаптивного разрешения кризиса, обеспечение поддержки и мобилизации энергии со стороны окружающих, а также выработку позитивных планов на будущее. Для своевременного оказания любого вида специализированной медицинской помощи людям, предпринявшим суицидальные попытки, необходимо располагать кризисные центры на базе крупных больниц широкого профиля (Kessel N. et al., 1964).

Третичная профилактика включает в себя меры, направленные на предотвращение повторных покушений на самоубийство (Ettenger R., 1975; Giffons J. et al., 1979) и оказание психосоциальной помощи суицидентам, предусмотренные специальными программами реабилитации (Кононучук Н. В., 1988; Пырков П. П., 1993).

Из зарубежных исследований следует, что наиболее перспективными направлениями профилактики самоубийств являются долговременные превентивные программы в национальных масштабах, реализация которых приводит к снижению числа суицидов (Litman R. et al., 1973; Zitrin A., 1975; Seiden R., 1977).

Организационные формы предупреждения суицидов напрямую зависят от конкретных культурно-исторических и социально-экономических условий страны. Наибольшее распространение в мире получили суицидологические центры и телефонные службы (Полеев А. М. и др., 1986; Амбрумова А. Г., 1989; Полякова И. В. и др., 1989; Parks F. et al., 1968; Farberow N., 1972; Yamamotto J., 1977;).

Существует мнение о необходимости создания полноценных служб по профилактике суицидального поведения, имеющих региональную структуру (Амбрумова А. Г., 1994; Ваулин С. В., 1996; Положий Б. С., 2006; Maxieres H., 1977; Sergent D. et al., 1977). Примером может служить суицидологическая служба Томской области, особенность которой заключается в том, что служба своим экстрамуральным звеном входит в систему учреждений социальной защиты населения и финансируется из областного бюджета по линии управления социальной защиты населения (Корнетов Н. А., 1995, 1996; Попова Н. М., 1997; Корнетов Н. А., 1997). В Кемерове разработана и действует другая модель региональной суицидологической помощи, к ее особенностям относится то, что служба является самостоятельной структурой, не связанной административно с психиатрической службой.

Анализ эффективности превентивных центров и телефонных служб дает противоречивые результаты. Однако большинство суицидологов приводят доказательства позитивного влияния превентивных центров и телефонов поддержки (Muller H. et al., 1984; Zimmerman S., 1990; Lester D., 1991).

Во многих странах ведутся поиски новых, более совершенных организационных форм предупреждения самоубийств. В России исследований такого рода крайне немного. До сих пор обеспеченность суицидологической помощью отдельных регионов остается недостаточной, либо такая помощь вообще отсутствует. Не получили должного распространения этнокультурально ориентированные превентивные программы (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2007).

Таким образом, приведенные литературные данные показывают, что вопросы профилактики самоубийств и организации суицидологической помощи остаются по-прежнему актуальными и требуют дальнейшей углубленной разработки. Проведенный анализ проблемы суицидального поведения в мире в целом, и в России в частности, свидетельствует о неблагополучной суицидальной ситуации в нашей стране, что требует принятия экстренных мер по повышению эффективности суицидологической помощи населению.

Глава 2

Человек изгнан навек, ибо лишён и памяти об утраченном отечестве, и надежды на землю обетованную. Собственно говоря, чувство абсурдности и есть этот разлад между человеком и его жизнью, актёром и декорациями. Все когда-либо помышлявшие о самоубийстве люди сразу признают наличие прямой связи между этим чувством и тягой к небытию.

Альбер Камю

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иркутская область входит в состав Сибирского федерального округа (СФО). Общая площадь территории – 774,8 тысяч км^2 (4,5 % от площади РФ). Расстояние до Москвы 5 тысяч км. Сообщение с Москвой осуществляется железнодорожным и авиатранспортом. Граничит на севере с Республикой Саха (Якутия), на западе – с Красноярским краем, на востоке – с Забайкальским краем и Республикой Бурятия, на юге – с Республикой Тыва.

Климат в области умеренного пояса (континентальный), средняя зимняя температура -26,6; средняя летняя – +17,9. Из 33 административных районов области 11 относятся к районам Крайнего Севера и приравненных к ним местностям. Лишь 20 % территории входит в зону, благоприятную по природным условиям, для жизнедеятельности как местного, так и пришлого населения. Вдоль Транссиба проживает более чем 2/3 населения области. Здесь сконцентрированы основные промышленные предприятия, в результате чего комфортная зона по природно-климатическим условиям перешла в категорию дискомфортных территорий по уровню загрязнения окружающей среды. В структуре промышленности области среди предприятий – источников загрязнения окружающей среды – ведущую роль играют предприятия энергетики, угольной и нефтеперерабатывающей промышленности. На их долю приходится 55 % выбросов и загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников и 31 % сбросов загрязненных сточных вод. Доля выбросов в атмосферу предприятий цветной металлургии – 16,5 %. Суммарный объем выбросов от стационарных источников в 2008 г. – 631,92 тысяч тонн в год. В расчете на каждого жителя области количество вредных веществ, попавших в атмосферный воздух, ежегодно составляет около 200 кг.

По медико-экологическому районированию России, в результате которого выделены территории с относительно однородными

условиями формирования здоровья, Иркутская область входит в индустриальный, высокоурбанизированный Кузнецко-Ангаро-Енисейский район, характеризующийся низким уровнем здоровья населения, крайне неблагоприятной эколого-гигиенической ситуацией, недостаточно развитой социально-бытовой инфраструктурой, средним экологическим резервом (Прохоров Б. Б., 1996, 1998). При разработке медико-экологического районирования России был использован коэффициент суммарной оценки здоровья населения (КСОЗН), величина которого представляет ранговое место региона (R) по итогам ранжирования регионов по каждому из 5 показателей: младенческая смертность, средняя продолжительность жизни мужчин и женщин, стандартизированный коэффициент смертности мужчин и женщин. Кузнецко-Ангаро-Енисейский район занимает 19-е ранговое место из 23 и имеет очень низкий рейтинг по качеству жизни населения.

Таблица 2

Сравнительная характеристика Иркутской области с другими территориями Сибирского федерального округа на 01.01.2011 г.

Территория	Население (тыс. чел.) (на 01. 01. 2011 г.)	В том числе		Ко всему населению (в %)		Плотность населения (чел. на 1 км^2)
		городское	сельское	городское	сельское	
Республика Алтай	206557	57165	149392	27,7	72,3	14,39
Республика Бурятия	972175	568338	403837	58,5	41,5	2,77
Республика Тыва	308160	163721	144439	53,1	46,9	1,83
Республика Хакасия	532202	358468	173734	67,4	32,6	8,64
Алтайский край	2416982	1323648	1093334	54,8	45,2	2,22
Забайкальский край	1105659	729473	376186	66,0	34,0	2,56
Красноярский край	2829125	2161568	667557	76,4	23,6	1,20
Иркутская область	2427900	1931671	496229	79,6	20,4	3,13
Кемеровская область	2761601	2357523	404078	85,4	14,6	28,86
Новосибирская область	2666407	2061389	605018	77,3	22,7	15,00
Омская область	1976345	1412799	563546	71,5	28,5	14,01
Томская область	1046685	735143	311542	70,2	29,8	3,33
СФО	19249798	13860906	5388892	72,0	28,0	3,74
РФ	142914136	105425284	37488852	73,8	26,2	8,36

На 01.01.2011 г. в Иркутской области проживало 2 427 900 чел. (табл. 2) (1,8 % от населения РФ). Численность населения Иркутской области с 1990 г. постоянно сокращалась в среднем на 14,6 тысяч чел. (на 0,55 % в год), хотя с 2006 г. темп сокращения замедлился до 0,2 % (4,8 тысяч чел. в год).

В период индустриального развития Иркутской области главной особенностью демографической ситуации был непрерывный рост численности населения (с 1959 по 1989 г. между переписями население области увеличилось на 848,5 тысяч чел.), а с 1991 по 2010 г. численность населения сократилась на 433,6 тысяч чел., в том числе городского на 378,2 тысячи и сельского – на 55,4 тысячи. В структуре населения преобладают городские жители, на их долю приходится 72 % населения СФО (73,8 % по России в целом). При этом необходимо отметить, что для СФО характерна высокая дифференциация субъектов РФ по уровню урбанизации: диапазон составляет от 85,4 % городского населения в Кемеровской области до 27,7 % горожан в Республике Алтай. Иркутская область отличается высокой урбанизацией с концентрацией населения в городах. Так, доля городского населения за 20-летний период изменилась незначительно: в 1989 и 2010 гг. она составляла соответственно 80,5 и 79,5 %. Плотность населения на 1 кв. км составляет 3,2 человека (по России – 8,3 человека), данный показатель в Иркутской области имеет исключительно большие различия. Самая низкая плотность населения (0,01—0,07 чел./км^2) сохраняется в северных районах, основное число районов области имеют средние значения (2,1—4,6 чел./км^2) и лишь 6 районов южной части области, где на протяжении многих лет развито сельскохозяйственное производство, отличаются сравнительно повышенной плотностью по сибирским условиям (5,1—8,9 чел./км^2). Структура населения Иркутской области по возрасту характеризуется достаточно стабильными показателями (табл. 3).

Таблица 3

Доля основных возрастных групп в общей численности постоянного населения Иркутской области (на начало года, %)

Возрастная группа	2007			2008			2009			2010		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Моложе трудоспособного	18,6	20,6	16,9	18,4	20,4	16,8	18,6	20,5	16,9	18,9	20,9	17,2
Трудоспособное население	64,0	69,4	59,3	63,8	69,4	58,9	63,3	69,1	58,3	62,5	68,4	57,4
Старше трудоспособного	17,4	10,0	23,8	17,8	10,2	24,3	18,1	10,4	24,8	18,6	10,7	25,4

Примечание. 1 – Мужчины и женщины, 2 – мужчины, 3 – женщины.

Доля детей и подростков Иркутской области характеризуется более высокими значениями, чем по РФ (2009 г. – 16,0 %); обратное соотношение долей лиц старше трудоспособного возраста (РФ в 2009 г. – 21,0 %). Доля трудоспособного населения за 4 года

уменьшилась на 1,5 % и практически совпадает с российскими показателями (РФ в 2009 г. – 63,0 %).

По данным Всероссийской переписи 2010 г., в Иркутской области сохранилось значимое превышение доли женщин (53,8 %) над числом мужчин (46,2 %), которое составило 176,0 тысяч человек. В настоящее время на 1000 мужчин приходится 1156 женщин (в 2002 г. этот показатель составлял 1135 человек). Общий коэффициент смертности (ОКС, или число умерших на 1 тысячу населения) в 2010 г. составил 14,4, т. е. его значение с 1990 по 2010 г. возросло на 44 %. Общий коэффициент рождаемости (число родившихся живыми на 1 тысячу населения) в 2009—2010 гг. составил по 15,2, что на 20 % выше, чем в среднем по стране, и на 7 % выше, чем в среднем по СФО. С 1990 по 2005 г. данный показатель снизился на 26,5 %, но начиная с 2005 г. отмечается положительная динамика величины коэффициента рождаемости, к 2010 г. он увеличился на 27,7 % и практически достиг уровня 1990 г. Динамика естественного движения населения в 1970—2010 гг. в Иркутской области представлена в таблице 4.

Таблица 4

Коэффициенты естественного движения населения Иркутской области (на 1 тысячу населения) с 1970 по 2010 г.

Показатель	Годы										
	1970	1980	1990	1993	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Число родившихся	17,4	19,6	16,2	11,1	10,7	11,9	12,3	13,8	15,0	15,2	15,2
Число умерших	7,6	10,0	10,0	13,7	15,5	17,0	15,1	14,0	14,1	13,9	14,4
Естественный прирост (убыль) населения	9,8	9,6	6,2	-2,6	-4,8	-5,1	-2,8	-0,2	0,9	1,3	0,8

В Иркутской области с 2008 г. наблюдается естественный прирост населения, хотя до этого с 1993 г. отмечалась естественная убыль. В 2010 г. естественный прирост в области составил 0,8 (или 1830 чел.). Миграционные процессы в регионе всегда характеризовались противоречивостью. С одной стороны, индустриальное строительство в Приангарье и постоянно растущая потребность в рабочей силе вызывали приток трудовых ресурсов в Иркутскую область, с другой – из области шел постоянный отток жителей, который стал увеличиваться в начале 1990-х гг. Отрицательное сальдо миграции осложняет и без того неблагополучную демографическую ситуацию, снижает возможности естественного воспроизводства населения Иркутской области, ухудшает качественный состав трудовых ресурсов региона. В области за последние 10 лет отмечается отрицательная миграция населения (об-

ласть ежегодно теряла 4—6 тысяч чел.), что в сочетании с небольшим естественным приростом (или естественной убылью) населения и обусловливает снижение численности населения региона. В 2010 г. отмечена миграционная убыль населения, которая составила 5 541 чел.

Для оценки уровня общественного здоровья различных регионов России предложен индекс общественного здоровья отдельно для городского и сельского населения (ИОЗ), который интегрирует коэффициенты младенческой смертности, ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин (Прохоров Б. Б., Тикунов В. С., 2005). По классификации российских регионов по сочетанию ИОЗ городского и сельского населения было выделено 13 групп территорий. Иркутская область вошла в группу сибирских регионов (Хакасия, Алтай, Кемеровская область), которая занимает 12-е ранговое место из 13 и характеризуется низким ИОЗ в селе (73-е место из 78) и низким ИОЗ в городе (75-е место из 80 краев и областей). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) в Иркутской области в 2009 г. составила 65,5 года (мужчины – 59 лет, женщины – 72,1 года). Несмотря на отставание этого показателя от среднероссийского, в последние годы он улучшился: рост с 2005 г. составил 8,3 % (табл. 5).

Таблица 5

Ожидаемая продолжительность жизни населения Иркутской области при рождении (в годах)

Годы	Оба пола	Мужчины	Женщины
2005	60,43	53,40	68,68
2006	63,06	56,50	40,20
2007	64,9	58,70	71,32
2008	65,01	58,66	71,63
2009	65,45	59,00	72,1

В структуре причин смертности в Иркутской области за 2010 г., как и в среднем по России, преобладают следующие причины и заболевания: болезни системы кровообращения (50,4 %), несчастные случаи, травмы и отравления (14,5 %), новообразования (13,5 %), заболевания органов дыхания (5,3 %). Внешние причины смерти составили 209,3 случая на 100 тысяч населения (табл. 6), что на 39 % выше, чем в среднем по РФ (150,0), и столько же, сколько и в среднем по СФО (207,6). Хотя этот показатель и намного выше, чем по РФ, отмечается его существенное снижение с 2005 г. на 37 % (с 332,1 до 209,3 на 100 тысяч населения).

Таблица 6

Динамика смертности населения Иркутской области от внешних причин (на 100 тысяч населения)

Показатель	Годы					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Умершие от несчастных случаев, травм И отравлений, из них	330,9	272,4	233,9	222,3	209,3	209,3
- от случайных отравлений алкоголем	39,0	28,7	16,1	11,8	13,4	13,0
- от транспортных травм	34,3	37,3	35,4	32,8	25,0	22,7
- от убийств	72,7	50,3	38,6	37,4	31,0	28,2
- от самоубийств	55,2	50,0	50,7	47,0	44,6	43,7

В связи с поставленными задачами исследование включало этапы: изучение динамики эпидемиологических показателей завершенных суицидов за 20 лет (1991—2010 гг.) среди населения Иркутской области; изучение динамики эпидемиологических показателей завершенных суицидов за 20 лет (1991—2010 гг.) среди жителей Иркутска; изучение динамики эпидемиологических завершенных суицидов за 1991—2010 гг. среди жителей 6 районов Усть-Ордынского Бурятского округа; изучение динамики эпидемиологических показателей завершенных суицидов за 19 лет (1991—2009 гг.) среди детей и подростков Иркутской области; изучение суицидальных попыток среди жителей Иркутска за 2005—2007 гг.; изучение суицидальных попыток населения Усть-Ордынского Бурятского округа за 2005—2007 гг.; изучение суицидальных попыток среди детей и подростков Иркутска за 2006—2009 гг.; выделение факторов суицидального риска; разработка и внедрение региональной модели специализированной суицидологической службы; клинико-нозологические и социально-демографические характеристики контингента населения, нуждающегося в специализированной помощи такого рода службы.

При изучении эпидемиологических закономерностей завершенных суицидов в Иркутской области, в Иркутске и в 6 районах УОБО использовались материалы информационных систем о частоте суицидальных действий определенных групп населения (данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области (Иркутскоблстат)[1], Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, Ме-

[1] *Для расчета относительных показателей использована оценка возрастно-полового состава населения без учета итогов Всероссийской переписи населения 2010 г. (ВПН-10).*

дицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Министерства здравоохранения Иркутской области, ЗАГСов 6 районов УОБО).

Банк данных о численности завершенных самоубийств в Территориальном органе Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области формировался из представленных следственными органами постановлений о том, что смерть лица наступила в результате самоубийства. Факт суицида устанавливался следственными органами после осмотра места происшествия, опроса свидетелей, получения результатов патолого-анатомического вскрытия. Для изучения социально-демографических и клинических характеристик совершивших завершенные суициды сформирована выборка из 537 суицидентов Иркутска.

Суицидальная попытка – наиболее распространенными синонимами этого термина являются «незавершенный суицид», «покушение на самоубийство», «парасуицид». При этом выделяются две разновидности: истинная суицидальная попытка (в случаях, когда те или иные обстоятельства не позволили осуществить истинные намерения покончить с собой) и демонстративная суицидальная попытка (случаи, когда отсутствует истинное намерение покончить с собой, являются своего рода «криком о помощи», попыткой обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих). Изучение суицидальных попыток среди населения Иркутска проводилось путем анализа вызовов Станции скорой и неотложной медицинской помощи за 2005—2007 гг. с дальнейшим отбором вызовов (n=3548), связанных с суицидальным поведением.

Изучение суицидальных попыток среди населения 6 районов (Аларского, Баяндаевского, Боханского, Нукутского, Осинского, Эхирит-Булагатского) Усть-Ордынского Бурятского округа проводилось по вызовам Станций скорой и неотложной медицинской помощи с формированием выборки из 596 лиц, предпринявших суицидальные попытки.

Изучение обращений на Телефон Доверия проводилось с 2004 по 2008 г. (n=21996); детской линии ТД (n=1499) с 2009 по 2011 г. В специальном журнале регистрировались социально-демографические характеристики абонента, содержание телефонных разговоров, эмоциональное состояние абонента во время разговора, кризисность ситуации, эффективность оказываемой телефонной терапии, а также отражались длительность существующей проблемы, периодичность обращения абонента и динамика его переживаний.

Клинико-психопатологические, клинико-динамические и катамнестические исследования проводились в отделении кризисных состояний и в кабинетах социально-психологической помощи суицидологической службы городов Иркутска и Ангарска. Скрининг-методом обследован 781 пациент с кризисными состояниями, из них 132 пациента, совершивших суицидальные попытки, изучены 132 амбулаторные карты.

Обратившиеся в суицидологическую службу Иркутска были разделены следующим образом: 1) направленные врачами соматической сети, доставленные родственниками либо обратившиеся самостоятельно в амбулаторное звено суицидологической службы Иркутска; 2) обнаруживающие психогенные психические расстройства различной степени выраженности и получившие стационарное лечение в кризисном стационаре; 3) обнаруживающие признаки разных психотических расстройств и обращающиеся в амбулаторную службу психоневрологического диспансера (суицидологический кабинет), а также доставляющиеся в психиатрические стационары областных психиатрических учреждений.

При анализе суицидальных попыток детей и подростков Иркутска была сформирована выборка из 46 чел., госпитализированных по этому поводу в соматический стационар городской Иваново-Матренинской детской клинической больницы и областной токсикологический центр, а также выборка из 93 чел., совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар Иркутской ОКПБ № 1.

Основные методы, применявшиеся в исследовании: клинико-эпидемиологический, клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и психометрический. Классификация диагноза проводилась в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10) (Минздрав РФ, 1998) и практическим руководством по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии (Чуркин А. А., Мартюшов А. Н., 2004).

Экспериментально-психологическое обследование совершивших суицидальные попытки (первичные либо повторные) включало в себя батарею тестов: «Опросник социально-психологической адаптации» К. Роджерса, Р. Даймонда (1954); шкала депрессии Бека (BDI, 1961); «Шкала суицидальный мыслей» (SSI, 1979).

Все больные были обследованы одним из соавторов монографии (О. П. Ворсиной) лично. При исследовании соблюдались основные принципы – информированное согласие и партнерство.

Полученные результаты проверялись стандартной статистической обработкой при помощи пакетов программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 6.0».

Для проверки гипотезы о том, что данная выборка взята из совокупности с заданными характеристиками или же для проверки гипотезы об однородности двух выборок применялся критерий Стьюдента (Савилов Е. Д., Мамонтова Л. М. и др., 2004).

Для сравнения двух выборок применялся непараметрический Z-критерий (Гланц С., 1998).

Для оценки близости двух распределений (где явления представлены в виде динамических рядов) применялся критерий соответствия, обозначаемый χ^2 (хи-квадрат) (Михалевич И. М. и др., 2004).

Для решения задач классификации в исследовании применялся дискриминационный анализ – метод многомерной статистики, позволяющий отнести объект с определенным набором признаков к одному из известных классов (Юнкеров В. И., Григорьев С. Т., 2002).

Жить для Эго означает то же самое, что быть любимым Супер-Эго, и смерть от самоубийства символизирует или отыгрывает своего рода отказ Супер-Эго от Эго. Эта ситуация напоминает разлуку ребенка с оберегающей матерью.

З. Фрейд

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ, В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Распространенность завершенных суицидов в Иркутской области

Иркутская область входит в группу регионов России со сверхвысокой суицидальной активностью населения. Количество завершенных суицидов в Иркутской области в 1,7—1,8 раза превышает общероссийские показатели: в 2009 и 2010 гг. они составили 44,6 и 43,1 на 100 тысяч населения против 26,2 и 23,5 на 100 тысяч населения в среднем по стране.

В 2010 г. в Иркутской области число завершенных самоубийств составило 1 047, из них 850 суицидов (81,2 %) совершили мужчины, 197 (18,8 %) – женщины. На рисунке 2 показана распространенность завершенных суицидов среди населения Иркутской области в 2010 г. в зависимости от пола и возраста.

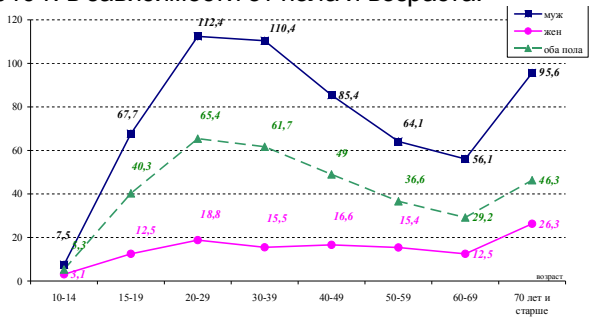

Рис.2. Распространенность завершенных суицидов в Иркутской области в 2010 году в зависимости от пола и возраста (на 100 тысяч населения)

В 2010 г. интенсивный показатель завершенных суицидов среди населения Иркутской области составил 43,1±1,31 на 100 тысяч населения (мужчины – 73,5±2,52, женщины – 14,6±1,04 на 100 тысяч населения соответствующего пола). Таким образом, рассматриваемый показатель суицидов среди мужчин превышал таковой среди женщин в 5,1 раза (p<0,001).

Изучение распространенности завершенных суицидов в разных возрастных группах среди населения Иркутской области за 2010 г. показало, что максимальные показатели выявлены у лиц 20—29 и 30—39 лет (65,4±3,79 и 61,7±4,04 на 100 тысяч населения этого возраста). Высокие показатели отмечались у лиц возрастных групп 70 лет и старше (46,3±4,9 на 100 тысяч) (p=0,08), 40—49 лет (49,0±3,85 на 100 тысяч лиц этого возраста) (p=0,16). Несколько ниже уровень суицидов выявлен в возрастных группах 15—19 лет (40,3±5,0 на 100 тысяч) (p<0,05), 50—59 лет (36,6±3,21 на 100 тысяч) (p<0,01) и 60—69 лет (29,2±4,0 на 100 тысяч населения соответствующего возраста) (p<0,001). Минимальный интенсивный показатель завершенных суицидов наблюдался в возрасте 10—14 лет (5,3±2,01 на 100 тысяч населения этого возраста) (p<0,001). Таким образом, среди возрастных групп населения Иркутской области в 2010 г. наблюдаются 2 пика суицидальной активности населения: первый пик составляют лица молодого возраста 20—39 лет (65,4—61,7 на 100 тысяч населения), второй пик – лица 70 лет и старше (46,3±4,9 на 100 тысяч населения).

Интенсивные показатели суицидов мужчин во всех возрастных группах были значительно выше, чем у женщин. Максимальные различия установлены в возрастной группе 30—39 лет – 7,1 раза (p<0,001), минимальные – в возрасте 10—14 лет – 2,4 раза (p<0,001). Наиболее высокий уровень завершенных суицидов среди мужчин выявлен в возрастных интервалах 20—29 и 30—39 лет (112,4±7,05 и 110,4±7,74 на 100 тысяч населения данного возраста), а также в возрастной группе 70 лет и старше (95,6±13,12 на 100 тысяч населения). Самый низкий уровень мужских самоубийств наблюдался в подростковом возрасте 10—14 лет (7,5±3,35 на 100 тысяч населения этого возраста) (p<0,001).

У женщин самый высокий показатель суицидов был в возрасте 70 лет и старше (26,3±4,38 на 100 тысяч населения данного возраста), минимальный – среди девочек 10—14 лет (3,1±2,2 на 100 тысяч населения) (p<0,001). Во всех остальных возрастных группах показатели самоубийств оставались достаточно стабильными и колебались от 12,5 до 18,8 на 100 тысяч населения соответствующего возраста. Если в России мужские суициды имеют 2 возрастных пика – в 45—55 лет и после 80 лет, то в Иркутской области первый пик завершенных суицидов у мужчин приходится на более молодой и трудоспособный возраст – 20—39 лет. Кривая суицидов женской возрастной популяции довольно близка к общероссийской: наибольший рост суицидов отмечен после 70 лет.

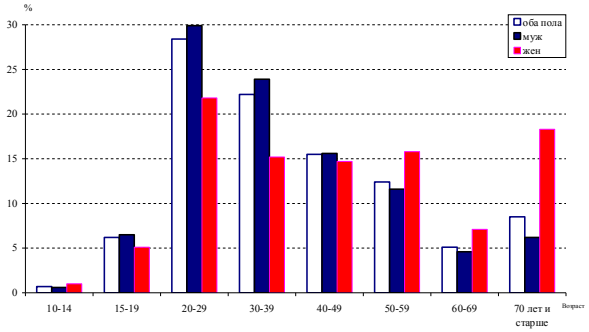

Рис.3. Возрастная структура лиц, совершивших суициды в Иркутской области в 2010 году (%)

Таблица 7

Возрастная структура лиц, умерших в результате самоубийств, в Иркутской области в 2010 г. (абс., %)

Возраст	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	7	0,7	5	0,6	2	1,0
15—19 лет	65	6,2	55	6,5	10	5,1
20—29 лет	297***	28,4	254***	29,9	43*	21,8
30—39 лет	233	22,2	203**	23,9	30	15,2
40—49 лет	162	15,5	133	15,6	29	14,7
50—59 лет	130	12,4	99	11,6	31	15,8
60—69 лет	53	5,1	39	4,6	14	7,1
70 и старше	89	8,5	53	6,2	36*	18,3
Не указан	11	1,0	9	1,1	2	1,0
Всего	1047	100,0	850	100,0	197	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001.*

Анализ возрастной структуры группы лиц, совершивших завершенное самоубийство, в 2010 г. в Иркутской области (рис. 3, табл. 7) показал, что наибольшее их количество представляли лица в возрасте 20—29 лет (28,4 %), меньшую долю составили лица 30—39 лет (22,2 %) (z=3,213; p<0,001). Затем следовали лица в возрасте 40—49 лет (15,5 %) (z=7,078; p<0,001) и 50—59 лет (12,4 %) (z=9,03; p<0,001). Наименьшее количество составляли подростки в возрасте 10—14 лет (0,7 %).

В мужской субпопуляции самая высокая доля самоубийств приходилась также на возрастной интервал 20—29 лет (29,9 %), несколько меньшая доля – на возраст 30—39 лет (23,9 %) (z=2,73; p=0,006), минимальная – на подростковый возраст 10—14 лет (0,6 %) (p<0,001) (рис. 4).

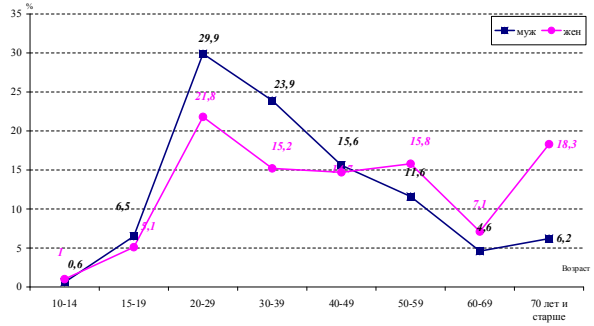

Рис.4. Гендерное соотношение самоубийств по возрасту за 2010 год (%)

Среди женщин, совершивших законченные суициды, наибольшая доля приходилась на возраст 20—29 и 70 лет и старше (21,8 и 18,3 %), наименьшую долю среди суицидентов женской субпопуляции составили девочки 10—14 лет (1,0 %) (z=6,337; p<0,001). Удельный вес мужчин начинал преобладать с 15-летнего возраста и продолжался до 50-летнего возраста, а удельный вес женщин доминировал с 50-летнего возраста.

Анализ возрастного состава всех умерших в результате самоубийства показал, что большую часть суицидов в Иркутской области совершали лица трудоспособного возраста. В 2010 г. они составили 78,5 %. Значительно чаще суициды в трудоспособном возрасте совершали мужчины. В 2010 г. этот показатель у мужчин составил 81,0 %, у женщин – 67,5 % (z=4,057; p<0,001). Подростки и молодые люди до 20 лет составили 6,9 % (мужчины – 7,1 %; женщины – 6,1 %; (z=0,343; p=0,73), лица 60 лет и старше – 13,6 % (мужчины – 10,8 %, женщины – 25,4 %) (z=5,28; p<0,001).

По социальному положению лица, совершившие в 2010 г. завершенные самоубийства, распределились следующим образом (табл. 8): первое место занимали безработные (35,7 %), затем следовали рабочие (32,5 %) (z=1,49; p=0,13), пенсионеры (14,7 %) (z=10,53; p<0,001) и служащие (7,5 %) (z=14,07; p<0,001). Доли учащихся и студентов, инвалидов были незначительными – 3,5 и 2,6 %(p<0,001). Среди мужчин, совершивших суициды в 2010 г., также преобладали безработные (37,2 %) и рабочие (34,0 %).

В женской субпопуляции суицидентов на первое место вышли пенсионерки (29,9 %) и безработные (29,4 %), чуть меньшую долю составили работающие (25,9 %) (z=0,77; p=0,44). Частота суицидентов пенсионерок достоверно превышала число пенсионеров

мужчин, совершивших суициды (z=6,56; p<0,001), а частота работающих и безработных мужчин превышала аналогичные значения у женщин (z=2,10; p=0,035 и z=1,98; p=0,04). Таким образом, к группам риска можно отнести безработных и рабочих, а среди женщин еще и пенсионерок.

Таблица 8

Социальный состав лиц, совершивших законченные суициды, в Иркутской области в 2010 г. (абс., %)

Социальный состав	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безработные	374	35,7	316***	37,2	58***	29,4
Рабочие	340	32,5	289***	34,0	51***	25,9
Служащие	74	7,1	64	7,5	10	5,1
Пенсионеры	154	14,7	95***	11,2	59***	29,9
Учащиеся, студенты	37	3,5	29	3,4	8	4Д
Инвалиды	27	2,6	21	2,5	6	3,1
Не известно	41	3,9	36	4,2	5	2,5
Всего	1047	100,0	850	100,0	197	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Изучение брачного статуса суицидентов Иркутской области показало, что в официальном или гражданском браке состояли 39,0 %. Большинство не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (28,3 %), были разведены (18,0 %) или овдовели (13,6 %) (табл. 9). Статистически достоверных различий по семейному положению суицидентов в зависимости от пола не выявлено.

Таблица 9

Брачный статус лиц, совершивших законченные суициды, в Иркутской области в 2010 г. (абс., %)

Брачный статус	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
В браке	408	39,0	323	38,0	85	43,1
Холостые	296	28,3	248	29,2	48	24,4
Разведены	189	18,0	162	19,0	27	13,7
Вдовые	143	13,6	106	12,5	37	18,8
Не известно	11	1Д	11	1,3	-	-
Всего	1047	100,0	850	100,0	197	100,0

Анализ образовательного уровня суицидентов показал следующее (табл. 10). Чаще всего лица, совершившие самоубийство, имели среднее (33,1 %) и неполное среднее (28,4 %) образование (p>0,05). Среднеспециальное образование имели 20,9 % суицидентов (p>0,05). Достоверной разницы в образовательном уровне в зависимости от пола не выявлено.

Таблица 10

Образовательный уровень лиц, совершивших законченные суициды, в городах Иркутской области в 2010 г. (абс., %)

Образование	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	43	4,2	34	4,0	9	4,6
Незаконченное высшее	16	1,5	13	1,5	3	1,5
Среднеспециальное	219	20,9	192	22,6	27	13,7
Среднее	347	33,1	279	32,8	68	34,5
Неполное среднее	297	28,4	237	27,9	60	30,5
Начальное	83	7,9	64	7,5	19	9,6
Не известно	42	4,0	31	3,7	11	5,6
Всего	1047	100,0	850	100,0	197	100,0

Анализ частоты суицидов в Иркутской области в 1991 и 2010 гг. в зависимости от возраста суицидентов выявил ряд отличий (рис. 5).

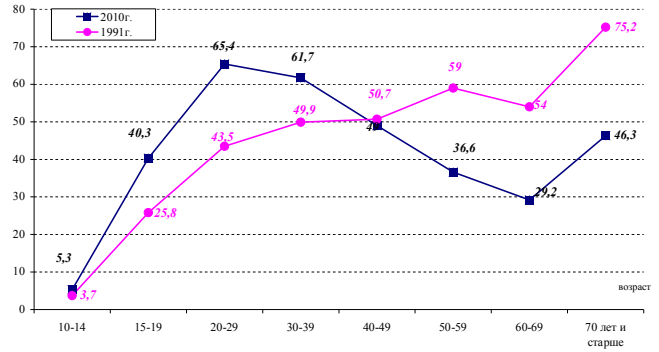

Рис.5. Возрастная динамика суицидов в Иркутской области в 1991 и 2010 гг. (на 100 тысяч населения)

За 20-летний период соотношение частоты суицидов в возрастных группах 10—14, 15—19, 20—29 и 30—39 лет составило 1:1,4, 1:1,6, 1:1,5 и 1:1,2, т. е. частота суицидов в этих возрастных группах возросла в 1,2—1,6 раза. Распространенность завершенных самоубийств в возрастном интервале 40—49 лет практически не изменилась и составила 50,7 на 100 тысяч населения в 1991 г. и 49,0 на 100 тысяч населения соответствующего возраста в 2010 г.

Начиная с 50-летнего возраста интенсивные показатели суицидов в 2010 г. по сравнению с 1991 г. снизились. Соотношение частоты суицидов в возрастных интервалах 50—59, 60—69 и 70 лет и старше в 1991 и 2010 гг. составили 1,6:1, 1,8:1 и 1,6:1.

Анализ динамики частоты суицидов по возрастным интервалам в 1991 и 2010 гг. в зависимости от пола (рис. 6, 7) показал у мужчин и женщин аналогичную картину: увеличение интенсивных показателей мужских и женских суицидов в 2010 г. в 1,2—1,8 раза в возрастных интервалах 10—14, 15—19, 20—29 и 30—39 лет; равная частота данного показателя в возрастном интервале 40—49 лет, снижение частоты суицидов в возрасте 50—59, 60—69 и 70 лет и старше в 1,5—2,3 раза. Вызывали особую тревогу увеличение частоты суицидов в 1,6 раза у юношей 15—19 лет, в 1,8 раза у девочек 10—14 лет, в 1,5 раза у девушек 15—19 лет.

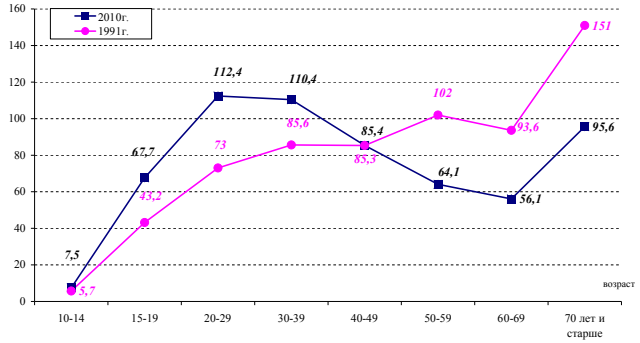

Рис.6. Возрастная динамика суицидов мужчин в Иркутской области в 1991 и 2010 гг. (на 100 тысяч населения)

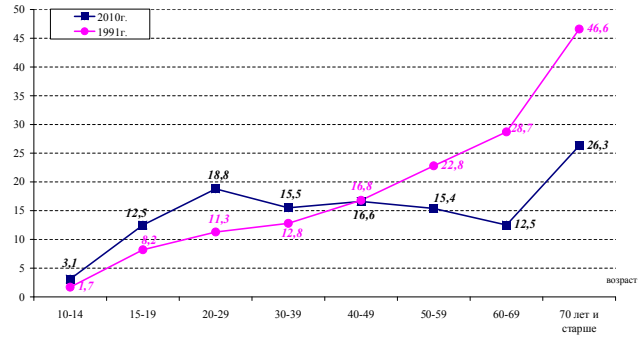

Рис.7. Возрастная динамика суицидов женщин в Иркутской области в 1991 и 2010 гг.(на 100 тысяч населения)

Изучение 20-летней динамики завершенных суицидов по Иркутской области свидетельствует о том, что с 1991 г. (37,3±1,14 на 100 тысяч населения) начинается выраженный рост частоты самоубийств, достигая в 1994—1995 гг. рекордного уровня суицидов – 60,7±1,21 и 63,5±1,23 на 100 тысяч населения (рис. 8).

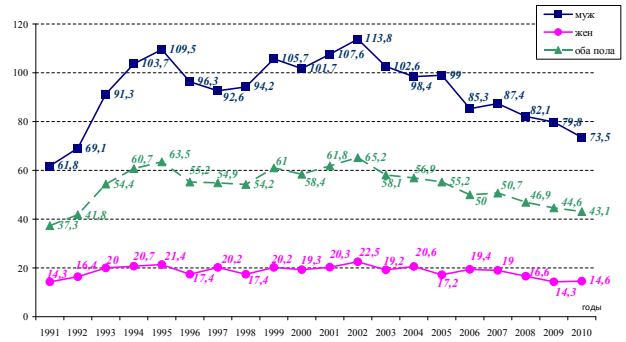

Рис.8. Динамика частоты суицидов в Иркутской области (на 100 тыс. населения)

За первые 5 лет анализируемого периода частота самоубийств увеличилась в 1,7 раза ($p<0,001$). Вероятно, можно согласиться с мнением Б. С. Положего (2005), что такая динамика отражает происходившие в стране изменения социальной ситуации: смена общественно-экономической формации, резкое снижение жизненного уровня людей, разочарование части населения в политике государства. В 1996—1998 гг. уровень самоубийств несколько снизился (показатели колебались от 55,2±1,19 до 54,2±1,18 на 100 тысяч населения), однако в 1998 г. августовский дефолт прерывает эту тенденцию. В 1999 г. уровень самоубийств вновь достигает 61,0±1,22 на 100 тысяч населения и остается стабильно высоким до 2002 г. (65,2±1,26 на 100 тысяч населения). Лишь с 2003 г. начинается постепенное снижение завершенных суицидов с 58,1±1,23 до 43,1±1,14 на 100 тысяч населения в 2010 г., т. е. за 8 лет уровень суицидов снизился в 1,5 раза ($p<0,001$), что отражает начавшиеся процессы стабилизации в стране. Таким образом, данная динамика завершенных суицидов в Иркутской области за 1991—2010 гг. остается неблагоприятной (темп прироста 15,5 %) и подтверждает существенное влияние макросоциальных факторов на частоту самоубийств (табл. 11).

В женской субпопуляции 20-летняя тенденция уровня самоубийств оказалась более стабильной. Показатели смертности от суицидов в начале изучаемого периода (1991) равнялись 14,3±0,98 на 100 тысяч женского населения, в дальнейшем данный показатель колебался от 14,3±0,98 до 22,5±1,28 на 100 тысяч в 2002 г. В 2010 г. частота женских самоубийств вернулась практически к первоначальным значениям – 14,6±1,04 на 100 тысяч населения. Таким образом, в динамике смертности женщин от суицидов тенденции к их росту нет.

Таблица 11

Динамика завершенных суицидов среди населения Иркутской области в 1991—2010 гг. (на 100 тысяч населения)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	61,8	69,1	91,3	103,7	109,5	96,3	92,6	94,2	105,7	101,5	107,6	113,8	102,6	98,4	99,0	85,3	87,4	82,1	79,8	73,5
2	14,3	16,4	20,0	20,7	21,4	17,4	20,2	17,4	20,2	19,3	20,3	22,5	19,2	20,6	17,2	19,4	19,0	16,6	14,3	14,6
3	37,3	41,8	54,4	60,7	63,5	55,2	54,9	54,2	61,0	58,4	61,8	65,2	58,1	56,9	55,2	50,0	50,7	46,9	44,6	43,1

Примечание. В таблицах 11, 12, 13 в 1-м столбце приведены группы населения: 1 – мужчины, 2 – женщины, 3 – оба пола.

Принадлежность суицидентов к сельским или городским жителям является важной составляющей, влияющей на показатели частоты распространенности суицидов. В 1986 г. в СССР уровень завершенных самоубийств в сельской местности почти на 30 % был выше, чем в городах. К середине 1990-х гг. разрыв еще более усилился: превышение доли сельских суицидов над городскими достигло 36,4 %. Результаты дальнейших исследований показали, что частота самоубийств в сельской местности превышает соответствующие интенсивные показатели в городе практически во всех регионах РФ. В 2009—2010 гг. сельские суициды в РФ в 2 раза превышали аналогичные показатели в городе (41,5 и 38,2 против 20,9 и 18,1 на 100 тысяч населения).

Хроническая безработица на селе, прогрессирующая бедность, углубление материального и социального неравенства, наиболее остро затронувшие провинциальную молодежь, блокирование возможностей достижения желаемых социальных позиций при отсутствии четких и всеми соблюдаемых правил игры в экономической и политической жизни общества вызвали общее разочарование, чувство незащищенности, отток молодежи из сельской местности. В последние годы село покинула наиболее трудоспособная часть населения, оставив там жить наименее приспособленных по возрасту и состоянию здоровья людей. Зарубежными авторами выдвинуто предположение об увеличении социальных причин сельских самоубийств, включая большую патриархальность уклада жизни в сельской местности, что влияет на адаптационные механизмы и уменьшает потенциальную возможность социальной состоятельности.

Сравнительный анализ динамики завершенных суицидов в городской и сельской местности Иркутской области за 20-летний период (1991—2010 гг.) показал, что интенсивные показатели завершенных самоубийств среди сельского населения превышали таковые в городской субпопуляции (табл. 12, 13), лишь в 1991 г. уровень суицидов в городской и сельской субпопуляциях был практически одинаков (36,5±7,3 и 40,6±2,7 на 100 тысяч населения) (рис. 9).

Таблица 12

Динамика завершенных суицидов городского населения Иркутской области в 1991—2010 гг. (на 100 тысяч населения)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	59,8	67,9	85,1	94,7	102,	93,3	85,3	88,5	96,6	91,2	103,	102,	89,1	85,7	89,3	75	75,3	70,2	68,8	61,5
2	15,0	16,9	18,7	19,7	21,0	17,4	19,1	16,0	19,0	17,8	19,1	21,3	18,3	19,1	15,6	18,1	16,5	14,2	13,3	12,1
3	36,5	41,3	50,5	55,9	60,2	53,3	50,6	50,5	55,7	54,1	61,3	58,8	50,8	49,8	49,4	44,1	43,4	39,8	38,7	34,6

Таблица 13

Динамика завершенных суицидов сельского населения Иркутской области в 1991—2010 гг. (на 100 тысяч населения)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	69,7	84,7	114,	133,	130,	122,	120,	115,	140,	139,	122,	153,	151,	143,	133,	121,	130,	123,	118,	115,
2	11,6	17,2	25,3	24,6	22,9	18,8	24,4	23,4	25,3	25,4	25,1	27,1	22,8	26,8	23,5	24,7	29,1	26,1	18,0	24,6
3	40,6	50,8	69,6	78,7	76,1	69,9	71,5	68,8	81,6	85,7	75,4	88,6	85,4	83,9	77,2	71,9	78,2	73,6	66,8	68,8

Максимальный уровень городских суицидов наблюдался в 1995 г. (60,2±1,6 на 100 тысяч населения), затем после некоторого снижения показателя до 50,5±1,5 и 55,7±1,6 на 100 тысяч населения в 1996 и 2000 гг., в 2001 г. наблюдается повторный пик уровня городских самоубийств (61,3±1,7 на 100 тысяч населения). С 2002 г. отмечается постепенное снижение показателя завершенных суицидов в городской субпопуляции, достигая в 2010 г. показателя 34,6±1,3 на 100 тысяч населения. Таким образом, за 20-летний анализируемый период показатель завершенных самоубийств среди городского населения Иркутской области уменьшился в 1,2 раза (темп прироста составил -5,2 %).

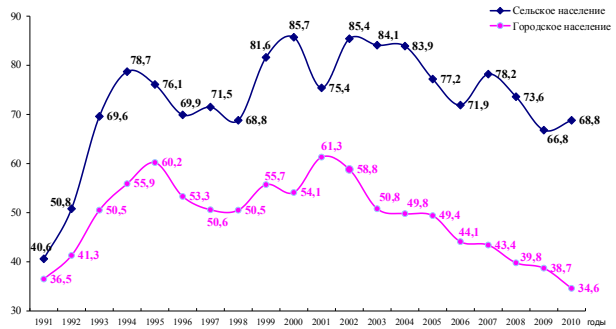

Рис.9. Динамика распространенности городских и сельских суицидов в Иркутской области (на 100 тысяч населения)

Среди сельского населения завершенные суициды с 1991 по 1994 г. увеличились в 1,9 раза (с 40,6±2,7 до 78,7±3,7 на 100 тысяч населения) ($p<0,001$). В последующие 13 лет данный показатель имел постоянную тенденцию к росту, достигнув максимальных значений в 2000 и 2002 гг. (85,7±3,9 и 85,4±3,9 на 100 тысяч сельского населения). Лишь в 2008—2010 гг. отмечается небольшое снижение интенсивных показателей завершенных суицидов (до 66,8±5,0 на 100 тысяч сельского населения) в 2010 г. За анализируемый 20-летний период распространенность завершенных самоубийств среди сельских жителей увеличилась в 1,7 раза (темп прироста составил 69,5 %) ($p<0,001$).

Анализ динамики городских и сельских суицидов за 1991—2010 гг. в зависимости от половой принадлежности суицидентов выявил следующую картину. Уровень мужских суицидов практически не изменился в городской субпопуляции (с 59,8±2,3 до 61,5±2,6 на 100 тысяч городского населения) ($p>0,05$), а уровень сельских – увеличился в 1,7 раза (с 69,7±5,0 до 115,7±6,7 на 100 тысяч сельского населения) ($p<0,001$). Среди женских суицидов за анализируемый период показатели городских самоубийств снизились в 1,2 раза (с 15,0±1,1 до 12,1±1,1 на 100 тысяч населения) ($p>0,05$), а сельские – возросли в 2,1 раза (с 11,6±2,1 до 24,6±3,0 на 100 тысяч населения) ($p<0,001$).

Таким образом, за 20-летний период динамика сельских суицидов как среди мужчин, так и среди женщин имеет крайне негативную тенденцию – темп прироста мужских суицидов составил 66 %, а женских – 112 %.

Анализ интенсивных показателей завершенных самоубийств среди городского и сельского населения Иркутской области за 2010 г. показал большие отличия (табл. 14): распространенность завершенных суицидов среди сельского населения Иркутской области в 2 раза выше ($p<0,001$), чем среди городского (68,8±5,0 и 34,6±1,3 на 100 тысяч населения).

Таблица 14

Распространенность завершенных суицидов городского и сельского населения Иркутской области в 2010 г. (на 100 тысяч населения)

Возраст	Городское население			Сельское население		
	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола
10—14 лет	8,0	2,1	5,1	5,9	6,1	6,0
15—19 лет	54,7	6,7	30,7	105,0	30,1	68,5
20—29 лет	87,0	14,7	50,3	207,6	35,7	124,3
30—39 лет	90,7	11,3	49,7	197,4	35,7	116,9
40—49 лет	67,5	16,5	40,2	148,5	17,1	82,1
50—59 лет	50,1	12,3	28,3	109,3	28,2	67,4
60—69 лет	61,3	8,5	28,2	35,4	32,5	33,7
70 и старше	95,9	24,6	44,6	94,3	32,9	52,4
Всего	61,5***	12,1***	34,6***	115,7***	24,6***	68,8***

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p<0,001$.*

У мужчин сельской местности распространенность суицидов в 1,9 раза превышала показатель у мужчин-горожан (115,7±6,7 и 61,5±2,6 на 100 тысяч населения), у женщин эта зависимость была выражена ещё более: женщины, проживающие в сельской местности, совершали суициды в 2 раза чаще женщин-горожанок (24,6±3,0 и 12,1±1,1 на 100 тысяч населения) ($p<0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о половых различиях в суицидальном поведении: среди лиц, умерших в результате суицидов, как среди городского населения, так и среди сельского, преобладали мужчины. Мужчины, проживавшие на селе, совершали самоубийства чаще, чем сельские женщины, в 1991 г. в 6 раз ($p<0,001$), а в 2010 г. – в 4,7 раза ($p<0,001$). Городские мужчины совершали в эти же годы суициды в 4 раза ($p<0,001$) и 5 раз ($p<0,001$) чаще, чем женщины-горожанки.

У мужчин, проживающих в городе, наибольшие показатели завершенных суицидов наблюдались в возрасте 70 лет и старше, 30—39 и 20—29 лет (95,9±14,9, 90,7±7,8 и 87,0±7,0 на 100 тысяч мужского населения этого возраста). В мужской субпопуляции сельского населения максимальные интенсивные показатели самоубийств отмечались в возрасте 20—29 и 30—39 лет (207,6±20,7 и 197,4±24,0 на 100 тысяч населения этого возраста).

Распространенность городских женских суицидов была наибольшей в возрасте 70 лет и старше – 24,6±4,7 на 100 тысяч женского населения, в возрастных группах трудоспособного возраста (с 20 до 59 лет) показатели колебались от 11,3±2,6 до 16,5±3,5 на 100 тысяч населения. У женщин-сельчанок частота суицида была одинаково представленной в большинстве возрастных групп и колебалась от 28,2±8,5 до 35,7±10,3 на 100 тысяч населения этого возраста. Исключение составили возрастные группы 10—14 и 40—49 лет, где частота суицидов была ниже (6,1±6,1 и 17,1±7,1 на 100 тысяч населения).

Таким образом, интенсивные показатели завершенных самоубийств в Иркутской области в 2010 г. были в 2 раза выше (p<0,001) среди сельского населения, чем среди городского (у женщин это соотношение равно 2:1, у мужчин – 1,9:1). У горожан максимальные уровни суицидов наблюдаются в старших возрастных группах (70 лет и старше), как у мужчин, так и у женщин; у городских мужчин максимальные уровни также наблюдались в возрастных группах 30—39 и 20—29 лет. Для сельских жителей, как мужчин, так и женщин, пик суицидов приходится на возраст 20—29 и 30—39 лет.

Таблица 15

Половозрастная структура городских и сельских суицидентов за 2005—2007 гг. (абс., %)

Возраст	Иркутск						Иркутский район					
	Мужчины		Женщины		Оба пола		Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
9—19 лет	25	5,9	3	2,7	28	5,2*	9	11,0	3	15,8	12	11,9*
20—29 лет	90	21,1	7	6,3	97	18,1	24	29,3	4	21,1	28	27,7
30—39 лет	98	23,0	16	14,4	114	21,2	13	15,9	2	10,5	15	14,9
40—49 лет	73	17,1	21	18,9	94	17,5	17	20,7	3	15,8	20	19,8
50—59 лет	66	15,5	20	18,0	86	16,0	13	15,9	3	15,8	16	15,8
60—69 лет	40	9,4	11	9,9	51	9,5	4	4,9	-	-	4	4,0
70—79 лет	27	6,3	18	16,2	45	8,4	1	1,2	3	15,8	4	4,0
80 лет и более	5	1,2	15	13,5	20	3,7	1	1,2	1	5,3	2	1,9
Не указан	2	0,5	-	-	2	0,4	-	-	-	-	-	-
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0	82	100,0	19	100,0	101	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05.*

Для более подробного исследования суицидального поведения городского и сельского населения Иркутской области были проанализированы данные, полученные в Иркутском областном бюро судебно-медицинской экспертизы, за 2005—2007 гг. Всего было выявлено 638 случаев самоубийств, которые были поделе-

ны на две группы: первую составили 537 суицидов жителей Иркутска, во вторую группу вошел 101 суицид жителей Иркутского сельского района. Мужчин среди суицидентов первой группы было 79,3 %, женщин – 20,7 %, во второй группе – 81,2 и 18,8 %, что свидетельствует о значительном преобладании мужских суицидов как в городе (3,8:1) (p<0,001), так и на селе (4,3:1) (p<0,001).

Процентное соотношение по возрасту к общему числу самоубийств за 2005—2007 гг. среди городского и сельского населения имело ряд различий (табл. 15).

В сельской местности наблюдается «омоложение» суицидов: в возрасте до 19 лет они происходят достоверно чаще, чем в городе (11,9 % против 5,2 %; t=1,99; p<0,05). С 20-летнего возраста суицидальная активность в обеих группах заметно возрастает и остается высокой до 60 лет, достигая своего максимума в сельской группе в возрастном интервале 20—29 лет (27,7 %), а в городе – в возрастном интервале 30—39 лет (21,2 %). С 60-летнего возраста доля суицидов уменьшается, что особенно заметно в сельской группе – 4,0 % суицидов против 9,5 % суицидов городских жителей (t=3,38; p<0,001). Наибольшая доля суицидов как среди мужчин, так и среди женщин сельского района приходилась на 20—29 лет – 29,3 и 21,1 %, тогда как в городской группе у мужчин максимум наблюдался в возрасте 30—39 лет (23,0 %), а у женщин – 40—49 лет (18,9 %). Анализ способов совершения суицидов выявил, что в обеих группах суицидентов чаще всего выбиралось самоповешение, но на селе этот способ самоубийства был более распространен, чем в городе (82,2 % против 70,2 %; t=2,8; p<0,01) (табл. 16).

Среди жителей города достоверно чаще совершались суициды посредством отравления – 16,6 % против 7,9 % (t=2,79; p<0,01). Значительно реже как в городе, так и на селе выбирались такие виды самоубийства, как падение с высоты, огнестрельные и колото-резаные ранения, а также комбинированные способы (от 0,4 до 4,1 %). Городские мужчины значительно чаще прибегали к отравлению (11,7 %), чем мужчины на селе (3,7 %) (t=3,07; p<0,01), а сельские женщины чаще, чем городские, – к самоповешению – 73,7 и 48,7 % (t=2,23; p<0,05). Необходимо отметить, что женщины на селе избирали только два способа самоубийства: либо самоповешение (73,7 %), либо отравление (26,3 %).

Доля находящихся в состоянии алкогольного опьянения в группе городских суицидентов составила 51,2 % (мужчины – 54,7 %; женщины – 48,7 %), в группе сельских – 62,4 % (мужчины –

62,2 %; женщины – 63,2 %). Обращает на себя внимание высокий процент случаев алкогольного опьянения сельских женщин-суицидентов. Анализ концентраций алкоголя в крови показал, что наибольшее число городских суицидентов находилось в состоянии алкогольного опьянения средней степени (1,5—2,5‰) – 34,5 %, а сельских – в опьянении средней и тяжелой степени (3‰ и более) – по 28,6 %.

Таблица 16

Способы суицидов в зависимости от пола городских и сельских суицидентов за 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ суицида	Иркутск						Иркутский район					
	Мужчины		Женщины		Оба пола		Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	323	75,8	54	48,7	377	70,2	69	84,1	14	73,7*	83	82,2**
Отравление	50	11,7**	39	35,1	89	16,6**	3	3,7	5	26,3	8	7,9**
Падение с высоты	12	2,8	10	9,0	22	4,1	2	2,4	-	-	2	2,0
Огнестрельные ранения	18	4,2	-	-	18	3,4	5	6,1	-	-	5	5,0
Колото-резаные ранения	12	2,8	4	3,6	16	3,0	1	1,2	-	-	1	1,0
Комбинированные способы	10	2,3	3	2,7	13	2,4	1	1,2	-	-	1	1,0
Другие способы	1	0,3	1	0,9	2	0,4	1	1,2	-	-	1	1,0
Всего	426	100	111	100	537	100	82	100	19	100	101	100

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05, ** – p<0,01.*

Высокий уровень суицидальной активности населения Иркутской области влечет, помимо прочих, социально-экономические проблемы, что показала оценка социального и экономического ущерба, нанесенного Иркутску и Иркутскому району смертностью от суицидов за 2005—2007 гг. Социальный ущерб рассматривался как сумма недожитых человеко-лет до конца трудоспособного возраста (мужчины – до 60 лет, женщины – до 55 лет). Экономический ущерб обществу от преждевременной смертности рассчитывается как произведение суммы недожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет и доли валового регионального продукта (ВРП) на душу населения в соответствующем году.

Число умерших от суицидов в трудоспособном возрасте за 3 года составило 503 чел. (413 чел. – в городе и 90 чел. – в сельском районе). Общее количество недожитых человеко-лет из-за самоубийств в Иркутске и Иркутском районе – 11 514 (9 303 – для Иркутска и 2 205 – для Иркутского района). Экономический ущерб от суицидов в 2005—2007 гг. составил 1 482 060 578,4 руб. (1 203 516 602,4 руб. – для Иркутска и 278 543 976 руб. – для Иркутского района).

Полученные количественные данные обосновывают целесообразность финансовых затрат на охрану психического здоровья, в частности на развитие суицидологической службы Иркутской области. Таким образом, полученные данные позволяют говорить о сверхвысоком уровне распространенности завершенных суицидов среди жителей Иркутской области. Показатели распространенности завершенных суицидов в Иркутской области превышают таковые в СФО и РФ. Интенсивные показатели частоты суицидов среди мужчин превышали аналогичные показатели среди женщин в 4,2–5,8 раза (p<0,001).

В 2010 г. группами риска по совершению завершенных самоубийств во всем населении области являются группы 20—29 лет и 30—39 лет. Среди мужчин группами риска так же, как и среди всего населения области, являются лица в возрасте 20—29 лет и 30—39 лет. У женщин максимальные значения завершенных суицидов отмечались в возрастных интервалах 20—29 лет и 70 лет и старше. В России мужские суициды имеют 2 возрастных пика: в 45—55 лет и после 80 лет, в Иркутской области первый пик завершенных суицидов у мужчин приходится на более молодой и трудоспособный возраст – 20—39 лет. Кривая суицидов женской возрастной популяции довольно близка к общероссийской: наибольший рост суицидов отмечен после 70 лет.

Динамика завершенных самоубийств в Иркутской области за 20-летний период всё ещё остается неблагоприятной (темп прироста с 1991 к 2010 г. – 15,5 %), несмотря на наметившееся улучшение ситуации (снижение уровня суицидов в 1,5 раза за последние 8 лет анализируемого периода). Данную картину определяет динамика завершенных самоубийств у мужчин, где темп прироста за 20 лет составил 18,9 %, а среди женских суицидов тенденции роста нет.

Сравнительный анализ динамики завершенных суицидов среди городских и сельских жителей области показал, что на протяжении 20 лет интенсивные показатели завершенных суицидов среди сельского населения превышали таковые у городских жителей. 20-летняя динамика городских и сельских суицидов отличалась: показатели городских самоубийств уменьшились в 1,2 раза (темп прироста составил -5,2 %), а сельские суициды увеличились в 1,7 раза (темп прироста составил 69,5 %). Динамика сельских суицидов как среди мужчин, так и среди женщин имеет негативную тенденцию: темп прироста мужских суицидов составил 66 %, а женских – 112 %.

В 2010 г. интенсивные показатели завершенных суицидов среди сельского населения Иркутской области были в 2 раза выше, чем среди городского (мужчины – 1,9:1, женщины – 2:1) ($p<0,001$). У городских жителей максимальные показатели суицидов наблюдаются в старших возрастных группах – 70 лет и старше (у мужчин еще и в 30—39 и 20—29 лет). У сельских жителей (среди мужчин и женщин) пик суицидов приходится на возраст 20—29 лет и 30—39 лет, т. е. на селе наблюдается «омоложение» суицидов. Сельские суициденты более часто прибегали к наиболее брутальным методам самоубийств (в 82,2 % случаев – повешение).

3.2. Распространенность завершенных суицидов в Иркутске

В 2010 г. в Иркутске количество завершенных самоубийств составило 112 случаев, из которых 91 суицид (81,3 %) совершили мужчины и 21 (18,7 %) – женщины. На рисунке 10 показана распространенность завершенных суицидов среди населения Иркутска в 2010 г. в зависимости от пола и возраста.

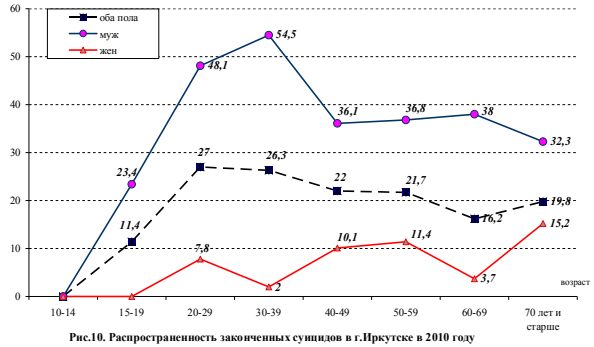

Рис.10. Распространенность законченных суицидов в г.Иркутске в 2010 году в зависимости от возраста (на 100 тысяч населения)

В 2010 г. интенсивный показатель завершенных суицидов среди населения Иркутска составил 19,1±1,8 на 100 тысяч населения (мужчины – 34,9±3,7; женщины – 6,5±1,4 на 100 тысяч населения соответствующего пола). Таким образом, рассматриваемый показатель суицидов у мужчин превышает таковой у женщин в 5,4 раза ($p<0,001$). Изучение распространенности завершенных суицидов в различных возрастных группах среди населения Иркутска за 2010 г. показало, что максимальные показатели выявлены у лиц 20—29 и 30—39 лет (27,0±4,7 и 26,3±5,3 на 100 тысяч населения этого возраста).

Высокие показатели отмечались в возрастных группах 40—49, 50—59 и 70 лет и старше (22,0±5,5, 21,7±5,4 и 19,8±6,6 на 100 тысяч лиц этого возраста), значительно ниже уровень суицидов выявлен в возрастной группе 15—19 лет (11,4±5,7 на 100 тысяч этого возраста). В возрастном интервале 10—14 лет в 2010 г. завершенных суицидов среди жителей Иркутска не было. Таким образом, среди возрастных групп населения Иркутска пик суицидальной активности приходится на молодой возраст – 20—39 лет (27,0—26,3 на 100 тысяч населения).

Интенсивные показатели суицидов мужчин во всех возрастных группах были значительно выше, чем у женщин. Максимальные различия имелись в возрастной группе 30—39 лет – 27,3 раза ($p<0,001$), минимальные – в 70 лет и старше – 2,1 раза ($p<0,01$). В возрасте 10—14 лет отсутствовали как мужские, так и женские суициды. Наиболее высокий уровень завершенных самоубийств среди мужчин выявлен в 30—39 и 20—29 лет (54,5±11,1 и 48,1±9,1 на 100 тысяч населения данного возраста). Самый низкий уровень мужских самоубийств наблюдался в 15—19 лет (23,4±11,7 на 100 тысяч населения этого возраста).

У женщин наиболее высокий показатель суицидов отмечался в возрасте 70 лет и старше – 15,2±6,8 на 100 тысяч населения данного возраста, минимальный – среди женщин 30—39 лет (2,0±1,98 на 100 тысяч населения) и 60—69 лет (3,7±3,67 на 100 тысяч населения). В возрастных интервалах 10—14 лет и 15—19 лет у девочек и девушек Иркутска в 2010 г. суицидов не наблюдалось. Во всех остальных возрастных группах показатели самоубийств колебались от 7,8 до 11,4 на 100 тысяч населения этого возраста.

Таким образом, пик мужских суицидов в Иркутске в 2010 г. приходится так же, как и пик мужских суицидов Иркутской области, на молодой возраст – 20—39 лет. Однако второй пик мужских суицидов в возрасте 70 лет и старше, который присутствует у мужчин Иркутской области, у мужчин Иркутска отсутствует. Кривая суицидов женской возрастной популяции Иркутска повторяет таковую среди женщин Иркутской области: наибольшее число суицидов отмечено после 70 лет.

Анализ возрастной структуры группы лиц, совершивших завершенные суициды, в 2010 г. в Иркутске (рис. 11, табл. 17) показал, что наибольшее их количество представляли лица в возрасте 20—29 лет (29,5 %), лишь немного меньшую долю составили лица 30—39 лет (22,3 %). Затем следовали лица в возрасте 40—49 и 50—59 лет (по 14,3 %). Наименьшее количество составляли молодые люди 15—19 лет (3,6 %).

Таблица 17

Возрастная структура лиц, умерших в результате самоубийств, в Иркутске в 2010 г. (абс., %)

Возраст	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15—19 лет	4	3,6	4	4,4	-	-
20—29 лет	33	29,5	28	30,8	5	23,8
30—39 лет	25	22,3	24	26,4	1	4,8
40—49 лет	16	14,3	12	13,2	4	19,0
50—59 лет	16	14,3	11	12,1	5	23,8
60—69 лет	7	6,2	6	6,6	1	4,8
70 лет и старше	9	8,0	4	4,4	5	23,8
Не указан	2	1,8	2	2,2	-	-
Всего	112	100,0	91	100,0	21	100,0

В мужской субпопуляции самая высокая доля самоубийств приходилась на возрастной интервал 20—29 (30,8 %) и 30—39 лет (26,4 %), минимальная – на юношеский возраст 15—19 лет и возраст 70 лет и старше (по 4,4 %) (рис. 12). Среди женщин, совершивших завершенные суициды, наибольшая доля приходилась на возрастные интервалы 20—29 лет, 50—59 лет и 70 лет и старше (по 23,8 %), наименьшую долю среди суициденток женской субпопуляции составили лица 30—39 лет и 60—69 лет (по 4,8 %).

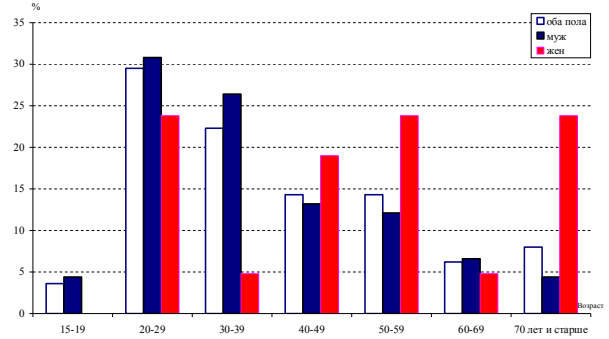

Рис.11. Возрастная структура лиц, совершивших суициды в г.Иркутске в 2010 году (%)

Удельный вес мужчин начинал преобладать с 15-летнего возраста и продолжался до 40-летнего возраста, а удельный вес женщин доминировал с 40-летнего возраста (исключение составил возрастной интервал 60—69 лет, где доли суицидов мужчин и женщин Иркутска практически равны).

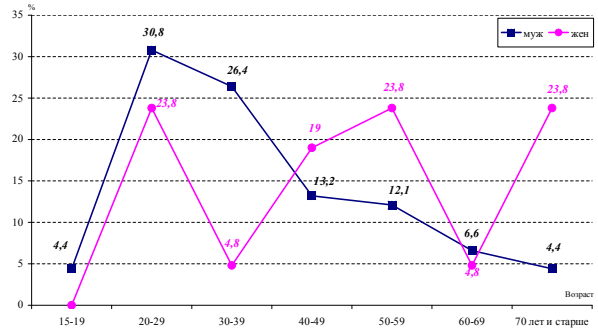

Рис.12. Гендерное соотношение самоубийств по возрасту за 2010 год в г.Иркутске (%)

Большую часть суицидов в Иркутске совершали лица трудоспособного возраста. В 2010 г. они составили 79,5 %. Значительно чаще суициды в трудоспособном возрасте совершали мужчины. В 2010 г. этот показатель у мужчин Иркутска составил 86,8 %, у женщин – 47,6 % ($t=3,42$; $p<0,001$). Подростки и молодые люди до 20 лет составили 3,6 % (мужчины – 4,4 %, у женщин этого возраста суицидов не было), лица 60 лет и старше – 14,3 % (мужчины – 11,0 %, женщины – 28,6 %) ($t=1,69$; $p>0,05$).

Анализ частоты суицидов в Иркутске в 1991 и 2010 гг. в зависимости от возраста суицидентов выявил отличия (рис. 13). За 20-летний период соотношение частоты суицидов в возрастных интервалах снизилось в 1,3—3,9 раза. Низкий темп снижения уровня завершенных суицидов наблюдается в возрасте 20—29 лет – в 1,3 раза (с 36,1±6,6 в 1991 г. до 27,0±4,7 в 2010 г.). Самое высокое снижение уровня суицидов наблюдалось в возрасте 70 лет и старше – в 3,9 раза (с 78,1±16,3 в 1991 г. до 19,8±6,6 в 2010 г.).

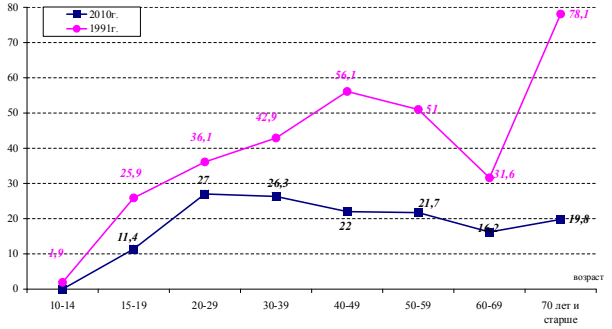

Рис.13. Возрастная динамика суицидов в г. Иркутске в 1991 и 2010 гг.

Анализ динамики частоты суицидов по возрастным интервалам в 1991 и 2010 гг. в зависимости от пола (рис. 14, 15) показал, что уровень мужских суицидов Иркутска за 20 лет уменьшился в различных возрастных группах в 1,2—5,7 раза, а уровень женских суицидов снизился в 1,1—11,1 раза.

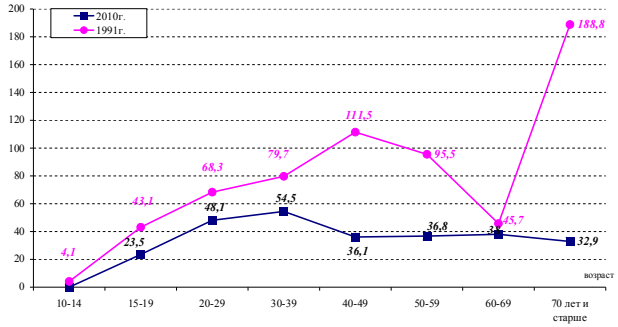

Рис.14. Возрастная динамика суицидов мужчин в г. Иркутске в 1991 и 2010 гг.

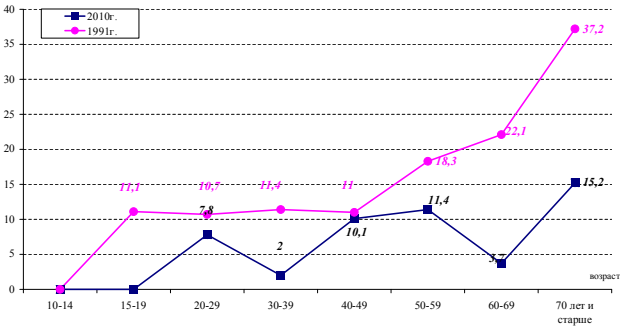

Рис.15. Возрастная динамика суицидов женщин в г. Иркутске в 1991 и 2010 гг.

Самое значительное снижение мужских суицидов наблюдалось в возрасте 70 лет и старше – в 5,7 раза (с 188,8±48,7 в 1991 г. до 32,9±16,3 в 2010 г.). Наименьшее снижение уровня мужских суицидов отмечалось в возрастных интервалах 20—29 лет (1,4:1) и 60—69 лет (1,2:1). Наибольшее снижение женских суицидов наблюдалось в 15—19-летнем возрастном интервале (в 1991 г. – 11,1±4,7 на 100 тысяч населения этого возраста и отсутствие суицидов в данной возрастной группе в 2010 г.). Практически равные показатели женских суицидов наблюдались в 40—49 лет (11,0±5,5 в 1991 г. и 10,1±5,1 в 2010 г.).

Изучение 20-летней динамики завершенных суицидов в Иркутске свидетельствует о том, что с 1991 г. (33,3±2,4 на 100 тысяч населения) начинается рост частоты самоубийств, достигая в 1995 г. наивысших значений за анализируемый период – 48,5±2,9 на 100 тысяч населения (рис. 16).

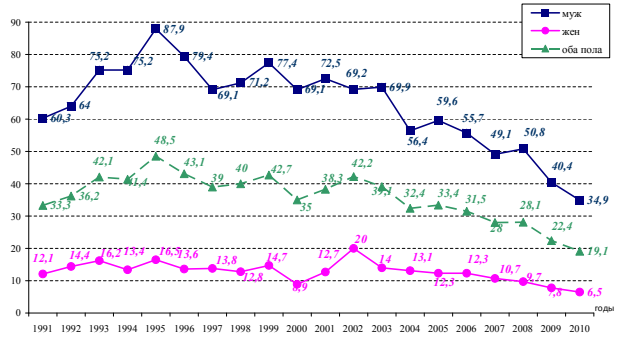

Рис.16. Динамика частоты завершенных суицидов в г. Иркутске (на 100 тыс. населения)

За первые 5 лет (1991—1995 гг.) частота самоубийств увеличилась в 1,5 раза ($p<0,001$). В 1996—1998 гг. уровень суицидов снизился (показатели колебались от 38,0±2,5 до 40,0±2,6 на 100 тысяч населения). В 1999 и 2002 гг. уровень суицидов вновь возрос до 42,7±2,69 и 42,2±2,67 на 100 тысяч населения. С 2003 г. начинается постепенное снижение завершенных суицидов с 39,1±2,58 до 19,1±1,8 на 100 тысяч населения в 2010 г., т. е. за 8 лет уровень завершенных самоубийств в Иркутске снизился в 2 раза ($p<0,001$). Таким образом, данная динамика суицидов в Иркутске за 1991—2010 гг. отражает положительные тенденции в снижении данного показателя (темп прироста составил -42,6 %).

Динамика смертности от самоубийств среди мужчин Иркутска за 1991—2010 гг. повторяет динамику суицидов всего населения Иркутска. С 1991 г. частота мужских суицидов выросла с 60,3±4,8 на 100 тысяч населения до 87,9±5,8 на 100 тысяч населения в 1995 г., т. е. увеличилась в 1,5 раза ($p<0,001$), достигнув максимальных значений за 20-летний анализируемый период. В последующие годы показатели мужских суицидов в Иркутске медленно снижаются. С 1995 по 2010 г. значения мужских самоубийств уменьшились в 2,5 раза ($p<0,001$), достигнув минимального уровня (34,9±3,7 на 100 тысяч населения соответствующего пола) в 2010 г. Общую тенденцию распространенности суицидов мужчин Иркутска за 20-летний период можно охарактеризовать как благоприятную (темп прироста составил -41,9 %).

В женской субпопуляции Иркутска частота суицидов с 1991 по 2001 г. колебалась в пределах 8,9—16,5 на 100 тысяч населения. Максимальные значения распространенности женских суицидов в Иркутске наблюдались в 2002 г. – 20,0±2,48 на 100 тысяч населения, т. е. за 12 лет произошло увеличение показателей в 1,7 раза ($p<0,001$). В последующие годы начинается постепенное снижение уровня женских суицидов с 20,0±2,48 на 100 тысяч женского населения в 2002 г. до 6,5±1,4 на 100 тысяч населения, т. е. в 3,1 раза ($p<0,001$). Общая тенденция распространенности женских суицидов за 20-летний период еще более благоприятна, чем среди мужчин Иркутска (темп прироста составил -46,3 %).

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что в 2010 г. в Иркутске отмечалась высокая распространенность завершенных суицидов, хотя их интенсивные показатели уступают таковым среди жителей области. Это объясняется тем, что уровень показателей по области определяется не только городскими, но и сельскими суицидами, уровень которых значительно выше.

Наибольшие интенсивные показатели отмечались, так же как и среди всего населения области, в возрастных группах 20—29 лет и 30—39 лет. К группам риска среди мужчин Иркутска относились лица 20—29 лет и 30—39 лет. Однако второй пик суицидов в возрасте 70 лет и старше, который присутствует у мужчин Иркутской области, у мужчин Иркутска отсутствует. Группами риска среди женщин Иркутска были старшие возрастные группы (70 лет и старше), что соответствовало средним областным показателям.

Во всех возрастных группах Иркутска (с 15-летнего возраста) показатели завершенных суицидов у мужчин в 2,1—27,3 раза превышали таковые у женщин. В возрасте 10—14 лет у жителей Иркутска отсутствовали как мужские, так и женские суициды, среди женщин отсутствовали и суицидентки 15—19 лет, что свидетельствует о более благоприятных показателях уровня детских и подростковых суицидов в Иркутске по сравнению с областью. Изучение 20-летней динамики завершенных суицидов Иркутска показало, что наибольшие показатели наблюдались в 1995 г., а затем началось их медленное снижение, особенно с 2003 г., когда за последние 8 лет анализируемого периода уровень суицидов снизился в 2 раза. Динамика суицидов в Иркутске отражает положительные тенденции в снижении данного показателя (темп прироста -42,6 %): среди мужчин темп прироста – -41,9 %, среди женщин – -46,3 %.

3.3. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске

Для изучения социально-демографических и клинических особенностей суицидального поведения была сформирована сплошная выборка, включающая лиц, совершивших законченные суициды, в 2005—2007 гг. в Иркутске. Ее численность составила 537 человек, из них 426 (79,3 %) мужчин и 111 (20,7 %) женщин.

Анализ образовательного уровня суицидентов показал следующее (табл. 18). По социальному положению лица, совершившие завершенные суициды, распределились следующим образом (табл. 19). Первое место занимали безработные (31,1 %), затем следовали рабочие (27,9 %). Доли пенсионеров (14,7 %) ($\chi^2=39,9$; $p<0,001$), служащих (12,1 %) ($\chi^2=56,1$; $p<0,001$) и учащихся (10,1 %) ($\chi^2=71,47$; $p<0,001$) были значительно меньшими. Самое незначительное число суицидентов составили инвалиды – 4,1 % ($\chi^2=133,1$; $p<0,001$).

Таблица 18

Образование у совершивших завершенные суициды в Иркутске в 2005—2007 гг.

Уровень образования	Мужчины		Женщины		Обе пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	27	6,3	8	7,2	35***	6,5
Незаконченное высшее	5	1,2	2	1,8	7***	1,3
Среднеспециальное	113	26,5	33	29,8	146	27,2
Среднее	137	32,2	37	33,3	174	32,4
Незаконченное среднее	124	29,1	27	24,3	151	28,1
Начальное	20	4,7	4	3,6	24***	4,5
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таблица 19

Профессиональный статус у лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг.

Профессиональный статус	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рабочие	131##	30,7	19**	17,1	150***	27,9
Служащие	48*	11,3	17**	15,3	65	12,1
Учащиеся	43	10,1	11	9,0	54	10,1
Безработные	145##	34,0	22*	19,8	167***	31,1
Инвалиды	17*	4,0	5*	4,5	22	4,1
Пенсионеры	42	9,9	37###	33,3	79***	14,7
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001. Межгрупповые: ## – p<0,01, ### – p<0,001.*

Среди совершивших суициды мужчин преобладали безработные (34,0 %) и рабочие (30,7 %) (p<0,001). Среди совершивших самоубийства женщин первое место заняли пенсионеры (33,3 %), значительно меньше были представлены безработные (19,8 %) (χ^2=4,52; p=0,03), рабочие (17,1 %) (χ^2=6,9; p=0,009) и служащие (15,3 %) (χ^2=8,83; p=0,003). Еще более малыми долями были представлены учащиеся (9,0 %) (p<0,001) и инвалиды (4,5 %) (p<0,001). Достоверно чаще было преобладание работающих (χ^2=7,47; p<0,01) и безработных (χ^2=7,66; p<0,01) мужчин над женщинами и женщин-пенсионерок над мужчинами (χ^2=36,82; p<0,001). Таким образом, к группам риска можно отнести среди мужчин безработных и работающих, а среди женщин – пенсионеров.

Изучение брачного статуса суицидентов Иркутска показало, что в браке состояло 33,9 %, большинство не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (28,9 %), были разведены (24,6 %) (χ^2=10,81; p<0,001) или овдовели (12,6 %) (χ^2=66,57; p<0,001) (табл. 20). Статистически достоверных различий по семейному положению суицидентов в зависимости от пола не выявлено, за исключением статистически достоверного превышения числа женщин, имеющих статус вдов, над числом вдовцов-мужчин (χ^2=15,9; p<0,001).

Таблица 20

Брачный статус у совершивших завершенные суициды в Иркутске в 2005—2007 гг.

Брачный статус	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Брак	153	35,9	29	26,1	182	33,9
Холост(не замужем)	124	29,1	31	27,9	155	28,9
Разведен(а)	108	25,4	24	21,6	132***	24,6
Вдовец(ва)	41	9,6	27###	24,3	68***	12,6
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: ### – p<0,001.*

Во многих культурах брак связан с более низким уровнем самоубийств. В США проведено исследование, которое показало, что развод или смерть одного из супругов повышали риск самоубийства в отличие от одиноких лиц. Влияние семейного положения на суицидальный риск различно в зависимости от пола. A. J. Kposowa (2000) выявил, что развод в 2,7 раза повышает риск самоубийств у мужчин по сравнению с женщинами. В более поздней своей работе (2003) автор определил, что вероятность самоубийств у разведенных мужчин в 9,7 раза выше, чем у разведенных женщин. M. E. Heikkinen et al. (1995) обнаружили, что самоубийства особенно распространены среди никогда не состоявших в браке мужчин в возрасте 30—39 лет по сравнению с общей популяцией. Э. Дюркгейм (1897) предположил, что брак является защитным фактором, обеспечивающим социальную интеграцию и поддержку, хотя отмечал, что слишком ранний брак для мужчин увеличивает склонность к самоубийству.

Сравнение способов суицидов среди лиц, совершивших завершенные суициды, в 2005—2007 гг. показало следующее (табл. 21).

Таблица 21

Способы самоубийств лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ суицида	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	322###	75,6	47	42,4	369***	68,7
Отравление	56	13,1	41###	36,9	97	18,1
Огнестрельные ранения	18	4,2	-	-	18	3,4
Колото-резаные ранения	13	3,1	3	2,7	16	3,0
Падение с высоты	16	3,8	17###	15,3	33	6,1
Падение под транспорт	1	0,2	2	1,8	3	0,5
Самосожжение	-	-	1	0,9	1	0,2
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: ### – p<0,001.*

Подавляющее большинство суицидентов выбрали самоповешение – 68,7 % (p<0,001). Значительно реже суициденты использовали такие способы, как отравление – 18,1 % и падение с высоты – 6,1 %. В единичных случаях встретились огнестрельные ранения (3,4 %) и нанесение колото-резаных ранений (3,0 %). Анализ частоты способов суицидов в зависимости от пола показал, что у мужчин наблюдалось значительное превалирование повешения (75,6 %), реже выбиралось отравление (13,1 %), другие способы самоубийств встречались в единичных случаях – 0,2—4,2 %. Женщины также отдавали предпочтение повешению – 42,4 % и отравлению – 36,9 % (p>0,05), значительно реже они использовали такой способ, как падение с высоты – 15,3 % (χ^2=12,35; p<0,001). В единичных случаях встретились нанесение колото-резаных ранений (2,7 %), падение под транспорт (1,8 %), самосожжение (0,9 %). Статистически достоверно у мужчин по сравнению с женщинами чаще наблюдался такой способ самоубийства, как повешение (χ^2=43,7; p<0,001). Женщины чаще мужчин использо-

вали отравления (медикаменты, прижигающие жидкости и пр.) (χ^2=32,1; p<0,001) и падение с высоты (χ^2=18,45; p<0,001).

Изучение мест совершения суицидов показало, что наибольшее число суицидентов совершили самоубийства дома – 71,7 %, достоверно реже самоубийства наблюдались в других местах (лес, сараи, дачи, гаражи) – 24,0 % (χ^2=242,6; p<0,001). Количество суицидов, совершенных в общественных местах (учебные заведения, учреждения здравоохранения, камера предварительного заключения), крайне мало – 4,3 % (p<0,001). Таким образом, подавляющее число суицидентов совершили самоубийства в местах, скрытых от других лиц.

Таблица 22

Сезонное распределение лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг.

Сезон	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зима	102	23,9	29	26,1	131	24,4
Весна	136	31,9	30	27,0	166*	30,9
Лето	104	24,4	34	30,6	138	25,7
Осень	84	19,7	18	16,2	102	19,0
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05.*

Анализ сезонности самоубийств выявил следующую картину (табл. 22). Максимум самоубийств приходился на весну (30,9 %), несколько меньшее их число наблюдалось летом (25,7 %) (χ^2=3,34; p=0,067) и зимой (24,4 %) (χ^2=5,38; p=0,02). Минимальное количество суицидов отмечалось в осенний период – 19,0 % (χ^2=19,73; p<0,001).

Изучение совершения самоубийств по месяцам установило ряд закономерностей (табл. 23). Выявлены два максимума суицидов – март-май (10,6, 9,5 и 10,8 %) и август (9,9 %). Данные тенденции сохраняются среди мужского контингента с более выраженным увеличением количества самоубийств в мае (11,5 %). У женщин определяется весенне-летний подъем: март (11,7 %), июль (9,9 %) и август (12,7 %). Наименьшее число суицидов совершалось с сентября по ноябрь – 6,3, 7,1 и 5,6 % (p>0,05), различий в половом отношении не найдено. В связи с невозможностью получить полные данные о других особенностях суицидального поведения из числа лиц, совершивших законченные суициды в 2005—2007 гг., выделена группа из 215 чел. (178 мужчин, 37 женщин), для которой удалось собрать необходимую информацию.

Таблица 23

Помесячная динамика завершенных суицидов в Иркутске в 2005—2007 гг.

Месяц	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Январь	39	9,2	10	9,0	49	9,1
Февраль	31	7,3	10	9,0	41	7,6
Март	44	10,3	13	11,7	57	10,6
Апрель	43	10,1	8	7,2	51	9,5
Май	49	11,5	9	8,1	58	10,8
Июнь	30	7,0	9	8,1	39	7,3
Июль	35	8,2	11	9,9	46	8,6
Август	39	9,2	14	12,7	53	9,9
Сентябрь	27	6,3	7	6. 3	34	6,3
Октябрь	32	7,5	6	5,4	38	7,1
Ноябрь	25	5,9	5	4,5	30	5,6
Декабрь	32	7,5	9	8,1	41	7,6
Всего	426	100,0	111	100,0	537	100,0

Ведущая роль в формировании суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам – 93,0 % (мужчины – 92,7 %; женщины – 94,6 %). Конфликты в связи с наличием психопатологических переживаний выявлены у 7,3 % мужчин и 5,4 % женщин.

Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую – тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. В случае их слабости, т. е. в условиях преддиспозиционной дезадаптации и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, подменяющей собой все другие типы, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Изучение сфер возникновения суицидогенных конфликтов и категорий личностного смысла суицидальных действий проводилось путем опроса родственников и близких лиц, совершивших суициды, а также учитывались немногочисленные предсмертные записки и дневниковые записи суицидентов. Анализ сфер возникновения суицидогенных конфликтов показал, что наибольшее число суицидогенных конфликтов приходилось на личностную (31,2 %) и семейную (29,3 %) сферы. Достоверно реже встречались конфликты в иных сферах жизни: профессиональная – 13,9 % (χ^2=17,25; p<0,001), сфера здоровья (10,7 %) (χ^2=25,98;

p<0,001), материально-бытовая – 6,5 % (χ^2=41,13; p<0,001), сексуальная – 4,7 % (χ^2=49,61; p<0,001) и сфера, связанная с судебными ситуациями – 3,7 % (χ^2=54,33; p<0,001) (табл. 24).

Таблица 24

Сферы возникновения суицидогенных конфликтов у лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг.

Сфера возникновения суицидогенных конфликтов	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личная	57	32,0	10	27,1	67	31,2
Семейная	51	28,7	12	32,4	63	29,3
Профессиональная	27	15,2	3	8,1	30	13,9
Здоровье	17	9,6	6	16,2	23	10,7
Материально-бытовая	10	5,6	4	10,8	14	6,5
Сексуальная	9	5,0	1	2,7	10	4,7
Судебная	7	3,9	1	2,7	8	3,7
Всего	178	100,0	37	100,0	215	100,0

Конфликты в профессиональной сфере оказались более частыми у мужчин-суицидентов – 15,2 % против 8,1 % у женщин (p>0,05). Доля суицидентов с мотивами, связанными со здоровьем и материально-бытовыми проблемами, встречалась чаще у женщин (6,2 и 10,8 % против 9,6 и 5,6 % у мужчин) (p>0,05).

Суициды, имеющие в своей основе конфликты в судебно-правовой сфере, одинаково часто встречались в обеих группах (p>0,05). Таким образом, основной сферой суицидогенных конфликтов оказалась личностно-семейная. Статистически значимых отличий в зависимости от пола в представленности какой-либо сферы суицидогенного конфликта не найдено.

Анализ категорий личностного смысла суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980) по группам показал , что наиболее часто встречались протестные формы (34,9 %) и призыв (31,2 %), когда человек пытался привлечь к себе внимание и изменить психотравмирующую ситуацию в свою пользу. Среди суицидентов поведение, связанное с избеганием угрозы (попытка уйти от наказания или от тяжелого психического или соматического страдания), наблюдалось в 19,5 % случаев (p<0,001). Реже отмечались категории личностного смысла: отказ от жизни – 10,7 % (p<0,001), самонаказание – 3,7 % (p<0,001). У мужчин наблюдалась большая представленность такой категории, как протест – 36,5 и 27,0 % (χ^2=0,8; p=0,36). У женщин чаще, чем у мужчин, встретился призыв – 35,2 и 30,2 % (χ^2=0,14; p=0,71) (табл. 25).

Таблица 25

Категории личностного смысла суицидального поведения у лиц, совершивших суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг. (абс., %)

Категория личностного смысла	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Протест	65	36,5	10	27,0	75	34,9
Призыв	54	30,3	13	35,2	67	31,2
Избегание угрозы	36***	20,2	6	16,2	42***	19,5
Самонаказание	6***	3,4	2*	5,4	8***	3,7
Отказ от жизни	17***	9,6	6	16,2	23***	10,7
Итого	178	100,0	37	100,0	215	100,0

*Примечание. Статистическая значимость значений: * – p<0,05; *** – p<0,001.*

Методом «психологической аутопсии» нами предпринята попытка проанализировать продолжительность пресуицидального периода. Наиболее часто пресуицидальный период продолжался от нескольких часов до суток – 39,1 %, реже – от нескольких суток до месяца – 28,8 % (χ^2=4,57; p=0,03). Продолжительность периода в несколько месяцев наблюдалась в 25,1 % (χ^2=8,97; p=0,003), а короткий пресуицидальный период (не более часа) – в 7,0 % (χ^2=60,68; p<0,001). Статистически значимой разницы в продолжительности пресуицидального периода в зависимости от пола не найдено.

Таким образом, изучение социально-демографических характеристик лиц, совершивших завершенные суициды, выявило следующее: большинство суицидентов имели среднее и незаконченное среднее образование, социальный статус безработных и пенсионеров, не состояли в браке. Более половины завершенных суицидов были совершены в состоянии алкогольного опьянения. Преобладающим способом завершенных суицидов было самоповешение, ему отдавали предпочтение суициденты обоих полов. Наибольшее число лиц, совершивших законченные суициды, совершали самоубийства дома (71,7 %). Максимум завершенных суицидов наблюдался в весенне-летний период.

Выявленные интенционные характеристики завершенных суицидов оказались следующими: основной сферой суицидогенных конфликтов была личностно-семейная (60,5 %), наиболее часто выявляемыми категориями личностного смысла были протест (34,9 %) и призыв (31,25 %), продолжительность пресуицидального периода наиболее часто варьировала от нескольких часов до суток (39,1 %).

3.4. Медицинские факторы суицидального риска

3.4.1. Соматическая патология лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг.

Большинство исследований, посвященных связи между хроническими соматическими заболеваниями и суицидальным поведением, проведенных в Европе, США и Австралии, выявили корреляцию. Причинами суицидов могут быть хронические соматические заболевания, причиняющие тяжкие страдания, особенно у пожилых людей (онкологические, неврологические больные, больные, находящиеся на гемодиализе). Высокий риск отмечается у больных ВИЧ-инфекцией (в 7–36 раз выше, чем в общей популяции). По данным отечественных и зарубежных исследователей, от 17 до 75 % суицидентов имели различную соматическую патологию. M. M. Henriksson et al. (1993), U. Lonquist (1999) считают, что среди всех суицидентов с соматическими заболеваниями 46 % составляют больные с сосудистыми расстройствами. А. Е. Мальцев и др. (2010) обнаружили, что 51,5 % совершивших завершенные суициды имели соматическую патологию, причем как среди мужчин, так и среди женщин превалировали заболевания ЦНС (32,4—20,8 %) и онкологическая патология (24,6—21,7 %). Частота самоубийств у мужчин и женщин с онкологическими заболеваниямив 1,9 и 1,6 раза выше, чем у здоровых. Так, 50 % больных раком мужчин, которые совершили суицид, покончили с собой в течение года после установления диагноза. У 70 % женщин, больных раком, которые совершили завершенные самоубийства, диагностировался рак молочной железы или половых органов. Данные D. Harwood et al. (2006) указывают, что соматические заболевания, межличностные проблемы и утрата близких являются наиболее частыми факторами риска суицида у пожилых. Н. В. Кононучук (1990) доказала, что одним из факторов, способствующих появлению повторных суицидальных попыток, является наличие в анамнезе пациента тяжелых соматических заболеваний.

С целью выявления соматической патологии у суицидентов нами были проанализированы 537 актов судебно-медицинского вскрытия лиц, совершивших завершенные самоубийства, в Иркутске в 2005—2007 гг. (426 мужчин, 111 женщин). Половозрастная структура сопутствующих заболеваний суицидентов представлена в таблице 26.

Таблица 26

Половозрастная структура сопутствующих заболеваний у суицидентов Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., %)

Возраст	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	2	0,7	2	1,1	-	-
15—19 лет	3	1,1	-	-	3	3,7
20—29 лет	26	9,5	20	10,4	6	7,4
30—39 лет	20	7,3	16	8,3	4	4,9
40—49 лет	39	14,3	28	14,6	11	13,6
50—59 лет	54	19,8	44	22,9	10	12,3
60—69 лет	40	14,7	24	12,5	16	19,8
70 лет и старше	89***	32,6	58***	30,2	31***	38,3
Всего	273	100,0	192	100,0	81	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Сопутствующие заболевания выявлены в 237 случаях (50,8 %), причем соматическая патология чаще отмечена у женщин (81 – 73,0 %), чем у мужчин-суицидентов (192 – 45,1 %) (p<0,001). Наибольшая доля лиц, совершивших завершенные суициды, находилась в возрасте 70 лет и старше (32,6 %), далее следовали возрастные группы 50—59, 60—69, 40—49 лет (19,8, 14,7 и 14,3 %), т. е. 81,4 % лиц, имеющих соматическую патологию, были в возрасте 40 лет и старше. Статистически значимых различий представленности сопутствующей патологии в различных возрастных интервалах в зависимости от половой принадлежности суицидентов не выявлено.

Таблица 27

Структура сопутствующих заболеваний у лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг. (абс., %)

Сопутствующие заболевания	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	129	47,3	92	47,9	37	45,7
Заболевания печени	45	16,5	38	19,8	7	8,7
Заболевания почек	20	7,3	16	8,4	4	4,9
Заболевания легких	15	5,5	12	6,3	3	3,7
Неврологические заболевания	10	3,7	6	3,1	4	4,9
Заболевания ЖКТ	13	4,8	10	5,2	3	3,7
Артериальная гипертензия	13	4,8	4	2,1	9	11,1
Заболевания эндокринной системы	8	2,9	2	1,0	6	7,4
Онкологические заболевания	11	4,0	10	5,2	1	1,2
Гинекологические заболевания	7	2,5	-	-	7	8,7
Заболевания костно-мышечной системы	2	0,7	2	1,0	-	-
Всего	273	100,0	192	100,0	81	100,0

Анализ структуры сопутствующей патологии суицидентов Иркутска выявил, что наибольшая доля приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы (47,3 %) (табл. 27).

Далее следовали заболевания печени (16,5 %) и почек (7,3 %). У мужчин-суицидентов наблюдалась аналогичная картина: чаще всего отмечались сердечно-сосудистые заболевания (47,9 %), реже – заболевания печени (19,8 %) и почек (8,4 %). У женщин также превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы (45,7 %), второе место занимала артериальная гипертензия (11,1 %), третье место разделили между собой болезни печени и гинекологические заболевания (по 8,7 %).

Таким образом, соматическая патология встречалась в 50,8 % случаев завершенных суицидов, совершенных в Иркутске в 2005—2007 гг. Достоверно чаще соматическими заболеваниями страдали женщины-суицидентки ($p<0,001$). Наибольшая доля суицидентов с соматической патологией приходилась на возраст 70 лет и старше. В структуре сопутствующих расстройств наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, у мужчин еще и заболевания почек, а у женщин – артериальная гипертензия и гинекологические заболевания.

3.4.2. Психическая патология лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг.

Больные, страдающие психическими расстройствами, традиционно относятся к группе повышенного риска суицидального поведения. Так, B. Rorsman (1973) считает, что суицидальный риск выше у психически больных, чем в популяции в целом. Около 50 % индивидов, совершивших суицид, уже имели контакт или находились в текущем контакте со службой психиатрической помощи. J. J. Mann (1998) показал, что у 90 % суицидентов имели место серьезные психические расстройства.

По А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко (1980), суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере, в 35 раз выше, чем в общей популяции; при МДП – в 48 раз, а при реактивной депрессии – в 100 раз. S. Saha et al. (2007) проанализировали 7 популяционных изучений суицидентов, где показано, что лица, страдающие шизофренией, имели в 12 раз выше риск самоубийства по сравнению с общей популяцией. Исследования Р. Г. Липанова (1980) показали, что в группе душевнобольных и перенесших психозы суициды совершаются

в 26 раз чаще, чем среди лиц без психозов. В литературе немного работ, посвященных суицидам психически больных, их нозологической принадлежности, особенностям пресуицидального поведения, хотя именно эти сведения могут повысить эффективность профилактики самоубийств у данной категории суицидентов.

Нами были изучены 537 случаев самоубийств, которые были совершены жителями Иркутска за 2005—2007 гг. По результатам исследования каждого случая была создана база данных, которая включала сведения о суициденте: пол, возраст, дата совершения самоубийства, присутствие алкоголя в крови трупа, способ суицида. Из данной базы были отобраны лица (первая группа), которые на протяжении жизни обращались за консультацией врача-психиатра, состояли на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере и которым был установлен психиатрический диагноз – 61 чел. (36 мужчин, 25 женщин) (11,4 % от всех суицидентов). Тем самым подтвердились данные исследователей о том, что психически больные, которые находятся под диспансерным наблюдением в государственной психиатрической службе, составляют от 5 до 14,7 % общей численности лиц, совершивших суицид. Вторую группу составили лица, совершившие законченный суицид и не обращавшиеся на протяжении жизни за психиатрической помощью – 476 чел. (390 мужчин, 86 женщин). Суициденты обеих групп были сопоставлены по вышеперечисленным показателям базы данных.

Средний возраст психически больных, совершивших самоубийство в 2005—2007 гг., составил 39,9±12,4 года (мужчины – 31,0±11,8 года, женщины – 52,8±13,1 года). Психически больные женщины совершают самоубийства в более старшем возрасте, нежели мужчины ($t=6,69$; $p<0,001$). Следует отметить, что средний возраст суицидентов, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, оказался большим, чем в группе психически больных суицидентов – 45,7±13,6 года (мужчины – 40,2±10,4 года, женщины – 57,6±14,2 года). Среди мужчин обеих групп превалировали лица до 50 лет – 72,2 и 66,7 %, а большинство женщин, совершивших суициды, в обеих группах были старше 50 лет – 64,0 и 55,8 %.

В таблице 28 показано различие между соотношением мужчин и женщин в группе лиц, которые страдали психическими расстройствами и обращались за психиатрической помощью, а также в группе лиц, о которых таких сведений получить не удалось. В первой группе это соотношение составляло 1,4:1, а во второй – 4,5:1.

Следует констатировать, что мужчины в 4,5 раза чаще совершали самоубийства, чем женщины, в группе лиц, которые никогда не обращались за медицинской помощью к психиатрам. Психическое заболевание нивелирует половые различия в суицидальном поведении – соотношение мужчин к женщинам снижается до 1,4:1.

Таблица 28

Половозрастной состав суицидентов Иркутска за 2005—2007 гг.

Возраст, лет	Суициденты, находившиеся под диспансерным наблюдением (n=61)						Суициденты, не обращавшиеся за психиатрической помощью (n=476)					
	Мужчины		Женщины		Оба пола		Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15—49	26	72,2	9	36,0	35	57,4	260	66,7	38	44,2	298	62,6
50 и более	10	27,8	16	64,0	26	42,6	128	32,8	48	55,8	176	37,0
Не указан	-	-	-	-	-	-	2	0,5	-	-	2	0,4
Всего	36	100,0	25	100,0	61	100,0	390	100,0	86	100,0	476	100,0

При сравнении способов совершения самоубийств (табл. 29) выявлено, что в группе суицидентов с установленным психиатрическим диагнозом повешение встретилось в 49,2 % случаев; отравление медикаментами, уксусной кислотой и другими химическими жидкостями – в 29,5 %; падение с высоты – в 14,8 %, другие способы (колото-резаные раны, огнестрельные ранения, железнодорожная травма) колебались от 1,6 до 3,3 %.

Таблица 29

Способы совершения суицидов в Иркутске за 2005—2007 гг.

Способ суицида	Суициденты, находившиеся под диспансерным наблюдением (n=61)						Суициденты, не обращавшиеся за психиатрической помощью (n=476)					
	Мужчины		Женщины		Оба пола		Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	23	63,9	7	28,0	30	49,2**	299	76,7	40	46,5	339	71,2**
Отравление	5	13,9	13	52,0	18	29,5*	51	13,1	28	32,5	79	16,6*
Падение с высоты	6	16,6	3	12,0	9	14,8*	10	2,6	14	16,3	24	5,0*
Резаные раны	-	-	1	4,0	1	1,6	13	3,3	2	2,3	15	3,2
Огнестрельные раны	1	2,8	-	-	1	1,6	17	4,3	-	-	17	3,6
Железнодорожная травма	1	2,8	1	4,0	2	3,3	-	-	1	1,2	1	0,2
Другие способы	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	0,2
Всего	36	100,0	25	100,0	61	100,0	390	100,0	86	100,0	476	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01.*

У лиц, совершивших суицид и не обращавшихся за психиатрической помощью, также превалировало повешение – 71,2 %, значительно реже встречались медикаментозные отравления – 16,6 %, падение с высоты – 5 %, другие способы – от 0,2 до 3,6 %. В группе лиц, не обращавшихся за психиатрической помощью чаще, чем в первой группе, наблюдалось повешение (p<0,01) и реже встречались отравления (p<0,05) и падения с высоты (p<0,05).

Анализ приема алкоголя при совершении завершенных суицидов показал, что 63,9 % суицидентов, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, и 34,4 % суицидентов, состоящих на учете у психиатра, находились в состоянии алкогольного опьянения (χ^2=18,4; p=0,0005). Как у мужчин (66,7 и 47,2 %) (χ^2=4,65; p=0,03), так и у женщин (51,2 и 16,0 %) (χ^2=8,37; p=0,005) большее число суицидентов, находившихся в алкогольном опьянении, наблюдалось в группе не обращавшихся за психиатрической помощью. Таким образом, прием алкоголя облегчает совершение суицида у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, и не оказывает такого влияния на суицидальное поведение у суицидентов с психическими расстройствами.

Синдромологически состояние психически больных, совершивших завершенные суициды, следующее. У 42,6 % выявлялись депрессивные синдромы, с несколько меньшей частотой выявлялись бредовые – 34,4 % (p>0,05) и психопатоподобные – 18,1 % (χ^2=7,6; p<0,01) синдромы. Наименьшее число пациентов имели невротические синдромы – 4,9 % (χ^2=21,6; p<0,001).

Анализ суицидентов (n=61), находящихся под диспансерным наблюдением, показал, что максимум суицидов совершен пациентами с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20—29) – 25 чел. (41 %). Вторая по частоте группа состоящих под наблюдением психиатра и совершивших суицид – органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00—09) – 16 чел. (26,2 %). Группу с аффективными расстройствами (F30—39) составили 9 чел. (14,8 %). Пациенты с психическими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (F10—19), расстройствами личности (F60—69) и невротическими (F40—48) составили малую часть группы – 9,8, 4,9 и 1,6 %.

Для сопоставления больных, совершивших самоубийство, с популяцией психически больных города была набрана контрольная группа. Она представляла собой случайную выборку из 50 больных, которые находятся на учете в психиатрической службе города и на время обследования не осуществили завершенный суи-

цид. В группе психически больных, совершивших суицид, и контрольной группе были представлены расстройства следующей нозологической принадлежности: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – по 25 чел.; органические, включая симптоматические, психические расстройства – по 16 чел.; аффективные расстройства – 9 чел. Пациенты с другими нозологиями не сравнивались из-за малочисленности наблюдений. Сопоставление проводилось по показателям, выражавшим высокую вероятность проявления суицидальной активности у психически больных (табл. 30).

Таблица 30

Показатели высокой вероятности суицидальной активности

Показатель	Шизофрения		Органические расстройства		Аффективные расстройства	
	Суициды (n=25)	Контроль (n=25)	Суициды (n=16)	Контроль (n=16)	Суициды (n=9)	Контроль (n=9)
Частота госпитализаций в дневной стационар	0,68	2,48**	0,76	2,94**	0,78	4,22*
Частота госпитализаций в психиатрическую больницу	6,8	9,6	3,38	8,56***	3,33	8,67***
Частота госпитализаций в ПБ в последние 12 месяцев	0,68	1,12**	0,56	0,94***	0,33	0,67
Частота посещений участкового психиатра в последние 12 месяцев	3,76	6,96**	2,69	2,69	2,0	2,89
Возраст начала заболевания, лет	31,5± 11,3	26,9± 11,1	25,3± 19,4	24,1± 11,9	42,5± 13,3	43,7± 9,8
Продолжительность заболевания, лет	17,0± 9,2	16,7± 9,5	7,5± 14,2	8,7± 9,3	7,6± 6,3	11,1± 6,6
Длительность диспансерного наблюдения, лет	12,3± 2,1	16,6± 3,6	8,2± 4,5	9,9± 5,2	6,9± 3,1	9,5± 3,7
Повторные суицидальные попытки, %	52,0*	20,0	31,3**	18,8	44,4**	22,2

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Больные, совершившие самоубийство, реже госпитализировались в психиатрическую больницу и дневной стационар на протяжении жизни, реже посещали участкового психиатра, реже госпитализировались в психиатрическую больницу на протяжении последних 12 месяцев жизни по сравнению с контрольной группой.

Средний возраст начала заболевания отличался лишь в группах больных шизофренией: у пациентов, совершивших суицид, заболевание начиналось в среднем на 4,5 года позже, чем в контрольной группе. Продолжительность заболевания отличалась

только в группе аффективных расстройств: у суицидентов средний срок заболевания был на 3,5 года меньше, чем в контрольной группе. Длительность диспансерного наблюдения при всех нозологиях была меньшей у психически больных, совершивших суицид, по сравнению с контрольной группой в среднем на 1,5–4 года. Предшествующие суицидальные действия психически больных, совершивших суицид, наблюдались достоверно чаще, чем в контрольной группе (p<0,01), такая же картина наблюдается у больных шизофренией (p<0,05).

По полученным данным можно сделать следующие выводы.

1. Лишь 11,4 % суицидентов Иркутска находились под диспансерным наблюдением в государственной психиатрической службе, что говорит о необходимости совершенствования суицидологической службы.

2. Средний возраст психически больных, совершивших суицид, оказался меньшим, чем в группе суицидентов, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью.

3. Отмечается преобладание мужчин как среди психически больных суицидентов, так и среди самоубийц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью.

4. Психические заболевания нивелируют половые различия в суицидальном поведении.

5. Алкогольное опьянение облегчает совершение суицида у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, и не оказывает такого влияния на суицидальное поведение у психически больных суицидентов.

6. Наибольшее количество суицидов среди психически больных приходится на пациентов, страдающих шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами.

Результаты исследований, изложенные в главе 3, свидетельствуют о сложившейся в Иркутской области за анализируемый период неблагоприятной суицидальной ситуации. Уровни завершенных суицидов достигли сверхвысоких показателей, превышая аналогичные показатели как в Сибирском федеральном округе, так и в России. Общепринята точка зрения, что наибольшей суицидальной активностью обладают периоды социальных потрясений и их последствия: экономическая депрессия, высокий уровень безработицы, ломка общественных стереотипов, неуверенность в завтрашнем дне. Именно такие составляющие социального кризиса приходятся на анализируемый период времени.

Иркутская область представляет собой регион с очень низким уровнем здоровья и крайне низким уровнем качества жизни населения, неблагоприятной эколого-гигиенической ситуацией. Лишь с 2008 г. в Иркутской области наблюдается минимальный естественный прирост населения (в 2008—2010 гг. прирост составлял 0,8—1,3 на 1 тысячу населения). Отрицательное сальдо миграции осложняет и без того неблагоприятную демографическую ситуацию в Иркутской области, ухудшает качественный состав трудовых резервов региона. Последние 10 лет область ежегодно теряла 4—6 тысяч человек, что также обусловливает снижение численности населения региона.

Важнейшее значение в суицидальном поведении населения играет медицинская детерминанта. Среди сопутствующих соматических заболеваний, обнаруженных среди суицидентов, основное место занимали сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени и почек, артериальная гипертензия. Наиболее часто соматическая патология наблюдалась у лиц 70 лет и старше, причем у женщин чаще, чем у мужчин.

Важным фактором медицинского риска при завершенных суицидах являлись психические заболевания: шизофрения, органические психические расстройства, расстройства личности, аффективные расстройства и расстройства, связанные с употреблением ПАВ. Наибольшее количество суицидов среди психически больных приходилось на пациентов, страдающих шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами. Небольшая представленность среди лиц, совершивших законченные суициды, случаев алкоголизма и наркоманий при высоком уровне смерти от суицидов в состоянии алкогольного опьянения можно объяснить недостаточным уровнем выявления этой патологии среди населения. Небольшой удельный вес аффективных расстройств также, вероятно, объясняется низким уровнем диагностики данной патологии.

Большое значение в предупреждении суицидального поведения играет уровень оказания медицинской помощи в регионе. Иркутская область характеризуется низким уровнем данного показателя, в том числе уровнем оказания психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи. Сложившаяся в настоящее время в Иркутской области схема работы по коррекции суицидального поведения представляется недостаточно эффективной и не соответствующей актуальности данной проблемы.

На самом деле самоубийство случается сравнительно редко и происходит в результате сочетания факторов, из которых ненависть к себе – далеко не единственный.

Карен Хорни

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКА

4.1. Социально-демографические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки, в Иркутске за 2005—2007 гг.

Одной из острейших медико-социальных проблем общества, требующей к себе пристального внимания, являются самоубийства и покушения на самоубийства. Это связано со стабильно высокими показателями суицидального поведения, особенно среди лиц молодого и трудоспособного возраста. В России число завершенных суицидов превышает мировое в 2,2 раза, наша страна занимает второе место по этому показателю. Особого внимания заслуживают суицидальные попытки, так как в мире ежегодно их совершают 10—20 млн человек, от 20 до 60 % из которых в течение 3 лет повторяют покушение на самоубийство.

Имеющаяся в литературе информация о частоте и причинах парасуицидов остается довольно ограниченной, что обусловлено тем, что значительная часть лиц, совершивших суицидальные попытки, выпадает из поля зрения медицинских работников. Учреждения общемедицинского профиля, оказывающие медицинскую помощь суицидентам, довольно часто квалифицируют суицидальную попытку как несчастный случай. Данные о количестве суицидальных попыток в Иркутской области до последнего времени отсутствовали. Настоящее исследование является первой попыткой дать объективный анализ суицидального поведения в Иркутской области.

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди населения Иркутска за 2005—2007 гг. Использовались данные городской станции скорой и неотложной помощи (ГССМП) Иркутска, областного токсикологического центра, областной клинической психиатрической больницы № 1.

Динамика суицидальных попыток за 3 года (2005—2007 гг.) в Иркутске представлена в таблице 31.

Таблица 31

Распространенность суицидальных попыток среди жителей Иркутска в 2005—2007 гг.

	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Среднее многолетнее	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Мужчины	507	195,0	562	217,2	517	199,8	528	204,0
Женщины	633	199,0	637	204,1	692	218,3	654	207,1
Всего	1140	197,2	1199	210,0	1209	210,0	1182	205,7

За анализируемый период было зарегистрировано 3 548 суицидальных попыток, что составило 197,2—210,0 на 100 тысяч населения. Ввиду того, что данные о количестве суицидальных попыток по Иркутску за предыдущие годы отсутствуют, можно лишь констатировать факт стабильно высоких значений суицидальных попыток за 2005—2007 гг.

При сравнении распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток за 2005—2007 гг. (табл. 32) оказалось, что динамика их соотношения представлена как 1:5,9, 1:6,6 и 1:7,5.

Таблица 32

Сравнительная динамика завершенных суицидов и суицидальных попыток в Иркутске в 2005—2007 гг.

Характер суицида	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч населения	абс.	на 100 тысяч населения	абс.	на 100 тысяч населения
Завершенные суициды	194	33,4	182	31,5	161	28,0
Суицидальные попытки	1140	197,2	1199	210,0	1209	210,0

Анализ соотношения лиц, совершивших суицидальные попытки, в зависимости от пола показал, что за анализируемый период наблюдалось преобладание женщин (от $z=2,995$; $p<0,01$ до $z=7,04$; $p<0,001$) (табл. 33).

Таблица 33

Частота суицидальных попыток у лиц разного пола (абс., %)

Группа населения	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	507	44,5	562	46,9	517	42,8
Женщины	633***	55,5	637**	53,1	692***	57,2
Оба пола	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.*

Анализ возрастного аспекта суицидентов в динамике (табл. 34) показал, что за 3-летний период (2005—2007 гг.) наиболее высокие показатели наблюдались в группе 15—19 лет (от 408,2 на 100 тысяч населения до 521,1 на 100 тысяч населения) (p<0,001).

Таблица 34

Распространенность суицидальных попыток среди различных возрастных групп населения Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., на 100 тыс.)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Средние многолетние показатели	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
10—14 лет	16	51,0	26	70,0	17	56,8	19	59,3
15—19 лет	193	408,2	206	521,1	193	466,0	197*	465,1
20—29 лет	445	358,2	469	379,4	469	380,3	461	372,6
30—39 лет	234	277,7	238	276,1	254	286,6	242	280,1
40—49 лет	130	162,1	138	176,1	137	179,1	135	172,4
50—59 лет	67	93,4	70	96,3	77	105,3	71	98,3
60—69 лет	25	59,7	25	59,7	29	69,6	26	63,0
70 и старше	30	79,4	27	69,6	33	82,1	30	77,0
Всего	1140	197,2	1199	210,0	1209	210,0	1181	205,7

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,001.*

Изучение динамики распространенности суицидальных попыток у мужчин за период 2005—2007 гг. (табл. 35) показало, что стабильно высокие показатели отмечались в возрастной группе 20—29 лет (372,2—424,1 на 100 тысяч населения).

Таблица 35

Распространенность суицидальных попыток среди различных возрастных групп мужчин Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., на 100 тыс.)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Средние многолетние показатели	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
10—14 лет	7	43,5	11	66,5	7	48,4	8	52,8
15—19 лет	68	286,3	74	329,1	64	308,0	68	307,8
20—29 лет	219	372,2	249	424,1	223	379,4	230*	391,9
30—39 лет	121	300,6	119	290,6	130	309,7	123	300,3
40—49 лет	48	134,0	64	182,4	42	122,2	51	146,2
50—59 лет	24	81,6	28	94,3	27	90,6	26	88,8
60—69 лет	12	79,4	11	73,0	15	99,4	13	83,9
70 и старше	8	77,6	6	56,8	9	80,0	8	71,5
Всего	507	195,0	562	217,2	517	199,8	527	204,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,001.*

Реже попытки самоубийства предпринимались в возрасте 15—19 лет (286,3—329,1 на 100 тысяч населения) и 30—39 лет (290,6—309,7 на 100 тысяч населения) (p<0,001). В каждой следующей возрастной группе анализируемый показатель снижался в 1,5—3 раза вплоть до своего минимума среди лиц 70 лет и старше (56,8—80,0 на 100 тысяч населения). Наиболее редкими попытки самоубийства были в группе 10—14-летних юношей (43,5—66,5 на 100 тысяч населения).

У женщин в 2005—2007 гг. максимальные интенсивные показатели частоты суицидальных попыток отмечались среди девушек 15—19 лет (531,3—774,3 на 100 тысяч населения) (p<0,001) (табл. 36). В возрастной группе 20—29 лет этот показатель составил 339,1—381,2 на 100 тысяч населения. В каждой следующей возрастной группе анализируемый показатель снижался в 1,4—2,2 раза вплоть до своего минимума среди лиц 60—69 лет (48,6—52,7 на 100 тысяч населения), несколько возрастал среди лиц старше 70 лет (74,5—82,8 на 100 тысяч населения).

Таблица 36

Распространенность суицидальных попыток среди различных возрастных групп женщин Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., на 100 тыс.)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Средние многолетние показатели	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
10—14 лет	9	58,9	15	72,7	10	65,8	11	65,8
15—19 лет	125	531,3	132	774,3	129	625,1	129***	643,6
20—29 лет	226	345,6	220	339,1	246	381,2	231	355,3
30—39 лет	113	256,8	119	263,0	124	265,7	119	261,8
40—49 лет	82	184,7	74	171,0	95	225,5	84	193,7
50—59 лет	43	101,5	42	97,7	50	115,4	45	104,9
60—69 лет	13	48,6	14	52,2	14	52,7	13	51,2
70 и старше	22	80,0	21	74,5	24	82,8	22	79,1
Всего	633	199,0	637	204,1	692	218,3	654	207,1

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Сравнение уровней суицидальных попыток у мужчин и женщин по возрастным интервалам показало следующее (табл. 37). В возрасте 20—29, 30—39 и 60—69 лет превалировали показатели мужских суицидальных попыток, но лишь в двух первых группах значения достигали статистически значимых различий (χ^2=8,15; p<0,01 и χ^2=4,43; p<0,05). В возрасте 70 лет и старше частота парасуицидов у мужчин и женщин была практически одинаковой

(71,5 и 79,1 на 100 тысяч населения). В возрасте 10—14, 15—19, 40—49 и 50—59 лет наблюдалось превышение показателей суицидальных попыток у женщин, но лишь в интервале 15—19 лет это преимущество было наиболее статистически значимым (χ^2=26,65; p<0,001). Таким образом, наиболее уязвимой возрастной группой в отношении совершения суицидальных попыток является молодежь 15—29 лет, причем самый высокий показатель суицидов отмечается у девушек 15—19 лет.

Таблица 37

Сравнение средних многолетних показателей суицидальных попыток в зависимости от пола за 2005—2007 гг.

Возраст	Средние многолетние показатели (мужчины)		Средние многолетние показатели (женщины)	
	абс.	на 100 тысяч населения	абс.	на 100 тысяч населения
10—14 лет	8	52,8	11	65,8
15—19 лет	68***	307,8	129	643,6
20—29 лет	230**	391,9	231	355,3
30—39 лет	123*	300,3	119	261,8
40—49 лет	51	146,2	84	193,7
50—59 лет	26	88,8	45	104,9
60—69 лет	13	83,9	13	51,2
70 лет и старше	8	71,5	22	79,1
Всего	527	204,0	654	207,1

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Таблица 38

Динамика возрастной структуры лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	16	1,4	26	2,2	17	1,4
15—19 лет	193	16,9	206	17,2	193	16,0
20—29 лет	445***	39,0	469***	39,1	469***	38,8
30—39 лет	234	20,6	238	19,8	254	21,0
40—49 лет	130	11,4	138	11,5	137	11,3
50—59 лет	67	5,9	70	5,8	77	6,4
60—69 лет	25	2,2	25	2,1	29	2,4
70 и старше	30	2,6	27	2,3	33	2,7
Всего	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Изучение возрастной структуры лиц, совершивших суицидальные попытки в 2005—2007 гг., показало, что самая большая доля суицидальных попыток приходится на возраст 20—29 лет (38,8 и 39,1 %), меньше составляли доли 30—39-летних (19,8 и 21,0 %),

15—19-летних (16,0 и 17,2 %), 40—49-летних (11,3 и 11,5 %) (p<0,001) (табл. 38). Таким образом, большинство совершивших покушение на самоубийство на протяжении 3 лет были лица до 50 лет: 2005 г. – 87,9 %, 2006 г. – 87,6 %, 2007 г. – 87,1 %. В возрасте до 15 лет и после 50 лет доля суицидальных попыток резко снижается.

Анализ возрастной структуры лиц, совершивших покушение на самоубийство, в зависимости от пола показал следующее. Наибольшую долю среди мужчин, предпринявших суицидальные попытки, составляли лица 20—29 лет (43,1 и 44,3 %) (p<0,001) (табл. 39). Второе место занимала группа 30—39 лет (21,2 и 25,1 %). Далее следовали возрастные группы 15—19 лет (12,4 и 13,4 %) и 40—49 лет (8,1 и 11,4 %). Суициденты в возрасте старше 70 лет, а также дети до 15 лет были представлены наименьшими долями (от 1,1 до 2,0 %).

Таблица 39

Возрастная структура мужчин, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	7	1,4	11	2,0	7	1,4
15—19 лет	68	13,4	74	13,1	64	12,4
20—29 лет	219***	43,2	249***	44,3	223***	43,1
30—39 лет	121	23,9	119	21,1	130	25,1
40—49 лет	48	9,5	64	11,4	42	8,1
50—59 лет	24	4,7	28	5,0	27	5,2
60—69 лет	12	2,4	11	2,0	15	2,9
70 и старше	8	1,5	6	1,1	9	1,8
Всего	507	100,0	562	100,0	517	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Самая большая доля женщин, совершивших суицидальные попытки, также приходилась на 20—29-летний возрастной интервал (34,5 и 35,7 %) (p<0,001) (табл. 40). Примерно одинаково часто суицидальные попытки предпринимались женщинами 15—19 лет (18,6 и 20,7 %), 30—39 лет (17,9 и 18,7 %) и 40—49 лет (11,6 и 13,7 %). Доля других возрастных групп среди всех женщин с суицидальными попытками варьировала от 2,0 до 7,2 %.

По социальному положению лица, совершившие парасуициды, распределились следующим образом (табл. 41): первое место занимали безработные (41,5 и 48,4 %), затем рабочие и служащие (23,3 и 26,8 %), студенты и учащиеся (13,4 %), инвалиды (7,1 и 9,1 %) и пенсионеры (3,0 и 4,3 %).

Таблица 40

Возрастная структура женщин, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	9	1,4	15	2,4	10	1,5
15—19 лет	125	19,7	132	20,7	129	18,6
20—29 лет	226***	35,7	220***	34,5	246***	35,6
30—39 лет	113	17,9	119	18,7	124	17,9
40—49 лет	82	12,9	74	11,6	95	13,7
50—59 лет	43	6,8	42	6,6	50	7,2
60—69 лет	13	2,1	14	2,2	14	2,0
70 и старше	22	3,5	21	3,3	24	3,5
Всего	633	100,0	637	100,0	692	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таблица 41

Социальный состав лиц, совершивших суицидальные попытки, за 2005—2007 в Иркутске (абс., %)

Социальный состав	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безработные	546	47,9	580	48,4	502	41,5
Служащие	220	19,3	231	19,2	277	22,9
Рабочие	70	6,1	91	7,6	126	10,4
Студенты	92	8,1	92	7,7	121	10,0
Школьники	60	5,3	68	5,7	41	3,4
Пенсионеры	48	4,2	52	4,3	36	3,0
Инвалиды	104	9,1	85	7,1	106	8,8
Всего	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

Таблица 42

Социальный состав лиц мужского пола, совершивших суицидальные попытки, за 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Социальный состав	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безработные	264**	52,1	285**	50,7	217**	42,0
Рабочие и служащие	126	24,9	161	28,6	196***	38,0
Студенты	34	6,7	31	5,5	14	2,7
Школьники	17	3,3	20	3,6	13	2,5
Пенсионеры	16	3,1	18	3,2	14	2,7
Инвалиды	50	9,9	47	8,4	63	12,1
Всего	507	100,0	562	100,0	517	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01, *** – p<0,001.*

Среди мужчин, совершивших суицидальные попытки, на протяжении 2005—2007 гг. также преобладали безработные, однако их количество уменьшилось с 52,1 % в 2005 г. до 42,0 % в 2007 г.

(z=3,175; p=0,001). Далее следовали рабочие и служащие, их число увеличилось с 24,9 % в 2005 г. до 38,0 % в 2007 г. (z=4,44; p<0,001). Обращает на себя внимание значительный процент инвалидов по психическим и соматическим заболеваниям (8,4 и 12,1 %) (табл. 42).

Среди женщин, совершивших парасуициды на протяжении 3 лет, также преобладали безработные (44,5, 46,3 и 41,2 %). Далее следовали служащие и рабочие (25,9, 25,2 и 29,9 %). Отмечено увеличение доли студенток (с 9,2 % в 2005 г. до 15,5 % в 2007 г.) (z=3,38; p<0,001). Количество инвалидов (6,0 и 8,5 %) и пенсионеров (3,2 и 5,1 %) оставалось стабильно невысоким (табл. 43).

Таблица 43

Социальный состав лиц женского пола, совершивших суицидальные попытки, за 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Социальный состав	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безработные	282***	44,5	295***	46,3	285***	41,2
Служащие	146***	23,1	141***	22,1	179***	25,9
Рабочие	18	2,8	20	3,1	28	4,0
Студенты	58*	9,2	61	9,6	107***	15,5
Школьники	43	6,8	48	7,5	28	4,0
Пенсионеры	32	5,1	34	5,4	22	3,2
Инвалиды	54	8,5	38	6,0	43	6,2
Всего	633	100,0	637	100,0	692	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таким образом, к группам риска можно отнести безработных и рабочих и служащих, среди которых отмечалась наибольшая частота суицидальных попыток.

Анализ образовательного уровня лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. показал (табл. 44), что суициденты чаще имели среднеспециальное (от 32,0 до 36,3 %) и неполное среднее (26,2 и 30,9 %) образование. Среднее образование имели примерно четверть суицидентов (20,5 и 26,1 %). Достоверных отличий образовательного статуса в зависимости от пола суицидентов найдено не было.

Изучение брачного статуса лиц, совершивших суицидальные попытки, показало, что 28,5 и 32,0 % суицидентов состояли в официальном или гражданском браке. Большинство пациентов не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (36,6 и 44,7 %), были разведены (14,9 и 17,5 %) либо овдовели (9,5 и 13,9 %) (табл. 45). Статистически достоверных различий по семейному положению в зависимости от пола не выявлено.

Таблица 44

Образовательный уровень лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Образование	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	104	9,1	114	9,5	133	11,0
Незаконченное высшее	29	2,6	19	1,6	21	1,7
Среднеспециальное	365	32,0	435	36,3	405	33,6
Среднее	298	26,1	301	25,1	248	20,5
Неполное среднее	323	28,3	314	26,2	374	30,9
Начальное	21	1,9	16	1,3	28	2,3
Всего	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

Таблица 45

Брачный статус лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Брачный статус	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
В браке	325	28,5	361	30,1	387	32,0
Холостые	509	44,7	532	44,4	443	36,6
Разведены	170	14,9	192	16,0	211	17,5
Вдовые	136	11,9	114	9,5	168	13,9
Всего	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

Изучение способов покушений на самоубийство имеет большое значение при создании программ суицидологической превенции, особенно на местном уровне. Помимо факторов возраста и пола, на выбор способа самоубийства могут влиять и такие факторы, как степень летальности способа, истинность суицидального решения, особенности личности и культуры. Преимущественный способ суицида в различных странах имеет свои особенности. Так, в США в 2/3 случаев суицидов используется огнестрельное оружие, в Китае широко распространено отравление пестицидами, а в Австралии за последние 20 лет увеличилось число самоубийств через повешение. По данным отечественных авторов, самым частым способом суицидальных попыток явилось отравление, далее – нанесение самопорезов, падение с высоты, повешение.

Полученные данные подтверждают, что совершившие суицидальные попытки в 2005—2007 гг. наиболее часто прибегали к отравлению, в первую очередь медикаментозными препаратами (53,1 и 61,9 %) (z=19,64; <0,001), реже – к самопорезам (34,8 и 38,2 %) и повешению (2,8 и 4,5 %) (табл. 46).

Таблица 46

Способы совершения суицидальных попыток в Иркутске за 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ парасуицида	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравления	693	60,8	637	53,1	748	61,9	2078***	58,6
Резаные раны	397	34,8	458	38,2	398	32,9	1253***	35,3
Повешение	32	2,8	54	4,5	46	3,8	132	3,7
Другие методы	18	2,6	50	4,2	17	1,4	85	2,4
Итого	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0	3548	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

У мужчин в течение 3 лет доминировали самопорезы (50,3, 55,7 и 49,9 %) (z=7,60; p<0,001), реже встречались отравления (43,2, 31,5 и 42,0 %) и повешение (4,9, 7,5 и 6,6 %) (табл. 47). Другие способы парасуицидов (падение с высоты, огнестрельные ранения, утопление) наблюдались в 1,5 и 5,3 % случаев. Женщины наиболее часто в качестве способа суицида выбирали отравление (74,9, 72,2 и 76,7 %) (z=33,06; p<0,001), реже – наносили себе резаные раны (22,4, 22,8 и 20,3 %) и пытались повеситься (1,1, 1,9 и 1,7 %) (табл. 48). Попытки падения с высоты, падения под транспорт, самосожжения, утопления встречались в 1,3 и 3,1 %.

Таблица 47

Способы совершения суицидальных попыток у мужчин Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ парасуицида	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравления	219	43,2	177	31,5	217	42	613***	38,6
Резаные раны	255	50,3	313	55,7	258	49,9	826***	52,1
Повешение	25	4,9	42	7,5	34	6,6	101	6,4
Другие методы	8	1,6	30	5,3	8	1,5	46	2,9
Всего	507	100,0	562	100,0	517	100,0	1586	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таблица 48

Способы совершения суицидальных попыток у женщин Иркутска за 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ парасуицида	2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравления	474	74,9	460	72,2	531	76,7	1465***	74,6
Резаные раны	142	22,4	145	22,8	140	20,3	427	21,8
Повешение	7	1,1	12	1,9	12	1,7	31	1,6
Другие методы	10	1,6	20	3,1	9	1,3	39	2,0
Всего	633	100,0	637	100,0	692	100,	1962	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таким образом, структура способов покушения на самоубийство в нашей выборке сходна с данными, приводимыми в других российских исследованиях (Лопатин А. А., 2000; Сливко К. Ю., 2003; Панченко Е. А., 2006; Сахаров А. В., 2007; Говорин Н. В. и др., 2008).

Женщины достоверно чаще использовали такой способ суицида, как отравление (медикаментами, уксусной кислотой, средствами бытовой химии) – 74,6 %, 38,6 % – у мужчин (z=21,60; p<0,001). Мужчины чаще отдавали предпочтение нанесению колото-резаных ран – 52,1 %, 21,8 % – у женщин (z=18,736; p<0,001) и повешению – 6,4 %, 1,6 % – у женщин (z=7,398; p<0,001) (табл. 49).

Таблица 49

Способы совершения суицидальных попыток в Иркутске за 2005—2007 гг. в зависимости от пола (абс., %)

Способы суицидальных попыток	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравления	613	38,6	1465***	74,6	2078	58,6
Резаные раны	826***	52,1	427	21,8	1253	35,3
Повешение	101***	6,4	31	1,6	132	3,7
Другие методы	46	2,9	39	2,0	85	2,4
Всего	1586	100,0	1962	100,0	3548	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП (табл. 50).

Таблица 50

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках (абс., %)

Результат вызова	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оставлен(а) на месте	351	30,8	363	30,2	337	27,9
Травмпункт	129	11,3	139	11,6	130	10,7
Токсикологический центр	416	36,5	388	32,4	406	33,6
Соматические стационары	150	13,2	218	18,2	235	19,4
Психиатрический стационар	94	8,2	91	7,6	101	8,4
Всего	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0

В большинстве случаев требовалась токсикологическая помощь (36,5, 32,4 и 33,6 %). В психиатрическую больницу госпитализировано от 7,6 до 8,4 % пациентов. Для трети суицидентов достаточным оказалось оказание медицинской помощи по месту вызова бригад ГССМП. Эту группу, как правило, составляли лица с демонстративными попытками.

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках у мужчин и женщин были различными (табл. 51, 52).

Таблица 51

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках мужчин Иркутска (абс., %)

Результат вызова	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оставлен на месте	128	25,2	155	27,6	84	16,3
Травмпункт	88	17,4	91	16,1	74	14,3
Токсикологический центр	123	24,3	127	22,6	105	20,3
Соматические стационары	120	23,7	130	23,1	192	37,1
Психиатрический стационар	48	9,5	59	10,6	62	12
Всего	507	100,0	562	100,0	517	100,0

Таблица 52

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках женщин Иркутска (абс., %)

Результат вызова	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оставлена на месте	223	35,2	208	32,7	253	36,6
Травмпункт	41	6,5	48	7,5	56	8,1
Токсикологический центр	293	46,3	261	41,0	301	43,5
Соматические стационары	30	4,7	88	13,8	43	6,2
Психиатрический стационар	46	7,3	32	5,0	39	5,6
Всего	633	100,0	637	100,0	692	100,0

Женщины в 2,1—2,9 раза чаще мужчин госпитализировались в токсикологический центр (z=13,206; p<0,001) и в 1,3—3,0 раза чаще мужчин им оказывалась медицинская помощь на месте (z=7,616; p<0,001). Мужчинам с суицидальной попыткой в 1,3—2,1 раза чаще женщин оказывалась помощь в травмпунктах (z=8,009; p<0,001), они в 1,5—4,5 раза чаще женщин госпитализировались в стационары соматического (z=15,484; p<0,001) и психиатрического (z=5,068; p<0,001) (табл. 53) профиля.

Таблица 53

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках в Иркутске за 2005—2007 гг. в зависимости от пола (абс., %)

Результат вызова бригады ГССМП	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оставлен(а) на месте	367	23,1	684***	34,9	1051	29,6
Травмпункт	253***	16,0	145	7,4	398	11,2
Токсикологический центр	355	22,4	855***	43,6	1210	34,1
Соматические стационары	442***	27,9	161	8,2	603	17,0
Психиатрический стационар	169***	10,6	117	5,9	286	8,1
Всего	1586	100,0	1962	100,0	3548	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Таким образом, у мужчин чаще встречались серьезные суицидальные попытки, объективно требующие госпитализации в хирургические, реанимационные, психиатрические отделения.

Взаимосвязь самоубийств с алкоголизацией населения неоднозначна. По данным А. В. Немцова (2002), повышение среднедушевого потребления алкоголя на 1 литр добавляет 8 мужских самоубийств и 1 женское самоубийство на 100 тысяч населения соответствующего пола. Во многих странах Европы такой закономерности нет: во Франции, Испании при увеличении потребления алкоголя, напротив, наблюдается снижение уровня суицидов. Прием алкоголя может стать как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению. В. Ф. Войцех (2006, 2007) рассматривает алкоголизацию как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, а не как собственно причину роста самоубийств. Многочисленные работы, выполненные в различных регионах нашей страны, показывают, что примерно у 30 % суицидентов в крови обнаружен алкоголь. При изучении суицидальных попыток в Чите установлено, что 40,4 % (мужчины – 52,1 %, женщины – 36,3 %) были предприняты в алкогольном опьянении.

Значительное число лиц, предпринявших суицидальную попытку в Иркутске в 2005—2007 гг., находились в момент совершения в алкогольном опьянении (от 34,0 до 38,8 %) (табл. 54).

Таблица 54

Динамика структуры лиц, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, в Иркутске в 2005–2007 гг. (абс., %)

Контингент	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего суицидентов	1140	100,0	1199	100,0	1209	100,0
Из них в состоянии алкогольного опьянения	442	38,8	423	35,6	411	34,0
Мужчины	241***	47,5	230***	40,9	227***	43,9
Женщины	201	31,8	193	30,3	184	26,6

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

У мужчин, совершивших парасуициды, алкогольное опьянение встретилось в 40,9 и 47,5 %, у женщин – в 26,6 и 31,8 % (z=3,773—6,221; p<0,001).

Таким образом, проведенное исследование суицидальных попыток среди населения Иркутска свидетельствует о стабильно высоких показателях суицидальной активности. Среди лиц, предпринявших суицидальные попытки, преобладали женщины. Большинство лиц, совершивших парасуициды, находились в возрасте 15—29 лет. Группами риска в плане суицидальных попыток являются у женщин возрастная группа 15—19 лет, у мужчин – 20—29 лет. Группой риска являются безработные, однако у мужчин отмечается увеличение доли рабочих и служащих. Обращает на себя внимание достаточно значительный процент инвалидов по психическим и соматическим заболеваниям. Структура способов покушения на самоубийство остается традиционной для отечественных суицидентов. Наиболее распространенными способами суицидальных попыток явились отравление, нанесение самопорезов и повешение. У мужчин, совершивших суицидальные попытки, превалировали самопорезы, у женщин – отравление. Мужские парасуициды носили более серьезный характер и чаще требовали госпитализации. Более трети лиц, совершивших парасуициды, находились в состоянии алкогольного опьянения, причем мужчины – чаще. Полученные результаты позволят разработать превентивные меры, направленные на снижение суицидальной активности у лиц с суицидальными состояниями.

4.2. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар

Объектом исследования стали 463 пациента, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1 в 2004—2007 гг. Распределение в половом отношении: 254 мужчины (54,9 %) и 209 женщин (45,1 %).

Таблица 55

Распространённость суицидальных попыток среди населения Иркутска за 2004—2007 гг., повлекших госпитализацию в психиатрический стационар (абс., %)

Возраст	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	7	4,8	6	5,3	4	3,9	3	2,9	20	4,3
15—19 лет	21	14,5	15	13,3	16	15,5	14	13,7	66	14,3
20—29 лет	47	32,4	36	31,9	43	41,8	31	30,4	157	33,9
30—39 лет	32	22,1	27	23,9	18	17,5	18	17,6	95	20,5
40—49 лет	15	10,4	14	12,4	9	8,7	15	14,7	53	11,5
50—59 лет	16	11,0	8	7,1	10	9,7	12	11,8	46	9,9
60—69 лет	5	3,4	4	3,5	3	2,9	7	6,9	19	4,1
70 лет и старше	2	1,4	3	2,6	-	-	2	2,0	7	1,5
Итого	145	100,0	113	100,0	103	100,0	102	100,0	463	100,0

Анализ возрастной структуры суицидентов показал, что подростки до 20 лет составили 18,6 %; лица 20—29 лет – 33,9 %; 30—39 лет – 20,5 %; 40—49 лет – 11,4 %; 50—59 лет – 9,9 %; 60—69 лет – 4,1 %; старше 70 лет – 1,5 %. (табл. 55). Таким образом, лица трудоспособного возраста (мужчины 18—60 лет, женщины 18—55 лет) составили подавляющее большинство госпитализированных в больницу – 353 человека (76,2 %).

Распределение суицидентов по полу и возрасту за анализируемые 4 года оказалось следующим. Среди мужчин в структурном отношении наибольшая доля совершенных суицидальных попыток приходилась на лиц в возрасте 20—29 лет – 42,1 %, второе место занимала группа 30—39 лет – 20,1 % (z=5,26; p<0,001). Далее следовали группы 10—19 лет – 13,8 %, 40—49 лет – 10,2 %, 50—59 лет – 8,7 %. Доля других возрастных групп среди всех мужчин с суицидальными попытками варьировала от 1,2 до 3,9 % (табл. 56).

Таблица 56

Распространённость суицидальных попыток у мужчин Иркутска за 2004—2007 гг., повлекших госпитализацию в психиатрический стационар (абс., %)

Возраст	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	2	2,8	4	6,0	1	1,8	2	3,3	9	3,6
15—19 лет	9	12,5	5	7,5	8	14,6	4	6,7	26	10,2
20—29 лет	30	41,7	25	37,3	27	49,1	25	41,7	107***	42,1
30—39 лет	16	22,2	18	26,9	7	12,7	10	16,7	51***	20,1
40—49 лет	7	9,7	6	9,00	5	9,1	8	13,3	26	10,2
50—59 лет	6	8,3	5	7,5	6	10,9	5	8,3	22	8,7
60—69 лет	1	1,4	2	2,9	1	1,8	6	10,0	10	3,9
70 и старше	1	1,4	2	2,9	-	-	-	-	3	1,2
Всего	72	100	67	100	55	100	60	100	254	100

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Как оказалось, женщины наибольшее количество покушений на самоубийство совершали в 10—19 лет – 24,4 %, второе место занимала группа 20—29-летних женщин – 23,9 % (z=0,005; p=0,996). Далее следовали группы 30—39 лет – 21,1 %, 40—49 лет – 12,9 %, 50—59 лет – 11,5 %. Доля других возрастных групп среди женщин с суицидальными попытками была представлена от 1,9 до 5,3 % (табл. 57). Анализ частоты суицидальных попыток по 5-летним возрастным интервалам показал наибольшее число предпринятых суицидальных попыток у женщин в возрасте 15—19 лет (19,1 %), а у мужчин – в возрасте 20—24 года (23,6 %).

Таблица 57

Распространённость суицидальных попыток у женщин Иркутска за 2004—2007 гг., повлекших госпитализацию в психиатрический стационар (абс., %)

Возраст	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	5	6,8	2	4,3	3	6,3	1	2,4	11	5,3
15—19 лет	12	16,4	10	21,7	8	16,7	10	23,8	40**	19,1
20—29 лет	17	23,3	11	23,9	16	33,3	6	14,3	50**	23,9
30—39 лет	16	21,9	9	19,6	11	22,9	8	19,0	44**	21,1
40—49 лет	8	11,0	8	17,4	4	8,3	7	16,7	27	12,9
50—59 лет	10	13,7	3	6,5	4	8,3	7	16,7	24	11,5
60—69 лет	4	5,5	2	4,3	2	4,2	1	2,4	9	4,3
70 и старше	1	1,4	1	2,2	-	-	2	4,7	4	1,9
Всего	73	100,0	46	100,0	48	100,0	42	100,0	209	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,01.*

Анализ образовательного уровня суицидентов показал, что 25,7 % составили лица с высшим и незаконченным высшим образованием, 24,2 % – со среднеспециальным, среднее образование имели – 21,2 %, неполное среднее – 26,5 %; начальное образование либо не имели образования – 2,4 % (табл. 58). Статистически достоверной разницы по уровню образования в зависимости от пола суицидента не найдено. Это несколько отличается от данных других авторов, по которым образовательный ценз суицидентов невысок, а лица с высшим образованием не превышают 5—18 %.

Таблица 58

Образовательный уровень лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар в 2004—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Образование	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	26	17,9	18	15,9	14	13,6	24	23,5	82	17,7
Незаконченное высшее	9	6,2	11	9,7	11	10,7	6	5,9	37	8,0
Среднеспециальное	37	25,5	23	20,3	22	21,4	30	29,4	112	24,2
Среднее	29	20,0	21	18,6	26	25,2	22	21,6	98	21,2
Неполное среднее	39	26,9	36	31,9	30	29,1	18	17,6	123	26,5
Начальное	-	-	2	1,8	-	-	2	2,0	4	0,9
Нет образования	5	3,5	2	1,8	-	-	-	-	7	1,5
Итого	145	100	113	100	103	100	102	100	463	100

Несмотря на то что преобладающее большинство пациентов находились в трудоспособном возрасте, только 28,1 % были адаптированы в трудовом отношении, причем 4,3 % имели непостоянную работу с периодами безработицы. Неработающие составили 44,1 % (инвалиды – 26,8 %; учащиеся – 11,9 %; пенсио-

неры по возрасту – 3,7 %; неучащаяся молодежь – 1,7 %, а безработными были 27,8 %) (табл. 59).

Таблица 59

Социальный состав лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар в 2004—2007 гг. в Иркутске (абс., %)

Социальный состав	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Постоянная работа	46	31,7	23	20,4	27	26,2	14	13,7	110	23,8
Временная работа	7	4,8	5	4,4	3	2,9	5	4,9	20	4,3
Безработные	37	25,5	29	25,7	30	29,1	33	32,4	129	27,9
Учащиеся	19	13,1	13	11,5	11	10,7	12	11,8	55	11,9
Не учатся	2	1,4	2	1,8	3	2,9	1	1,0	8	1,7
Инвалиды	27	18,6	37	32,7	26	25,3	34	33,3	124	26,8
Пенсионеры	7	4,8	4	3,5	3	2,9	3	2,9	17	3,7
Итого	145	100,0	113	100,0	103	100,0	102	100,0	463	100,0

Наши данные соответствуют результатам других исследований, согласно которым суицидальное поведение встречается чаще у безработных, чем у работающих. Потеря работы порождает чувство социальной незащищенности, бедность, низкое социальное положение, неуверенность в завтрашнем дне, особенно если работа была потеряна внезапно. Статистической разницы в профессиональном статусе в зависимости от пола не найдено.

Таблица 60

Брачный статус лиц, совершивших суицидальные попытки в 2004—2007 гг. и госпитализированных в психиатрический стационар (абс., %)

Семейное положение	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
В браке	56	38,6	44	38,9	33	32,0	34	33,3	167	36,0
Не состояли в браке	68	46,9	47	41,6	50	48,6	45	44,1	210	45,4
Разведены	14	9,7	15	13,3	17	16,5	20	19,6	66	14,3
Вдовство	7	4,8	7	6,2	3	2,9	3	3,0	20	4,3
Итого	145	100,0	113	100,0	103	100,0	102	100,0	463	100,0

Большинство пациентов были дезадаптированы и в семейном плане (табл. 60): лишь 36 % состояли в браке, многие не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (45,4 %), были разведены (14,3 %) либо овдовели (4,3 %). Это подтверждает факт, что уровень суицидов наиболее высок у одиноких, овдовевших, а особенно у находящихся в разводе. Статистически достоверных различий в семейном положении в зависимости от пола суицидента не найдено.

Знание закономерностей суицидогенеза является важнейшим фактором своевременной диагностики и профилактики суицидального поведения. Суицидальное поведение включает в себя внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания и суицидальные тенденции (замыслы и намерения). Эти понятия представляют собой шкалу глубины суицидальных феноменов или готовности перехода во внешние формы суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980).

В большинстве случаев у лиц, совершивших суицидальные попытки (74,1 %), формированию собственно суицидального поведения предшествовал отчетливый досуицидальный период, во время которого у человека появлялось чувство одиночества, утрачивалась способность радоваться, пропадал интерес к жизни. Это состояние наиболее близко к неспецифическому дефицитарному синдрому, который психопатологически выражается недепрессивным аффективным синдромом, важнейшим проявлением которого является ангедония (Boyer P., 1988, 1999).

Антивитальные переживания разной степени выраженности, являющиеся началом в динамике развития внутренних форм суицидального поведения, отмечали у себя 71,9 % обследуемых. Чаще они проявлялись отрицанием ценности бытия – «незачем жить», «надоело такое существование», «не жизнь, а мучения, когда все это кончится?». Присоединение к антивитальным переживаниям фантазий и представлений на тему собственной смерти характеризует этап пассивных суицидальных мыслей – «думал, вот бы умереть во сне, завидовал тем, у кого так произошло…», «размышляла о том, вот если бы меня сбила машина». Наличие этого этапа ретроспективно отметили у себя 69,1 % пациентов.

Решающим моментом в суицидогенезе являлось появление у суицидентов осознанного желания совершить суицидальную попытку, т. е. возникновение суицидальных замыслов. Суицидент активно начинал детально продумывать способ совершения суицида: его место и время, конкретные способы предстоящего действия. Практически все лица (97,4 %), совершившие суицидальные попытки и госпитализированные в психиатрический стационар, ретроспективно сообщили о наличии желания совершить суицидальную попытку, хотя степень выраженности этого желания варьировала.

Суицидальные мысли мимолетного характера отмечались у 27,0 % пациентов, на продолжительные эпизоды существования суицидальных мыслей указывали 58,1 %. Неотступное желание умереть высказывали при беседе 14,9 % суицидентов. Большинство пациентов, совершивших суицидальные попытки, отмечали невозможность контролировать свое суицидальное поведение: не были уверены в способности противостоять суицидальным мыслям и желаниям (46,9 %), не контролировали их (22,9 %).

При анализе суицидальных реакций, под которыми понимается определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов (Амбрумова А. Г., ТихоненкоВ. А., 1980), выявлено, что наиболее часто встречалась реакция негативных интерперсональных отношений – 36,5 % (z=3,617; p<0,001) (табл. 61).

Таблица 61

Типы суицидальных реакций у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар за 2004—2007 гг. (абс., %)

Тип суицидальной реакции	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эгоцентрическое переключение	65	25,6	52	24,9	117	25,3
Душевная боль (психалгии)	52	20,5	31	14,8	83	17,9
Негативные интерперсональные отношения	97	38,1	72	34,4	169***	36,5
Отрицательный дисбаланс	21	8,3	32	15,3	53	11,4
Смешанные, переходные реакции	19	7,5	22	10,5	41	8,9
Итого	254	100,0	209	100,0	463	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Переживания касались отвержения со стороны значимого лица, разрыва высокозначимых отношений, психологического и/или физического унижения и пр. У четверти пациентов (25,3 %) встретились реакции эгоцентрического переключения, проявляющиеся в виде остро возникающих, кратковременных реакций на острые конфликты. В этом случае пациенты выражали протест («от несправедливости и обиды потемнело в глазах»), охватившее чувство отчаяния («решил, что чем так унижаться, лучше умереть и разом покончить со всем этим…»), безысходности («в голове вдруг появилась мысль, что ничего хорошего уже не будет, что все мои усилия напрасны и мужа в семью не вернуть…»).

В 17,9 % случаев суицидальных реакций выявлялась реакция душевной боли, которая возникала в связи с утратой близких, тя-

желой соматической болезнью, потерей высокозначимого объекта любви и т. д. Как правило, пациенты сообщали о «непереносимой боли в душе», «хотелось вырвать из груди эту боль…». Треть пациентов этой группы отмечали острое появление душевной боли, у 2/3 пациентов психалгии нарастали постепенно и достигали максимума непосредственно перед совершением суицидальной попытки. Реже всего (11,4 %) встречалась реакция отрицательного баланса, выражающаяся в оценке пройденного пути, подведении жизненных итогов, когда отрицательные моменты перевешивали положительные.

По ведущим мотивам суицидального поведения («категории личностного смысла») пациенты распределились следующим образом (табл. 62). Суицидальное поведение по типу призыва с целью привлечения внимания к ситуации наблюдалось в 34,6 % (p>0,05). Протест, отражающий агрессивную позицию, встретился в 29,8 %. Реже выявлялось избегание угрозы путем самоустранения – 17,5 %. «Отказ от жизни», когда целью суицидального поведения являлось самоубийство, встретилось в 12,5 %. Самонаказание, под которым понималось желание искупить чувство собственной вины путем совершения суицидальных действий, выявлено в 5,6 %. Таким образом, наиболее распространенными мотивами суицидального поведения были призыв и протест, т. е. чаще всего звучало желание каким-либо способом изменить кризисную ситуацию или изменить к ней отношение, а не уйти из жизни.

Таблица 62

Мотивы суицидального поведения лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар за 2004—2007 гг. (абс., %)

Ведущий мотив суицидального поведения	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Призыв	93	36,6	67	32,1	160	34,6
Протест	74	29,1	64	30,6	138	29,8
Избегание угрозы	49	19,3	32	15,3	81	17,5
Отказ от жизни	24	9,5	34	16,3	58	12,5
Самонаказание	14	5,5	12	5,7	26	5,6
Итого	254	100,0	209	100,0	463	100,0

Согласно А. Г. Амбрумовой, «суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта». Ведущей сферой суицидального конфликта была личностно-семейная (болезнь и смерть близких, одиночество, неудавшаяся любовь, оскорбление со стороны окружающих, ссоры с ближайшим окру-

жением и т. п.) – 65,0 % (z=13,261; p<0,001). Реже встретились конфликты, связанные с состоянием психического (19,7 %) и физического (1,9 %) здоровья (патологическая мотивировка, установление психиатрического диагноза и т. д.), материально-бытовыми трудностями – 3,7 %, антисоциальным поведением (опасение уголовной ответственности, позора, наказания) – 3,2 %. Наиболее редко ведущей сферой суицидального поведения были конфликты, связанные с учебой или работой – 2,6 % (табл. 63).

Таблица 63

Ведущая сфера суицидального конфликта лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар за 2004–2007 гг. (абс., %)

Ведущая сфера суицидального конфликта	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личностно-семейные, в том числе:	155	61,0	146	69,9	301***	65,0
Болезнь, смерть близких	5	2,0	10	4,8	15	3,2
Одиночество, неудачная любовь	41	16,1	45	21,6	86	18,6
Половая несостоятельность	2	0,8	-	-	2	0,5
Оскорбление со стороны окружающих	8	3,1	18	8,6	26	5,6
Ссоры с родными и друзьями	99	39,0	73	34,9	172	37,1
Состояние здоровья, в том числе:	58	22,8	42	20,1	100	21,6
Психическое заболевание	52	20,4	39	18,7	91	19,7
Соматическое заболевание	6	2,4	3	1,4	9	1,9
Конфликты, связанные с антисоциальным поведением, в том числе:	10	4,0	5	2,4	15	3,2
Опасение уголовной ответственности	5	2,0	2	1,0	7	1,5
Боязнь наказания, позора	5	2,0	3	1,4	8	1,7
Конфликты, связанные с учебой или работой	10	4,0	2	1,0	12	2,6
Материально-бытовые трудности	11	4,2	6	2,8	17	3,7
Неизвестно	10	4,0	8	3,8	18	3,9
Итого	254	100,0	209	100,0	463	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Попытка изучить пресуицидальный период ретроспективно, с помощью «Шкалы суицидальных мыслей» (SSI, Beck A. T. et al., 1979), показала неоднозначные результаты. Основное достоинство методики состоит в том, что она позволяет прогнозировать суицидальные реакции на основе дифференцированной оценки различных характеристик суицидальных мыслей и поведения человека. Кроме того, данная методика может использоваться не только при оценке актуальных суицидальных намерений пациента, но и при ретроспективном анализе суицидального поведения (Цыганков Б. В., Ваулин С. В., 2012).

Таблица 64

Симптомы пресуицидального периода по шкале суицидальных мыслей SSI (период антивитальных переживаний и пассивных суицидальных мыслей) (n=60)

Клинический признак	Выраженность признака	абс.	%
Желание жить	От умеренного до сильного	33	55,0
	Слабое	17	28,3
	Отсутствует	10	16,7
Желание умереть	Отсутствует	32	53,3
	Слабое	17	28,3
	От умеренного до сильного	11	18,4
Доводы в пользу жизни/смерти	В пользу жизни больше, чем в пользу смерти	35	58,3
	Примерно одинаковы	13	21,7
	В пользу смерти больше, чем в пользу жизни	12	20,0
Пассивные суицидальные мысли	Принял бы меры предосторожности, чтобы остаться живым	40	66,7
	Положился бы на волю случая	17	28,3
	Не предпринял бы ничего для того, чтобы остаться в живых	3	5,0
Желание совершить активную суицидальную попытку	Отсутствует	34	56,6
	Слабое	16	26,7
	От умеренного до сильного	10	16,7

Таблица 65

Симптомы пресуицидального периода по шкале суицидальных мыслей SSI (суицидальная идеаторная активность) (n=60)

Клинический признак	Выраженность признака	абс.	%
Продолжительность суицидальных Мыслей	Мимолетные	34	56,7
	Достаточно продолжительные	18	30,0
	Неотступные	8	13,3
Частота суицидальных мыслей	Очень редко	34	56,7
	То возникают, то исчезают	20	33,3
	Не отпускают	6	10,0
Отношение к суицидальным мыслям/желаниям	Отрицательное	22	36,7
	Амбивалентное, индифферентное	21	35,0
	Согласие	17	28,3
Контроль над суицидальным поведением	Уверен, что может противостоять суицидальным мыслям/желаниям	31	51,7
	Не уверен в этом	23	38,3
	Не контролирует себя	6	10,0
Сдерживающие факторы	Не совершит самоубийства в силу сдерживающих факторов	27	45,0
	Принимает во внимание сдерживающие факторы	25	41,7
	Не думает о сдерживающих факторах	8	13,3
Мотивы предполагаемой суицидальной попытки	Манипулировать окружающими, привлечь к себе внимание, отомстить кому-либо	29	48,3
	Сочетание мотивов	5	8,3
	Положить конец страданиям, разом решить все проблемы	26	43,4

Ретроспективно оценка пресуицидального периода по шкале суицидальных мыслей была проведена у 60 пациентов, совершивших суицидальные попытки (табл. 64, 65).

Опрос по шкале SSI значительно отличался от результатов ответов суицидентов, полученных при интервьюировании в стационаре (n=463) (табл. 66).

Таблица 66

Оценка пресуицидального периода у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар

Клинический признак	Клин. интервью (n=463)		Шкала SSI (n=60)		Хи-квадрат p
	абс.	%	Абс.	%	
Наличие антивитальных переживаний	333	71,9	28	46,7	χ^2=14,687; p<0,001
Пассивные суицидальные мысли	320	69,1	20	33,3	χ^2=28,344; p<0,001
Желание совершить суицидальную попытку	451	97,4	26	43,3	χ^2=186,937; p<0,001
Продолжительные или неотступные суицидальные мысли	338	73,0	26	43,3	χ^2=20,717; p<0,001
Невозможность контролировать свое суицидальное поведение	323	69,8	29	48,3	χ^2=10,132; p=0,001

При подробном целенаправленном опросе суицидентов получена большая частота в пресуицидальном периоде антивитальных переживаний, пассивных суицидальных мыслей, суицидальных замыслов. Выявлена более частая и более выраженная суицидальная идеаторная активность (продолжительность и частота суицидальных мыслей, более терпимое к ним отношение), при интервьюировании пациенты чаще отмечали невозможность контролировать свое суицидальное поведение. Все это свидетельствует о том, что использование только инструментальных методик не может в полной мере дать объективную оценку того или иного компонента суицидального поведения, требует проведения подробного клинического интервью.

Клинический пример

Больная П., 38 лет, завуч средней общеобразовательной школы. Отец по характеру был неуравновешенный, грубый, часто алкоголизировался, в состоянии опьянения избивал жену, устраивал скандалы в семье. Всю жизнь проработал водителем, умер в 64 года от заболевания легких. Оставил семью, когда пациентка была в младшем школьном возрасте.

Мать по характеру вспыльчивая, строгая, общительная, до пенсии работала продавцом, зав. складом, умерла в возрасте 68 лет от заболева-

ния сердца. Старшая сестра 43 лет, окончила медицинское училище, работает медсестрой в другой области («изредка с ней перезваниваемся», по характеру «похожа на маму»). Брат 40 лет, по характеру вспыльчивый, обидчивый. После окончания школы и службы в армии работал в строительной организации. Был женат, от брака имеет ребенка 14 лет. После очередной ссоры с женой совершил суицидальную попытку через повешение. Несколько суток находился в коме. В настоящее время в связи развившимися неврологическими осложнениями является инвалидом. Нуждается в постороннем уходе, живет в семье пациентки.

Родилась младшей из 3 детей, в Иркутской области. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Родилась в срок, раннее развитие правильное, грудное вскармливание до года. В 5 лет перенесла эпидемический паротит без осложнений. До школы детские учреждения не посещала: «со мной водилась бабушка». В школу пошла с 7 лет, адаптировалась легко, охотно общалась со сверстниками. Училась хорошо, без троек, материал усваивала без труда. Являлась старостой класса, так как была ответственной, активной, общительной. Учителя часто ставили в пример, но отмечали, что «слишком все близко принимаю к сердцу». Активно участвовала в художественной самодеятельности, посещала кружок вязания. Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, безболезненные. После окончания 8 классов поступила в педагогическое училище по специальности «учитель начальных классов». Училась отлично, продолжала активно участвовать в общественной жизни училища: пела в хоре, принимала участие в КВНе, часто проявляла инициативу в организации праздничных мероприятий. После окончания училища с отличием устроилась в среднюю школу учителем русского языка и литературы. В 21 год вышла замуж, муж – педагог, отношения в семье благоприятные, доброжелательные, от брака – дети 14 и 8 лет.

С первых дней работы в школе зарекомендовала себя активной, ответственной, была назначена классным руководителем 5-го класса. Со своим классом часто занималась дополнительно, организовывала праздники, туристические походы. В коллективе отношения с коллегами складывались благополучно, была «на хорошем счету». В сентябре 2010 г. была назначена завучем по учебно-воспитательной работе, старалась проявить себя в этой должности с лучшей стороны, но не хватало опыта и «чисто физических сил». С начала декабря стала отмечать повышенную утомляемость, дневную сонливость («приходила с работы и час спала»), неуверенность в себе («кажется, что все делаю не так»), плаксивость («плакала, что устаю, что не могу справиться, что не нравится то, как выполняю порученные дела»). Появились трудности в принятии решений из-за сомнений в их правильности. Снизился фон настроения, через силу заставляла себя что-либо делать, «не хотелось идти на работу». Стала раздражительной, тревожной («боюсь, что может случиться нехорошее с родными, на работе, предчувствие надвигающейся беды, не могу расслабиться …»). Отметила, что после ночного сна не стало чувства бодрости, отдыха («стало тяжело вставать по утрам», «стала менее со-

образительной на работе»). Снизился аппетит, за 4 месяца похудела на 10 килограммов. В течение месяца тревога нарастала («не знала, куда себя деть, меня гоняло из угла в угол»). Периодически возникали неприятные ощущения за грудиной, «щемило в сердце». К врачам не обращалась, о своем состоянии никому из близких людей не рассказывала, принимала настойку пустырника, но без эффекта. 14 января 2011 г. написала заявление об освобождении от обязанностей завуча школы, которое директор не подписал.

21 января 2011 г. стирала в бане, «в голове постоянно вертелись тревожные мысли, вдруг неожиданно возникла мысль о самоубийстве, решила покончить со всем одним махом, не помню, где и как нашла веревку…». После повешения в предбаннике обнаружена случайно зашедшей дочерью. Муж снял ее из петли и начал делать искусственное дыхание, дочь вызвала машину СМП. Госпитализирована в реанимационное отделение, где 2 суток находилась в коме. После выхода из комы переведена в терапевтическое отделение ЦРБ, где находилась в течение 2,5 недель, так как «были трудности в движениях и речи». При выписке из терапевтического стационара была проконсультирована психиатром и для дальнейшего лечения переведена в психиатрическую больницу.

15 февраля 2011 г. поступила на лечение в ИОКПБ № 1. При поступлении предъявляла жалобы на сниженный фон настроения («на душе кошки скребут», «ничего не радует»), раздражительность по мелочам, вспыльчивость, плаксивость, нарушение сна (частые ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение в 5—6 часов утра), постоянную тревогу за свою семью, за брата. Отмечала повышенную утомляемость – «стала сильно уставать, не могу справляться как раньше». Во время беседы была напряжена, тревожна, на вопросы отвечала тихим, маловыразительным голосом. Фон настроения снижен, периодически на глазах появлялись слезы («какая-то безысходность»). Сожалела о совершенном суициде, не могла объяснить, что на нее «нашло, была в шоке, потому что знала, чем это может закончиться, на примере брата».

Результаты обследования. Лабораторные исследования при выписке в пределах нормы. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Электрокардиография: в пределах возрастной нормы. УЗИ брюшной полости и почек: патологии не выявлено. *Консультация невролога*: острая энцефалопатия вследствие механической асфиксии; двухсторонняя пирамидная недостаточность, рассеянная очаговая симптоматика.

Лечение: карбамазепин 400 мг, амитриптилин 300 мг, клоназепам 2 мг, кортексин 10 мг в/м № 10, мексидол 375 мг, витамины групп В, С.

На фоне проводимого лечения улучшилось настроение, нормализовался сон, купировалась тревожная симптоматика. В отделении первое время держалась несколько обособленно, в дальнейшем стала доброжелательнее в общении с пациентами и медперсоналом. Активно интересовалась результатами обследования, лечения, при беседах с врачом строила планы на ближайшее будущее. Выписана через месяц лечения с диагнозом: Депрессивный эпизод умеренной степени тяжести с истин-

ной суицидальной попыткой в анамнезе (F32.1). Даны рекомендации продолжить наблюдение и лечение у участкового психиатра по месту жительства.

Резюме. Наследственный круг пациентки показывает накопление личностной патологии и алкоголизма: в восходящем поколении – вспыльчивый, неуравновешенный, злоупотребляющий алкоголем отец, в нисходящем поколении – неустойчивый, совершивший тяжелую суицидальную попытку брат. Преморбидные особенности личности характеризуются сочетанием синтонности и общительности с повышенной чувствительностью и добросовестностью. Такое сочетание Э. Кречмер (1927) рассматривает как циклоидность с повышенной эмотивностью, К. Леонгард (1981) описывает пациентов с такими преморбидными особенностями личности как аффективно-лабильных.

С начала декабря 2011 г. у пациентки развилось депрессивное состояние, которое на начальном этапе характеризовалось как «свободно плавающей тревогой» («предчувствие какое-то нехорошее, не могу расслабиться»), так и навязчивыми опасениями (страх не справиться на работе с порученным делом, принять неверное решение, что может случиться что-то нехорошее с родными). В дальнейшем к постепенно нарастающему тревожному аффекту присоединился тоскливый («неприятные ощущения за грудиной, сердце щемило», «на душе кошки скребут»).

Рассмотрим динамику суицидального поведения на примере вышеприведенного клинического случая. В данном случае речь идет о формировании острого пресуицидального периода, так как мы не видим у пациентки периода антивитальных переживаний и пассивных суицидальных мыслей. К «неожиданно» возникшим мыслям о необходимости прекращения собственной жизни сразу же присоединился волевой компонент психической деятельности, намерение. Другими словами, суицидальный замысел пациентки практически сразу же превратился в мотив для деятельности, для оперирования средствами лишения себя жизни. Здесь нет включения антисуицидальных факторов (например, не вспомнила о своих детях, о брате-инвалиде) и отсутствует борьба мотивов. Можно говорить о «молниеносном» суициде, так как на стадии формирования суицидального замысла отсутствует активная работа сознания по выстраиванию «логики суицида» с обоснованием его необходимости, отсутствуют приготовления к смерти. Выбор такого насильственного и высокотравматичного способа суицида, как повешение, свидетельствует о высокой суицидальной интенции. Также выбор способа мог определяться индуцирующим влиянием извест-

ных самоубийце суицидов (в нашем случае – суицид брата через повешение). Аффективное сужение сознания, которое можно предположить у пациентки во время молниеносного суицида, таково, что в целом ее состояние в это время приближается к патологическому аффекту.

По мере углубления депрессии психологически понятный «крик о помощи» начального этапа (как возможный способ разрешения неблагоприятной ситуации) сменяется у пациентки отказом от жизни, суицид теряет свою «логическую обоснованность и понятность». В. С. Ефремов (2004) подчеркивает, что нередко при анализе депрессивных состояний и тех или иных суицидальных феноменов можно с уверенностью говорить о практическом отсутствии реальной психотравмирующей ситуации. Ситуация вначале создается в воображении пациента, и только в соответствии с особенностями личности и психопатологическими расстройствами представляется как тупиковая, выход из которой, по мнению больного, возможен только через самоубийство.

Синдромологически состояние пациентов, совершивших покушение на самоубийство, было следующим: у 43,6 % выявлялись психопатоподобные состояния, с достоверно меньшей частотой встречались депрессивные (28,9 %) (χ^2=20,97; p<0,001), психотические (18,2 %) (χ^2=69,25; p<0,001) и невротические (9,3 %) (χ^2=138,55; p<0,001) синдромы.

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у парасуицидентов показал следующее (табл. 67). Наиболее часто у пациентов обнаруживались органические психические расстройства различного генеза (F00—F09) и шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—29) – по 22,2 %. Второе место по частоте занимает группа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40—49) – 18,2 %. Расстройства адаптации и острые реакции на стресс, входящие в эту группу, наблюдались в 8,6 % случаев. Далее следовали группы парасуицидентов с расстройствами личности (F60—69) – 13,0 % и расстройствами настроения (F30—39) – 10,8 %.

Суицидальные попытки, которые совершались лицами с психопатическим складом личности, чаще всего эмоционально неустойчивого и истерического типов, в большинстве случаев носили демонстративно-шантажный характер. Расстройства настроения во всех случаях представлены единичным депрессивным эпизодом либо рекуррентным депрессивным расстройством.

Таблица 67

Диагностическая рубрификация лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар в 2004—2007 гг. (абс., %)

Психические и поведенческие расстройства по МКБ-10	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства (F00–09)	72**	28,4	31	14,8	103	22,2
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F10—19)	24*	9,4	9	4,3	33	7,1
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—29)	59	23,2	44	21,1	103	22,2
Расстройства настроения (F30—39)	5	2,0	45**	21,5	50	10,8
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—49)	45	17,7	39	18,7	84	18,2
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—69)	37	14,6	23	11,0	60	13,0
Умственная отсталость (F70—79)	12	4,7	18	8,6	30	6,5
Итого	254	100,0	209	100,0	463	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01.*

В 7,1 % случаев покушения на самоубийство совершали лица с алкогольной или наркотической зависимостью (F10—19), причем в половине случаев в абстинентном состоянии при наличии депрессивных расстройств.

Нозологические закономерности в зависимости от пола суицидентов оказались следующими. Среди мужчин превалировали больные с органическим поражением головного мозга – 28,4 % и шизофренией – 23,2 %. Затем, в порядке убывания, диагностировались невротические расстройства – 17,7 % и расстройства личности – 14,6 %. Наименьшее число мужчин зарегистрировано с аффективными расстройствами – 2,0 %. Среди женщин чаще обнаруживались аффективные расстройства – 21,5 % и шизофрения – 21,1 %, несколько реже встретились невротические расстройства – 18,7 % и органическое поражение головного мозга – 14,8 %. Минимальное количество суициденток имели психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ – 4,3 %.

Сравнение мужской и женской когорт пациентов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, показало превалирование мужчин с органическим поражением головного мозга (χ^2=12,106; p<0,01) и с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (χ^2= 4,58; p<0,05), а женщин – с аффективными расстройствами (χ^2=45,55; p<0,01).

Относительно невысокий процент аффективной патологии у суицидентов можно объяснить тем, что психиатры стационара довольно часто расценивали аффективные расстройства как синдромальные состояния в рамках органического поражения головного мозга, шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, а также невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

59,4 % пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар, впервые предприняли суицидальную попытку. 40,6 % пациентов совершили парасуицид повторно или многократно. 3/4 суицидентов (74,7 %) впервые попали в поле зрения психиатров, 3,2 % проходили лечебно-консультативное лечение, 22,0 % находились под диспансерным наблюдением.

Изучение наследственной отягощенности по психическим заболеваниям пациентов с парасуицидами показало, что в 39,5 % случаев (183 чел.) наблюдалась наследственная отягощенность – 91 мужчина (35,8 %) и 92 женщины (44,0 %) (рис. 17). Структура наследственной отягощенности психическими заболеваниями у пациентов, совершивших суицидальные попытки (родственники I степени родства), представлена в таблице 68.

Более половины мужчин (55,5 %) и треть женщин (35,4 %), госпитализированные в психиатрический стационар, в момент совершения суицидальной попытки были в состоянии алкогольного опьянения (табл. 69) (χ^2= 4,84; p<0,05).

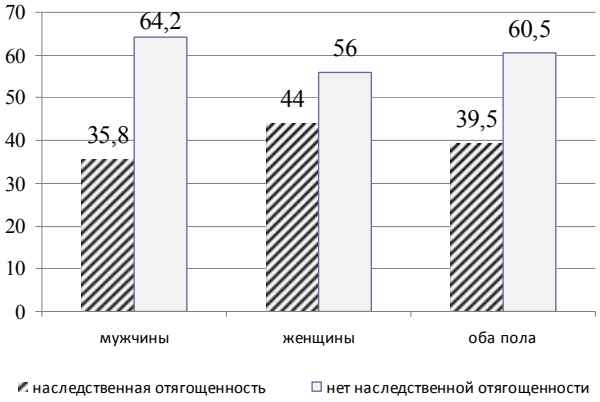

Рис. 17. Наследственная отягощенность психической патологией у лиц, совершивших суицидальные попытки (родственники I степени родства)

Таблица 68

Структура наследственной отягощенности психическими заболеваниями у пациентов, совершивших суицидальные попытки

Психические и поведенческие расстройства	абс.	%
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	18	6,3
Эпилепсия	3	1,1
Хронический алкоголизм	174	61,3
Наркомания	25	8,8
Расстройства личности	18	6,3
Расстройства настроения	16	5,6
Умственная отсталость	3	1,1
Завершенные суициды	27	9,5
Всего	284*	100,0

Примечание. – Число психических и поведенческих расстройств у родственников I степени родства превышает количество родственников с психической патологией (n=255) в связи с наличием у части родственников коморбидной патологии.*

Таблица 69

Частота алкогольного опьянения при совершении суицидальной попытки

Госпитализированные в ИОКПБ № 1	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего поступивших	254	100,0	209	100,0	463	100,0
Из них в состоянии алкогольного опьянения	141*	55,5	74	35,4	215	46,4

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05.*

Анализ способов суицидальной попытки выявил преобладание нанесения суицидентами телесных повреждений в виде колото-резаных ран (шея, грудь, живот, конечности) – 32,6 %, реже встретились отравление – 27,6 %, самоповешение – 19,7 % и падение с высоты – 9,7 % пациентов (табл. 70).

Таблица 70

Способы совершения суицидальных попыток лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, в зависимости от пола за 2004—2007 гг. (абс., %)

Способ суицидальных попыток	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравление	49	19,3	79***	37,8	128	27,6
Резаные раны	93*	36,6	58	27,8	151	32,6
Повешение	67***	26,4	24	11,5	91	19,7
Падение с высоты	21	8,3	24	11,5	45	9,7
Падение под транспорт	1	0,4	5	2,4	6	1,3
Самосожжение	3	1,2	1	0,4	4	0,9
Утопление	-	-	2	1,0	2	0,4
Сочетание нескольких способов	20	7,8	16	7,6	36	7,8
Всего	254	100,0	209	100,0	463	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; *** – p<0,001.*

В единичных случаях наблюдались такие способы суицидальных попыток, как падение под транспорт, самосожжение, утопление (от 0,45 до 1,3 %). Комбинировали разные способы парасуицидов 7,8 % пациентов. Отравление при суицидальных попытках чаще было у женщин – 37,8 % (χ^2=18,72; p<0,001); у мужчин – повешение – 26,4 % (χ^2=15,18; p<0,001) и нанесение колото-резаных ран – 36,6 % (χ^2=3,705; p=0,054). Таким образом, мужчины выбирали более травматичные способы совершения суицидов, а в целом большинство суицидальных попыток носило демонстративно-шантажный характер и реально не угрожало жизни пациентов.

Изучение способа суицидальной попытки в зависимости от нозологической принадлежности суицидентов показало следующее. У пациентов, страдающих шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, преобладали отравления – 38,8 %, несколько реже встречалось нанесение колото-резаных повреждений – 27,2 % (χ^2=2,66; p=0,103). Такие способы, как повешение и падение с высоты, встретились у данной категории пациентов в 11,7 и 5,8 % случаев (p<0,008–0,0001). Обращают на себя внимание вычурность и необычность реализации суицидальных попыток в 5,8 % случаев (внутривенное введение воздуха, растворителя, кофе; перфорация отверткой барабанной перепонки, ожог в результате поражения электричеством и т. п.).

У пациентов с органическим поражением головного мозга превалировали повешение (27,2 %) и нанесение колото-резаных повреждений (25,2 %), реже встречались отравления (12,6 %) (χ^2=5,97; p=0,015) и падения с высоты (11,7 %) (χ^2= 6,64; p=0,01). В 17,5 % случаев отмечено сочетание нескольких способов совершения суицидальной попытки. При аффективных расстройствах чаще всего встречались случаи отравления (46,0 %), реже отмечались нанесение колото-резаных ран (14,0 %) (χ^2=10,71; p=0,001), повешение (10,0 %) (χ^2=14,325; p=0,0001) и падение с высоты (10,0 %) (χ^2=14,325; p=0,0001). В случаях суицидальных попыток у пациентов с расстройствами личности часто использовалось нанесение колото-резаных повреждений (48,3 %), в 2,5—3 раза реже встречались повешение (20,0 %) (χ^2=9,48; p=0,002) и отравление (16,7 %) (χ^2=12,308; p=0,0001). У пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами основные способы суицидальных попыток были представлены равномерно: отравление, нанесение колото-резаных повреждений и повешение – в 39,3, 29,7 и 27,4 % (p>0,5).

Проведенное исследование выявило особенности суицидального поведения пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар. В гендерном отношении пациенты с покушениями на самоубийство распределились практически поровну. Большинство суицидентов (76,2 %) находятся в трудоспособном возрасте, при этом лишь 28,1 % были адаптированы в трудовом отношении. Группами риска в плане суицидальных попыток являются: у женщин – 15—19 лет, у мужчин – 20—29 лет. Большая часть пациентов были дезадаптированы в семейном плане, лишь 36,0 % состояли в браке. У лиц, совершивших суицидальные попытки, часто выявлялись расстройства личности и психопатоподобные состояния в рамках иной психической патологии (43,6 %) и депрессивные расстройства (28,9 %). Ведущей сферой суицидального конфликта являлась личностно-семейная (болезнь и смерть близких, одиночество, неудавшаяся любовь и т. д.). Структура способов покушения на самоубийство остается традиционной. 3/4 суицидентов попали в поле зрения психиатра впервые. Полученные результаты необходимо учитывать при формировании и проведении программ по превенции суицидального поведения населения.

4.3. Социально-демографические и клинико-психологические предикторы повторных суицидальных попыток пациентов психиатрического стационара

Суицидальная попытка является существенным фактором риска для будущего суицидального поведения, включая и законченные суициды. На каждое законченное самоубийство приходится от 10 до 40 суицидальных попыток, а для подростков этот показатель возрастает до 100—200.

Повторение суицидальных попыток является одним из наиболее важных предикторов законченных суицидов. 44,0 % суицидентов имели в своем анамнезе предшествующие суицидальные попытки: 39,0 % женщин и 19,0 % мужчин. По данным исследования, проведенного в 7 европейских центрах, количество повторных суицидальных попыток составляло от 38 до 66 %. Риск повторного суицидального поведения наиболее высок в течение первого года после парасуицида, особенно в течение первых 3—6 месяцев. Многоцентровое исследование суицидального поведения ВОЗ показало, что 56 % пациентов с суицидальными попытками имели предшествующую суицидальную попытку, у 32 % – выявлены 2 попытки, 29 % – совершили суицидальную попытку в течение года.

Нами предпринята попытка на основе комплексного клинико-психопатологического и социально-демографического исследования лиц, совершивших первичные и повторные суицидальные действия, выявить предикторы рецидивирования суицидальных попыток.

Объектом исследования стали 175 пациентов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1 в 2008—2009 гг. Пациенты были поделены на 2 группы: 1-я группа (n=100) – пациенты с единственной суицидальной попыткой, 2-я группа (n=75) – пациенты с повторными суицидальными попытками. По каждому случаю суицидальной попытки проводилось стандартное психиатрическое обследование, заполнялась суицидологическая карта, которая включала обстоятельства суицидальной попытки, клинические, социально-демографические и психологические данные пациента. Статистическая обработка данных проведена с использованием современных статистических пакетов прикладных программ (дискриминантный анализ с оценкой качества и построением классифицирующей функции). Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

В половом отношении группа пациентов с первичными суицидальными попытками имела схожую картину с группой пациентов с повторными суицидальными попытками: мужчины – 52,0 и 50,7 %, женщины – 48,0 и 49,3 %. Анализ возрастной структуры суицидентов показал, что в группе пациентов с первичными суицидальными попытками средний возраст составил 34,2±17,0 года, а у пациентов с повторными суицидальными попытками этот показатель был равен 30,9±13,0 года.

Таблица 71

Возрастной состав суицидентов с первичными и повторными суицидальными попытками (абс., %)

Возраст	Первичные суицидальные попытки				Повторные суицидальные попытки			
	Мужчины	Женщины	Оба пола	%	Мужчины	Женщины	Оба пола	%
До 20 лет	5	12	17	17,0	10	6	16	21,4
20—29 лет	20	14	34	34,0	11	17	28	37,3
30—39 лет	12	9	21	21,0	10	7	17	22,7
40—49 лет	4	5	9	9,0	2	1	3	4,0
50—59 лет	6	6	12	12,0	3	6	9	12,0
60—69 лет	1	1	2	2,0	1	-	1	1,3
70 и старше	4	1	5	5,0	1	-	1	1,3
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

При анализе пациентов по возрастным группам ни в одном возрастном интервале статистически значимых отличий между группами с первичными и повторными суицидальными попытками не наблюдалось. Большинство суицидентов обеих групп находились в трудоспособном возрасте (мужчины – 18—60 лет, женщины – 18—55 лет): с первой суицидальной попыткой – 76 (76,0 %), с повторными – 58 (77,3 %). Наибольшее число суицидальных попыток у мужчин и женщин приходилось на возраст 20—29 лет, как в группе с первичными суицидальными попытками (20,0 и 14,0 %), так и в группе повторных суицидальных попыток (28,9 и 45,9 %), а наименьшее – на возраст 60 лет и старше (2,0 и 5,0 % – в группе с единственной суицидальной попыткой; 5,2 % мужчин – в группе с повторными суицидальными попытками, женщинами этого возраста суицидальные попытки не предпринимались).

Анализ возраста совершения первой суицидальной попытки выявил различия в группах: средний возраст совершения первой суицидальной попытки в группе пациентов с единственной суицидальной попыткой составил 34,23±17,0 года, в то время как в группе повторных суицидальных действий – 25,98±12,38 года.

Образовательный уровень пациентов обеих групп не имел достоверных отличий. Чаще всего это были пациенты со среднеспециальным (30,0 и 32,0 %), неполным средним (26,0 и 32,0 %) и средним (20,0 и 12,0 %) образованием (табл. 72).

Таблица 72

Образовательный уровень суицидентов с первичными и повторными суицидальными попытками (абс, %)

Уровень образования	Первичные суицидальные попытки				Повторные суицидальные попытки			
	Мужчины	Женщины	Оба пола	%	Мужчины	Женщины	Оба пола	%
Высшее	6	6	12	12,0	5	5	10	13,3
Незаконченное высшее	4	5	9	9,0	3	4	7	9,4
Среднеспециальное	14	16	30	30,0	11	13	24	24,0
Среднее	13	7	20	20,0	4	5	9	12,0
Неполное среднее	14	12	26	26,0	14	10	24	32,0
Начальное	1	2	3	3,0	1	-	1	1,3
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

При анализе занятости пациентов двух групп статистически достоверных различий не выявлено (табл. 73), отмечается тенденция к большей представленности студентов/учащихся в группе с первичными суицидальными попытками и неучащейся молодежи – в группе повторных суицидентов. Хотя преобладающее

большинство пациентов находились в трудоспособном возрасте, только 18,0 % в группе с первичными суицидальными попытками и 21,3 % в группе с повторными суицидальными попытками были адаптированы в трудовом отношении.

Таблица 73

Социальный состав суицидентов с первичными и повторными суицидальными попытками (абс., %)

Социальный состав	Первичные суицидальные попытки				Повторные суицидальные попытки			
	Мужчины	Женщины	Оба пола	%	Мужчины	Женщины	Оба пола	%
Постоянная работа	9	6	15	15,0	7	6	13	17,3
Временная работа	2	1	3	3,0	1	2	3	4,0
Безработные	14	18	32	32,0	11	12	23	30,7
Инвалиды	21	9	30	30,0	11	11	22	29,3
Пенсионеры	2	1	3	3,0	1	-	1	1,3
Неучащаяся молодежь	1	-	1	1,0	4	3	7	9,4
Студенты/учащиеся	3	13	16	16,0	3	3	6	8,0
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

Семейная дезадаптация наблюдалась у пациентов обеих групп. Лишь 38,0 % пациентов, впервые совершивших суицидальную попытку, и 32,0 % пациентов, сделавших это повторно, состояли в официальном или гражданском браке. Большинство же пациентов обеих групп не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (44,0 и 48,0 %), были разведены (8,0 и 12,0 %) либо овдовели (10,0 и 8,0 %). Статистически достоверных различий по семейному положению в анализируемых группах не выявлялось.

В группе с повторными суицидальными попытками меньшее количество пациентов проживали в семье (25,3 и 34,0 %) (p=0,283), но большая часть – с другими родственниками (60,0 и 49,0 % – в группе пациентов с первичными суицидальными попытками) (p=0,197). Наиболее значимой причиной суицидогенеза является не столько реальное социальное одиночество, сколько специфическая форма психологического «одиночества среди близких» (Пилягина Г. Я., 2004).

Показатель наследственной отягощенности по психическим заболеваниям в сравниваемых группах выглядел следующим образом. В группе с повторными суицидальными попытками пациентов с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям было больше (60,0 %), чем в группе с первичными суицидальными попытками (49,0 %) (p=0,197).

Статистической разницы в представленности суицидальных действий у родственников пациентов обеих групп также не обнаружилось (10,0 % – в группе с единственной суицидальной попыткой; 18,7 % – в группе с повторными суицидальными попытками).

При сопоставлении диагнозов пациентов, совершивших первичные и повторные суицидальные попытки, обнаружены отличия (табл. 74).

Таблица 74

Диагностическая рубрификация пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками

Психические и поведенческие расстройства по МКБ-10	Пациенты с суицидальными попытками							
	первичными				повторными			
	Мужчины	Женщины	Оба пола	%	Мужчины	Женщины	Оба пола	%
Органические психические расстройства (F00—09)	17	5	22	22,0	18	6	24	32,0
Психические р-ва и р-ва поведения, связанные с употреблением ПАВ (F10—19)	1	6	7	7,0	-	1	1	1,3
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—29)	12	8	20	20,0	8	6	14	18,7
Расстройства настроения (F30—39)	5	7	12	12,0	3	4	7	9,3
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—49)	8	11	19**	19,0	1	3	4	5,3
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—69)	5	6	11	11,0	5	15	20**	26,7
Умственная отсталость (F70—79)	4	5	9	9,0	3	2	5	6,7
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * * – p<0,01.*

В группе лиц с первичными суицидальными попытками чаще наблюдались нарушения адаптации (виды расстройств адаптации и острая реакция на стресс) в отличие от пациентов, совершивших повторные суицидальные попытки (χ^2=7,012; p<0,01). Среди лиц с первичными суицидальными попытками суммарная доля пациентов с расстройствами адаптации и острой реакцией на стресс составляла 19,0 %. Причем в 73,7 % случаев не было выявлено коморбидной патологии, в остальных случаях речь шла о злоупотреблении алкоголем. В группе лиц с повторными суицидальными попытками расстройства адаптации и острые реакции на стресс составили 5,3 %. Коморбидная патология (злоупотребление алкоголем) наблюдалась у половины пациентов с данным диагнозом.

Личностные расстройства распределились следующим образом: в группе с повторными суицидальными попытками статистически чаще отмечались реактивные декомпенсации личностных расстройств (эмоционально неустойчивое, демонстративное, диссоциальное) – 26,7 % против 11,0 % в группе совершивших единственную суицидальную попытку (χ^2=7,22; p<0,01).

Таким образом, подтверждается точка зрения многих исследователей о том, что наличие психических расстройств является важным предиктором повторных суицидальных попыток.

По литературным данным, одним из основных предикторов повторения суицидальных попыток является частота госпитализаций в психиатрический стационар. Анализ собственных результатов показал, что частота госпитализаций в психиатрический стационар в группе с повторными суицидальными попытками (2,63) значительно превышала данный показатель у пациентов, совершивших единственную попытку (0,97). В группе с повторными суицидальными попытками впервые поступившие в психиатрический стационар составили 50,7 %, а в группе с единственной суицидальной попыткой – 76,0 % (χ^2=12,11; p<0,01).

Таблица 75

Тяжелая соматическая патология у пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками

Тяжелая соматическая патология	Количество пациентов с суицидальными попытками							
	Первичные				Повторные			
	Мужчины	Женщины	Всего	%	Мужчины	Женщины	Всего	%
Есть	11	9	20	20,0	14	18	32**	42,7
Нет	41	39	80	80,0	24	19	43	57,3
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

Статистически достоверными были отличия в исследуемых группах по тяжелой соматической патологии (табл. 75).

В группе с первичными суицидальными попытками тяжелая соматическая патология наблюдалась у каждого пятого пациента, у пациентов с повторными суицидальными попытками – значительно чаще (χ^2=10,54; p<0,01).

К другим факторам, которые определяют риск рецидивирования суицидальных попыток, можно отнести злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, опиаты, каннабиноиды) в анамнезе. В группе с повторными суицидальными попытками у пациентов статистически чаще в анамнезе отмечены периоды злоупотребления ПАВ (χ^2=13,46; p<0,01) (табл. 76).

Таблица 76

Злоупотребление ПАВ в анамнезе у пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками

Злоупотребление ПАВ в анамнезе	Количество пациентов с суицидальными попытками							
	Первичные				Повторные			
	Мужчины	Женщины	Всего	%	Мужчины	Женщины	Всего	%
Есть	20	16	36	36,0	27	21	48**	64,0
Нет	32	32	64	64,0	11	16	27	36,0
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

Анализ числа суицидентов, находящихся в момент совершения суицидальной попытки в алкогольном опьянении, не выявил значимых отличий по группам. 36,0 % пациентов с первичными суицидальными попытками были в алкогольном опьянении, при повторных суицидальных попытках – 44,0 % (p=0,36). Среди мужчин процент лиц, совершивших суицидальные попытки в алкогольном опьянении, был практически одинаковым (38,5 и 39,5 %), а среди женщин доля находящихся в алкогольном опьянении при совершении повторных суицидальных попыток превышала таковую при совершении первичной суицидальной попытки, хотя и не достигала статистической разницы (48,6 и 33,3 %).

Одним из предикторов суицидального поведения явились деструктивные формы семейного взаимодействия (отсутствие отца или матери в связи со смертью, развод родителей в раннем возрасте, алкоголизация одного или обоих родителей, неоднократное физическое насилие со стороны родителей, отвергающее безразличие со стороны близких, жесткие ригидные перфекционные родительские установки). При искаженных детско-родительских отношениях личность развивается в ситуации хронического несоответствия своих поступков родительским установкам, что становится основным триггером патологического приспособления и предиктором суицидогенеза в будущем. Детская травма является фактором, определяющим возраст начала суицидального поведения и число суицидальных попыток в анамнезе. Совершившие суицидальные попытки до 20 лет, а также совершившие неоднократные суицидальные попытки имели более высокий показатель детских травм в анамнезе. При сравнении двух групп по данному показателю обнаружена статистически достоверная разница: деструктивные формы семейного взаимодействия наблюдались у 22,0 % впервые совершивших суицидальную попытку пациентов и у 46,7 % повторных суицидентов (χ^2=11,87; p<0,01) (табл. 77).

Таблица 77

Деструктивные формы семейного взаимодействия у пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками

Деструктивные формы семейного взаимодействия	Первичные суицидальные попытки				Повторные суицидальные попытки			
	Мужчины	Женщины	Всего	%	Мужчины	Женщины	Всего	%
Есть	9	13	22	22,0	17	18	35**	46,7
Нет	43	35	78	78,0	21	19	40	53,3
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

Наличие психологических проблем в родительской семье у части пациентов сочеталось с теми или иными формами отклоняющегося поведения (раннее знакомство с алкогольными напитками, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий – кражи, хулиганство и пр.). Такие формы поведения рассматриваются в качестве предпосылки формирующегося в дальнейшем суицидального поведения. Статистически чаще отклоняющееся поведение встречалось в группе с неоднократными суицидальными попытками (32,0 %) по сравнению с группой пациентов, имеющих единственную суицидальную попытку в анамнезе (17,0 %) (χ^2=5,38; p<0,05) (табл. 78).

Таблица 78

Отклоняющееся поведение у пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками

Отклоняющееся поведение	Первичные суицидальные попытки				Повторные суицидальные попытки			
	Мужчины	Женщины	Всего	%	Мужчины	Женщины	Всего	%
Есть	11	6	17	17,0	12	12	24*	32,0
Нет	41	42	83	83,0	26	25	51	68,0
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05.*

Анализ ведущих мотивов суицидального поведения показал следующее. Наиболее распространенным мотивом явился «призыв о помощи», направленный на привлечение внимания к ситуации: 37,0 % – в группе с единственной суицидальной попыткой, 37,4 % – в группе с повторными суицидальными попытками. Протестные формы, отражающие агрессивную позицию суицидента, также встречались одинаково часто (25,0 и 21,3 %). Реже выявились избегание угрозы путем самоустранения, отказа от жизни, самонаказания и самопожертвования. Статистически достоверных различий ни по одному из ведущих мотивов суицидального поведения в сравниваемых группах не отмечалось.

Оценка субъективного отношения суицидентов к совершению суицидальных попыток в ближайшем постсуицидальном периоде в анализируемых группах не выявила статистически значимых различий. Негативное отношение с чувством стыда, раскаяния, осуждения за совершенные действия чаще встречалось в группе лиц с единственной суицидальной попыткой (32,0 %), чем при повторных суицидальных действиях (21,3 %). Безразличное отношение к совершенному чаще, по сравнению с группой лиц с первичной суицидальной попыткой (7,0 %), фиксировалось в группе лиц с повторными суицидальными действиями (16,0 %). Положительное, рентное отношение и отрицание суицидальной попытки при объективном подтверждении ее реализации наблюдались одинаково часто в анализируемых группах пациентов.

Сравнение типа аффекта после реализации суицидальной попытки в ближайшем постсуицидальном периоде в анализируемых группах выявило ряд отличий (табл. 79).

Таблица 79

Тип аффекта после реализации суицидальной попытки

Тип аффекта после совершения суицидальной попытки	Количество пациентов с суицидальными попытками							
	Первичные				Повторные			
	Мужчины	Женщины	Всего	%	Мужчины	Женщины	Всего	%
Отчаяние, скорбь	9	6	15	15,0	7	4	11	14,7
Безаффективное	6	6	12	12,0	8	10	18*	24,0
Раскаяние, стыд	13	21	34**	34,0	7	4	11	14,7
Возмущение, злоба	8	3	11	11,0	7	8	15	20,0
Тревога, страх	10	6	16	16,0	6	9	15	20,0
Обида	6	6	12	12,0	3	2	5	6,6
Всего	52	48	100	100,0	38	37	75	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01.*

В группе лиц с повторными суицидальными попытками достоверно чаще встречался показатель «безаффективное», «холодное» спокойствие – 24,0 % против 12,0 % (χ^2=4,35; p<0,05), а в группе пациентов с первичной суицидальной попыткой в ближайшем постсуицидальном периоде более характерным был показатель «раскаяние и стыд» – 34,0 % против 14,7 % (χ^2=8,39; p<0,01). Кроме того, в группе лиц с повторными суицидальными действиями чаще отмечалось состояние возмущения и злобы (20,0 % против 11,0 %), а в группе пациентов с единственной суицидальной попыткой – состояние обиды (12,0 % против 6,6 %), хотя данные показатели и не достигали статистически достоверных различий.

Анализ способов суицидальной попытки не выявил каких-либо статистически достоверных различий в анализируемых группах. В обеих группах суицидентов преобладало нанесение себе колото-резаных ран (шея, грудь, живот, конечности) – 39,0 и 37,3 %, реже встретились отравление – 25,0 и 22,7 %, самоповешение – 18,0 и 13,3 %, падение с высоты – 17,0 и 12,0 %. Обращает на себя внимание преобладание в группе суицидентов с повторными суицидальными попытками таких способов, как падение под транспорт, а также нанесение огнестрельных ранений, введение внутривенно воздуха, поражение электрическим током.

Для решения задач классификации в исследовании применялся дискриминантный анализ – метод многомерной статистики, позволяющий отнести объект с определенным набором признаков к одному из известных классов. Рассматривались 2 группы пациентов: 1-я группа (n=100) – пациенты с единственной суицидальной попыткой; 2-я группа (n=75) – пациенты с повторными суицидальными попытками.

Исходно рассматривался набор из 21 признака, которые по нашим данным и данным литературы являются факторами риска повторения суицидальных попыток: пол, возраст, образование, занятость, семейное положение, условия проживания, наследственная отягощенность психическими заболеваниями (I степени родства), наследственная отягощенность психическими заболеваниями (II степени родства), суицидальные действия родственников, психиатрический диагноз, употребление психоактивных веществ в анамнезе, алкогольное опьянение при совершении суицидальной попытки, мотивы реализации суицидальной попытки, субъективное отношение к совершенной суицидальной попытке, тип аффекта после реализации суицидальной попытки, способ совершения суицидальной попытки, возраст совершения первой суицидальной попытки, отклоняющееся поведение в анамнезе, нарушенный семейный фон в детстве, коморбидная патология, соматическая патология.

Первичный анализ исходных данных был направлен на выявление межгрупповых различий или тенденции к ним (критерии сравнения для независимых переменных).

Оценка информативности признаков, выбранных для анализа, дана в таблице 80. Проверка качества дискриминации основана на сравнении средних для исследуемых групп. Для проверки статистической значимости дискриминации рассматривают нулевую гипотезу о равенстве центроидов во всех группах (чтобы дискриминация была статистически значимой, эта гипотеза должна быть отвергнута). При этом используется коэффициент лямбда Уилкса (Wilks's lambda): чем он меньше (ближе к нулю), тем сильнее дискриминация. Представленные в таблице 80 переменные являются информативными параметрами с уровнями значимости от 0,0004 до 0,05. Наиболее информативным признаком является тяжелая соматическая патология у пациента (F=12,905).

Таблица 80

Оценка информативности признаков, включенных в линейные дискриминантные функции

N=175	Discriminant Function Analysis Summary (Матрица 225 нрмр) No. of vars in model: 5; Grouping: групп 22 (2 grps) Wilks' Lambda: ,75072 approx. F (5,169)=11,223 p<0,0000					
	Wilks' Лямбда	Частичны Лямбда	F-remove (1,169)	p-level	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
диагн10	0,769055	0,976161	4,12713	0,043767	0,987617	0,012383
алкан11	0,789139	0,951317	8,64841	0,003732	0,991618	0,008382
возсп17	0,802294	0,935719	11,60979	0,000820	0,822015	0,177985
наруш19	0,767831	0,977717	3,85168	0,051338	0,885875	0,114125
сомат21	0,808049	0,929054	12,90538	0,000429	0,922119	0,077881

Коэффициенты линейных дискриминантных функций представлены в таблице 81.

Таблица 81

Коэффициенты линейных классификационных функций

Переменная	Classification function	
	G_1:1 p=0,57143	G_2:2 p=0,42857
диагн10	0,172383	-0,19747
алкан11	-0,067600	0,45995
возсп17	1,279147	0,40862
наруш19	0,118093	0,48847
сомат21	-0,494020	0,17574
постоян	-0,994191	-1,10915

С использованием полученных коэффициентов линейные классификационные формулы выглядят следующим образом:

$$F_1 = -0,99 + 0,17 \times X_1 - 0,07 \times X_2 + 1,28 \times X_3 + 0,12 \times X_4 - 0,49 \times X_5$$

$$F_2 = -1,11 - 0,197 \times X_1 + 0,46 \times X_2 + 0,41 \times X_3 + 0,49 \times X_4 + 0,18 \times X_5,$$

где X_1 – психиатрический диагноз суицидента; X_2 – злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе; X_3 – возраст совершения первой суицидальной попытки; X_4 – деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве; X_5 – тяжелая соматическая патология.

Объект будет относиться к той группе, где max F_i (i=1, k), k – количество групп, k=2.

Качество выработанных правил оценивалось сопоставлением результатов классификации с исходной классификацией объектов в обучающей матрице (табл. 82).

Таблица 82

Оценка чувствительности решающих правил

Группа	Classification Matrix (Матрица 225 нрмр) Rows: Observed classifications Columns: Predicted classifications		
	Процент исправлений	G_1:1 p=0,57143	G_2:2 p=0,42857
G_1:1	84,00000	84	16
G_2:2	65,33334	26	49
Всего	76,00000	110	65

Точность диагностики по решающим правилам в среднем достаточно высока – 76 %: в первой группе – 84 %, во второй – 65,3 %. Недостаточная точность диагностики для второй группы объясняется значительным перекрытием симптомов для этих групп. С использованием уравнения канонической линейной дискриминантной функции (КЛДФ) были рассчитаны канонические значения для каждого из 175 человек, принимавших участие в формировании первой и второй групп (табл. 83). Для наглядной демонстрации результаты анализа по КЛДФ для первой и второй групп представлены на рисунках 18, 19. Группа первая распределена по каноническим переменным от –2,5 до 2,5 (среднее значение – 0,496). Группа вторая распределена от 3,0 до 3,0 (среднее значение – 0,66), что свидетельствует о «недостаточной разделимости» групп.

Таблица 83

Коэффициент канонической линейной дискриминантной функции (КЛДФ)

Переменная	Raw Coefficients (Матрица 225 нрмр) for Canonical Variables
	Корен1
диагн10	-0,319455
Алкан11	0,455670
возсп17	-0,751916
Наруш19	0,319912
Сомат21	0,578505
Постоян	0,231883
Eugenval	0,332052
Cum. Prop	1,000000

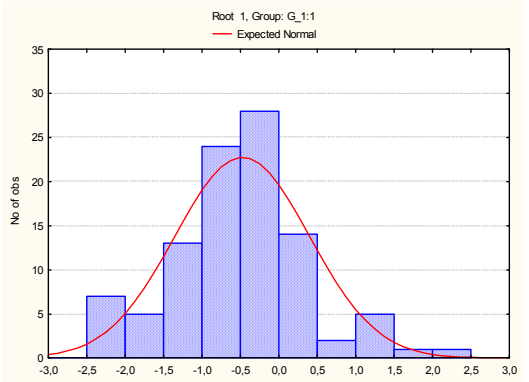

Рис. 18. Гистограмма по канонической переменной для первой группы

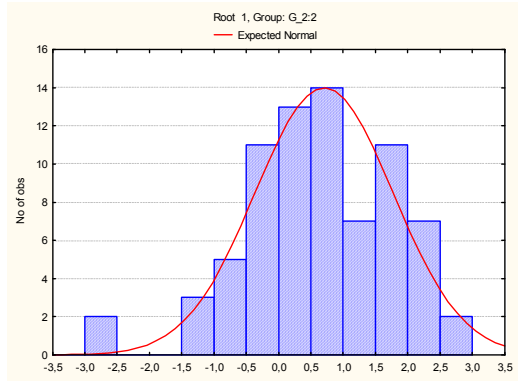

Рис. 19. Гистограмма по канонической переменной для второй группы

Проведенное исследование подтвердило полифакторную природу суицидального поведения, в том числе и повторного, позволило выявить статистически значимые отличия групп пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками по следующим факторам: возраст совершения первой суицидальной попытки ($p<0,0008$), психиатрический диагноз ($p<0,04$), частота госпитализаций в психиатрический стационар, наличие тяжелой соматической патологии ($p<0,0004$), злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе ($p<0,003$), отклоняющееся поведение в анамнезе ($p<0,003$), деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве ($p<0,05$), тип аффекта после реализации суицидальной попытки ($p<0,005$—$0,05$).

Методом дискриминантного анализа были выделены прогностически значимые факторы риска повторения суицидальных попыток: 1) возраст совершения первой суицидальной попытки; 2) наличие психической патологии более серьёзного регистра; 3) деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве; 4) злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе; 5) тяжелая соматическая патология.

Личностно-психологические детерминанты суицидального поведения являются эффективной мишенью для реализации превенции суицидального поведения. Считается, что решающими в повышении суицидального риска являются не конкретные характеристики личности, а степень ее целостности, сбалансированности в сочетании с морально-этической позицией. Ц. П. Короленко, А. Л. Галин (1978) выделяют следующие психологические особенности суицидентов: преобладание формально-логического типа мышления, чувствительность аффективной сферы, недостаточность активного воображения. Н. В. Конончук, В. К. Мягер (1977) выделяют такие основные личностные свойства суицидентов, как повышенная напряженность потребностей, высокая потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных образований. L. Y. Abramson, L. B. Alloy, M. E. Hogan et al. (1998), A. L. Beautrais, R. T. Mulder (1999) рассматривают безнадежность как познавательную уязвимость к депрессии и самоубийству. S. Kingsbury, K. Hawton, K. Steinhardt et al. (1999) среди других психологических характеристик, повышающих суицидальную угрозу, выделяют импульсивность.

На данном этапе исследования с целью выявления психологических предикторов рецидивирования суицидальных попыток была сформирована выборка из 60 человек, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1 в 2008—2009 гг. Пациенты были поделены на 2 группы: первая группа (n=30) – пациенты с единственной суицидальной попыткой, вторая группа (n=30) – пациенты с повторными суицидальными попытками.

В половом отношении группа с первичными суицидальными попытками имела схожую по численности картину с группой пациентов с повторными суицидальными попытками: мужчины – 60,0 и 53,3 %, женщины – 40,0 и 46,7 %.

Анализ возрастной структуры суицидентов показал, что в группе с единственной суицидальной попыткой средний возраст составил 33,16±16,2 года, в группе с повторными суицидальными действиями – 29,6±10,53 года. При анализе пациентов по возрастным группам ни в одном возрастном интервале статистически значимых отличий между группами не наблюдалось. Наибольшее число суицидальных попыток у женщин и мужчин в группе с единственной суицидальной попыткой приходилось на 30—39 лет (33,3 %), а в группе с повторными суицидальными попытками – на 20—29 лет (43,3 %). Образовательный уровень, структура занятости суицидентов двух групп не имели значимых отличий. Большинство пациентов обеих групп не имели своей семьи, так как не вступали в брак, были разведены или овдовели (73,4 и 70,0 %). При сопоставлении диагнозов пациентов двух групп в группе лиц с повторными суицидальными попытками чаще отмечались реактивные декомпенсации личностных расстройств – 33,3 и 3,3 % ($t=3,26$; $p<0,01$). В представленности других диагностических рубрик статистически значимой разницы не было.

Суицидальное поведение в отечественной психиатрии рассматривается как результат социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Согласно А. Г. Амбрумовой, основной детерминантой суицидального поведения является социально-психологическая дезадаптация личности в условиях межличностного и внутриличностного конфликта, когда суицидент не может найти адекватного способа его разрешения.

Большое число работ посвящено исследованию феноменологических особенностей социально-психологической дезадаптации, ее динамике и причинам ее формирования. Рассматривая вопрос о критериях оценки эффективности адаптации, большинство исследователей приходят к единодушному выводу, что один лишь критерий включенности индивида в процесс общественных отношений не является надежным. К субъективным критериям оценки эффективности адаптации относят: эмоциональный комфорт, оптимальные межличностные отношения, удовлетворяющие личность социальный статус и социальная ниша, которую она занимает; определенный психологический профиль личности, т. е. соответствующий уровень ситуативной и личностной тревожности, адекватная самооценка, ценностные ориентации, уровень притязаний и т. д.

Для выявления особенностей социально-психологической адаптации суицидентов нами использовалась методика «Опросник социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда (1954), адаптированная А. К. Осницким. Методика представляет собой набор из 101 высказывания, с помощью которых респондент оценивает себя. Достоверность ответов обеспечивается наличием шкалы лжи. Результаты ответов оцениваются по 15 шкалам («сырые» баллы). На основании «сырых» баллов по формулам высчитываются интегральные показатели уровня адаптации.

Методика позволяет выявить следующие показатели социальной адаптации: 1) общий уровень адаптивности/дезадаптивности (A) – показывает уровень адаптированности к среде; 2) приятия себя (S) – показатель характеризует, насколько человек принимает себя таким, какой он есть, т. е. адекватность восприятия себя; 3) приятие других (F) – позволяет выявить адекватность восприятия окружающих людей и тех социальных групп, членом которых человек является; 4) эмоциональная комфортность (E) – определяет, насколько человек доволен ситуацией в целом, своей деятельностью и своим социальным окружением; 5) интернальность (I) – показатель свидетельствует о склонности человека принимать ответственность за свои успехи и ошибки на себя; 6) стремление к доминированию (D) – степень выраженности лидерских качеств; 7) эскапизм (Es) – стремление к уходу от проблем, использование таких защитных механизмов, как отрицание и рационализация.

Результаты, полученные после сопоставления средних показателей социально-психологической адаптации в разных группах, представлены в таблице 84.

Таблица 84

Показатели выраженности социально-психологической адаптации

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Адаптивность (A)	60,57	55,32	65,92***
Самоприятие (S)	73,93	67,68	79,92***
Приятие других (F)	62,71	57,67	66,80**
Эмоциональный комфорт (E)	59,11	53,54	63,91**
Интернальность (I)	60,45	56,02	68,53***
Стремление к доминированию (D)	47,34	44,32	54,01**
Эскапизм (Es)	15,66	16,03	12,72**
Лживость (L)	29,10	26,90	26,22

*Примечание. Статистическая значимость различий: *– p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001. Здесь и далее: группа 1 – респонденты с первичной суицидальной попыткой; группа 2 – респонденты с повторным суицидом; группа 3 – контрольная (респонденты, не имеющие суицидальных наклонностей).*

Анализ полученных данных выявил значимые различия показателей социально-психологической адаптации во всех трех группах (достоверность ответов подтверждена). В контрольной группе (3) обнаружены статистически достоверно более высокие показатели по всем шкалам в сравнении с группой 2 (p<0,01–0,0001) и по 4 шкалам в сопоставлении с группой 1: адаптация-дезадаптация (p<0,05), самоприятие-неприятие себя (p<0,05), интернальность (p<0,01), эскапизм (p<0,01). Сравнение суицидентов групп 1 и 2 показало различие показателей по всем шкалам с наибольшим выражением в показателях адаптация-дезадаптация (p<0,05), самоприятие-неприятие себя (p<0,05). Таким образом, в сравнении с контрольной группой (3) в группах суицидентов (1 и 2) выявлена социально-психологическая дезадаптация. Наибольшая дезадаптивность отмечается в группе респондентов (2) с повторным суицидом и характеризуется сниженным уровнем самоприятия (аутоагрессии), приятия других (гетероагрессии) и эмоциональным дискомфортом.

Риск суицида у депрессивных больных составляет 10—15 % по сравнению с 1—2 % в общей популяции. Хотя большинство авторов считают депрессию одним из важных факторов суицидального риска, некоторые аспекты этой проблемы остаются дискутабельными. E. S. Shneidman (1984) приводит доказательства того, что связь между депрессией и суицидом не может быть безоговорочной. A. T. Beck, D. Lester (1973, 1976) полагали, что в основе суицида лежит не столько депрессия, сколько безнадежность положения. С целью оценки уровня депрессии у респондентов мы использовали шкалу депрессии Бека («Beck Depression Inventory», BDI; Beck A. T. et al., 1961), которая состоит из 21 пункта, описывающих различные компоненты депрессии. Каждый пункт оценивается по 3-балльной шкале с нарастающей тяжестью симптома. Результаты исследований представлены в таблице 85.

Таблица 85

Выраженность симптомов депрессии по шкале Бека

Показатель, баллы	Группа 1 (первичный суицид)		Группа 2 (повторный суицид)	
	абс.	%	абс.	%
Депрессия отсутствует (0—9)	11	36,7	8	26,7
Легкая депрессия (10—15)	5	16,6	6	20
Умеренная депрессия (16—19)	2	6,7	4	13,3
Выраженная депрессия (20—29)	10	33,3	7	23,3
Тяжелая депрессия (30—63)	2	6,7	5	16,7
Всего	30	100,0	30	100,0

Сравнение средних показателей по уровню депрессии в обеих группах пациентов достоверной разницы не выявило. Не исключено, что в большинстве случаев суицид носит, скорее всего, демонстративно-шантажный характер.

Интерес, на наш взгляд, представляют те суициденты, которые имеют высокий уровень депрессии и тяжелое депрессивное состояние. Депрессивное состояние выражалось в отвращении к себе, самообвинении, чувстве печали и тоски, ощущении собственной несостоятельности, нарушениях сна.

Для получения дополнительной информации мы провели исследование по выявлению суицидальных мыслей и желаний и получили следующие результаты (табл. 86). Данные таблицы 86 подтвердили наше предположение о том, что у суицидентов обеих групп, имеющих высокий уровень и тяжелую депрессию, отмечено наличие не только суицидальных мыслей, но и устойчивых желаний повторить суицидальную попытку.

Таблица 86

Характер суицидальных мыслей и желаний по шкале депрессии Бека

Показатель, баллы	Группа 1		Группа2	
	абс.	%	абс.	%
0 – У меня нет мыслей о самоубийстве	14	46,6	19	63,3
1 – У меня есть мысли о самоубийстве, но я не приведу их в действие	12	40,0	10	33,3
2 – Я бы хотел покончить с собой	3	10,0	-	-
3 – Я бы покончил с собой при подходящей возможности	1	3,4	1	3,4

Для оценки актуальных суицидальных намерений пациентов была использована и «Шкала суицидальных мыслей» («Scale for Suicide Ideation», SSI; Beck A. T. et al., 1979). Методика позволяет оценить отношение пациентов к жизни/смерти, выявить предпосылки для совершения суицида, обозначить характеристики предполагаемой суицидальной попытки, прогнозировать возможность реализации суицидальной попытки. Сравнение показателей шкалы SSI проводилось в группах пациентов с первичной суицидальной попыткой и повторными суицидом. В целом более высокие показатели (10,4 балла) выявлены у пациентов с повторными суицидальными действиями (против 6,47 балла в группе пациентов с единственной суицидальной попыткой) ($p<0,05$).

Анализ отдельных показателей шкалы суицидальных мыслей выявил статистически значимые отличия в характеристиках предполагаемой суицидальной попытки. Показатели у пациентов с повторными суицидальными попытками превышали соответствующие значения у пациентов с первичной суицидальной попыткой по «степени доступности метода и наличию возможности для совершения суицида» (0,97 и 0,47; $p<0,01$) и «субъективно ощущаемой способности к совершению суицида» (0,86 и 0,37; $p<0,01$). Пациенты с повторными суицидальными попытками выражали уверенность в том, что им хватит смелости, компетентности и возможности для совершения суицида.

Учитывая тот факт, что постсуицидальное состояние оценивается по трем критериям – актуальность конфликта после суицидальной попытки, наличие или отсутствие критического отношения к суициду, наличие или отсутствие суицидальных тенденций, после индивидуальной беседы мы установили, что в группу с критичным постсуицидальным состоянием вошли 46 % пациентов группы 1, для которой конфликт утратил свою актуальность, суицидальные действия «разрядили» пресуицидальную напряженность. Полагаем, что повторность суицидальной попытки в данном случае минимальна.

К аналитическому типу постсуицидального состояния мы отнесли 40 % пациентов группы 2. В этой группе конфликт попрежнему остается актуальным, но отношение к суицидальной попытке негативное и суицидальных тенденция пока нет. Такие пациенты находятся в поиске иных путей разрешения конфликта. Однако следует учитывать тот факт, что если пути не будут найдены, вновь вероятны попытки вернуться к суициду.

96,6 % пациентов обеих групп отнесены нами к манипулятивному типу постсуицидального состояния, для которого актуальность конфликта значительно уменьшилась за счет влияния суицидальных действий на ситуацию в пользу суицидента. Несмотря на то что пациенты не высказывают желание совершить суицид, отношение к нему у них рентное. В данном случае суицидент понимает, что подобные действия в будущем могут служить способом для достижения цели и средством влияния на ситуацию. При этом типе постсуицидального состояния имеется тенденция превращения истинных суицидов в демонстративно-шантажные.

Пациентов обеих групп общей численностью 6,8 % можно отнести к постсуицидальному состоянию типа «фиксированного суицида», для которого характерна хроническая дезадаптация личности, суицидальные тенденции сохраняются стойко, т. е. суицидальная попытка не прерывает суицидального состояния. В этой группе суицид актуален и является лишь вопросом времени.

Проведенное исследование позволило выявить статистически значимые отличия групп пациентов с единственной суицидальной попыткой и повторными суицидальными действиями.

1. Пациенты, причем не только с первичной суицидальной попыткой, но и с повторными суицидальными действиями, характеризовались сниженным уровнем социально-психологической адаптации по сравнению с группой контроля (опросник К. Роджерса и Р. Даймонда).

2. Наибольшая дезадаптивность отмечалась в группе пациентов с повторным суицидом и характеризовалась сниженным уровнем самоприятия (аутоагрессии), приятия других (гетероагрессии) и эмоциональным дискомфортом.

3. Суициденты с повторными суицидальными попытками высказывали большую уверенность в своей решительности и компетентности при совершении суицидальной попытки, чаще отмечали возможность для совершения суицида и большую доступность метода (шкала SSI).

4. Сравнение средних показателей депрессии по шкале депрессии Бека респондентов с единственной суицидальной попыткой и повторными суицидальными действиями не выявило значимой разницы.

Клиническое наблюдение

Больной М., 24 года, инвалид II группы в связи с травмой.

Наследственность психопатологически отягощена: оба деда злоупотребляли алкоголем. Отец, 47 лет, строитель, работает на своем предприятии, по характеру спокойный, мягкий, добрый. Ушел из семьи, когда сыну было 13 лет. Мать, 48 лет, главный бухгалтер фирмы. По характеру спокойная, «уравновешенная до поры, до времени», трудолюбивая, работает в нескольких фирмах, общительная. Сестра, 27 лет, в настоящее время домохозяйка, находится в отпуске по уходу за ребенком (6 месяцев), имеет высшее образование, замужем. По характеру мягкая, уравновешенная. Родился младшим из 2 детей в Иркутской области, беременность и роды у матери протекали без осложнений, раннее развитие без особенностей, ходить и говорить начал вовремя, грудное вскармливание до 9 месяцев. До года перенес операцию по поводу пахово-пупочной грыжи. Сноговорение, снохождение отрицает. Страдает энурезом с рождения до сих пор, во взрослой жизни – только в состоянии алкогольного опьянения. В детском возрасте болел ОРЗ, ветрянкой. В 10—11-летнем возрасте перенес клещевой энцефалит, лечился в инфекционной больнице. До школы посещал детский сад, проблем в адаптации не было. Рос подвижным, общительным, «любил болеть, потому что ухаживали, проявляли любовь и заботу, почему-то все время хотелось внимания».

В школу пошел с 6 лет, до 4-го класса учеба давалась легко, учился на «отлично». В дальнейшем успеваемость снизилась из-за ухудшения

памяти и сообразительности, «может частично и из-за лени», «не хотелось особо себя напрягать». Взаимоотношения со сверстниками были хорошими, в кругу своего общения был ведомым, недостаточно организованным. В 13-летнем возрасте внешне спокойно перенес уход из семьи отца, но «внутри сильно переживал». Мать много работала, чтобы «мы хорошо жили», отец финансово помогал семье, но от воспитания сына практически устранился. В свободное от учебы время непродолжительное время занимался рукопашным боем, футболом. Окончил удовлетворительно 9 классов общеобразовательной школы, затем СПТУ по специальности автослесаря. В армии не служил, был признан негодным к службе из-за травмы позвоночника. После окончания СПТУ работал в различных организациях (шиномонтажная мастерская, стройка, в организации по изготовлению и монтажу наружной рекламы, копировальном центре и т. п.), продолжительность работы на одном месте не превышала нескольких месяцев. Менял места работы «то из-за низкой зарплаты, то не нравилось, чем занимался, то после больницы увольняли».

Холост, проживает с матерью и отчимом в благоустроенной квартире. Ранее были теплые, доверительные отношения, в последние 2—3 года на фоне алкоголизации стал часто конфликтовать с отчимом. В настоящее время общение стало носить более формальный характер: «кого мать выбрала вместо отца, вы видели?», «он мне не нравится».

Мать характеризует пациента как безвольного, бесцельного, требующего постоянного контроля: «его постоянно надо стимулировать к работе, может пообещать и не выполнить обещание». С 17-летнего возраста стал уделять меньше внимания личной гигиене, чистоте своей одежды, порядку в своей комнате, бурно реагировал на критику со стороны матери и отчима.

С 18 лет стал злоупотреблять алкоголем, наблюдаются запои до 2 недель, светлые промежутки 2—3 недели. Толерантность – 2,5 литра светлого пива. Алкогольный абстинентный синдром проявляется головными болями, разбитостью, слабостью, потливостью, тошнотой, тремором рук. Предпочтение отдает пиву и энергетическим коктейлям. Наблюдаются алкогольные амнезии. В состоянии алкогольного опьянения «сносит крышу, я сам себя не помню», «если компания буйная, я стараюсь не выделяться, а если нет – то у меня все на позитиве и меня несет».

В возрасте 16 лет из-за ссоры с девушкой в компании друзей, будучи в состоянии алкогольного опьянения, на глазах у присутствующих выпрыгнул с 4-го этажа. Получил травму позвоночника, ноги, лечился стационарно, после выписки с девушкой отношения не поддерживал.

В возрасте 18 лет в состоянии алкогольного опьянения, находясь на дне рождения товарища, приревновал свою девушку. После бурного выяснения отношений с ней, на глазах у окружающих, выбросился из окна 5-го этажа. В результате падения получил сочетанную травму: закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга тяжелой степени, перелом свода черепа в теменной области справа, перелом костей таза. В течение месяца находился на стационарном лечении ГКБ № 3 Иркутска,

в коматозном состоянии пробыл 10 дней, был выписан в удовлетворительном состоянии. После выписки развились осложнения со стороны трахеи, в связи с чем был госпитализирован в отделение торакальной хирургии ОКБ № 1 с диагнозом: Постинтубационный стеноз трахеи. Дыхательная недостаточность III ст. Проведена трахеопластическая трахеостомия. По словам матери, после выписки сожалел о содеянном, первое время жил у своей девушки, вел себя с ней жестоко, таскал ее за волосы, постоянно предъявлял массу претензий, обижал. В результате отношения прекратились вскоре после выписки из стационара, по инициативе девушки. Сам пациент события, предшествующие суицидальной попытке, амнезировал. Восстановительный период прошел дома, постепенно вернулся к нормальному образу жизни, устраивался в различные организации, но работал непродолжительное время. Мать пациента отмечает, что сын стал более раздражительным, вспыльчивым, конфликтным. В 21 год с финансовой помощью отца открыл свое индивидуальное предприятие по ремонту компьютеров и копировальным работам. В это же время увлекся компьютерными играми, посещал ночные компьютерные клубы, «глаза становились дикими, восхищался своими победами», втайне от родителей непродолжительное время курил «травку». Заводил многочисленные отношения с женщинами, любые неурядицы с ними выяснял громко, демонстративно. Причина бурного скандала могла быть незначительной, но «раздувалась» пациентом до грандиозного конфликта с суицидальными угрозами и шантажом.

В возрасте 22 лет на фоне алкогольного опьянения вновь предпринял суицидальную попытку. Причиной явилась ссора по поводу взаимоотношений с очередной девушкой. На ее глазах, «назло врагам», выпрыгнул из окна 5-го этажа. Доставлен в ОКБ № 1 с диагнозом: Сочетанная травма. Политравма. Переломы костей таза, бедра, пяточной кости. Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени. Закрытая тупая травма живота, грудной клетки. Шок II—III ст. В коматозном состоянии находился около недели, был оперирован по поводу репозиции костных отломков. После 1,5-месячного лечения был выписан в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдение и амбулаторное лечение по месту жительства. Был наложен аппарат Илизарова, с которым пациент в дальнейшем находился более 6 месяцев: 3 месяца был не способен к самостоятельному передвижению, еще 3 месяца ходил на костылях. Определена II группа инвалидности по травме. После выхода из тяжелого состояния раскаивался по поводу суицидальной попытки («я – дурак, ненормальный, зачем все это сделал?»). Девушка, во время ссоры с которой предпринял суицидальную попытку, разорвала с ним отношения. После выписки из стационара стал отмечать значительные нарушения памяти: «не помню многие события прошлого, часто забываю, что было вчера». Нарушился сон (с длительным периодом засыпания, частыми ночными пробуждениями). Окружающие люди стали замечать его эмоциональную лабильность, неустойчивость настроения, практически ежедневный прием алкоголя.

В связи с вышеуказанными нарушениями через полгода после последней травмы, по инициативе родителей, был консультирован психиатром и направлен на стационарное лечение.

С 14.06.2011 г. по 22.07.2011 г. находился на стационарном лечении в ИОКПБ № 1 с диагнозом: Органическое расстройство личности сложного генеза (травматического, токсико-дисметаболического) с умеренным эмоционально-волевым и мнестико-интеллектуальным снижением. Хронический алкоголизм II стадии.

Психический статус при поступлении: сознание ясное. Контакту доступен, ориентирован правильно. Внешне опрятен, мимика живая. Отвечает по существу заданных вопросов. Мышление последовательное, обстоятельное. Память, интеллект умеренно снижены. Внимание неустойчивое, объем внимания сужен. Эмоционально лабилен, хочет понравиться собеседнику. Фон настроения неустойчивый. Бреда, обманов восприятия не выявляется. Критика к своему состоянию неполная.

Проведенное лечение: карбамазепин, амитриптилин, феназепам, кортексин, кавинтон, церебролизин, витамины группы В.

После проведенной терапии стал более спокойным, доброжелательным, избирательно общительным. Пытается строить планы на будущее. Фон настроения выровнялся, стал более устойчив эмоционально. Выписан под наблюдение участкового психиатра по месту жительства. Продолжил работать, поддерживающего лечения не принимал.

За время лечения в стационаре познакомился с пациенткой старше себя на 12 лет, у которой есть 12-летний сын. После выписки поддерживал с ней близкие отношения, против которых была настроена мать пациента, на почве этого в семье часто возникали ссоры. Со временем мать изменила свое отношение к избраннице сына, приняла ее у себя дома, где они и жили последние 2 месяца. Однако у нашего пациента не сложились отношения с 12-летним сыном сожительницы, с которым он постоянно конфликтовал, в связи с этим женщина месяц назад сделала выбор в пользу сына и вернулась жить к себе домой. После этого стал часто алкоголизироваться и звонить бывшей подруге с попытками примирения, угрозами о суициде, постоянно шантажировал своим поведением.

9 марта 2012 г., после очередной неудачной попытки накануне помириться и отказа очередной избранницы вернуться к пациенту, принял «как минимум 20 конвалюток» карбамазепина и амитриптилина, запив большим количеством энергетических напитков. Был обнаружен матерью в бессознательном состоянии в закрытой комнате только на следующий день. Госпитализирован в токсикологический центр, где находился в коматозном состоянии в течение 5 суток. После проведения ИВЛ, дезинтоксикационной, антибактериальной, симптоматической терапии на 10-е сутки переведен в психиатрический стационар ИОКПБ № 1 с диагнозом: Острое отравление психотропными препаратами тяжелой степени тяжести. Токсико-дисметаболическая энцефалопатия. Кома II Б. Внебольничная левосторонняя полисегментарная пневмония.

При поступлении в психиатрический стационар жалоб не предъявлял. Сознание ясное. Ориентирован во всех сферах правильно. Контакту доступен, на вопросы отвечает тихим голосом, на лице улыбка, сменяющаяся печальным выражением лица. Сразу же стал выяснять, когда выписка, уверять врача в том, что попал в психиатрический стационар по глупой ошибке. Мышление конкретное, вязкое. Внимание поверхностное, отвлекаемое, истощаемое. Волевые побуждения снижены. Эмоционально лабилен, незрел. Фон настроения неустойчив. Активной продукции не выявляется. Критика к своему состоянию недостаточная. Суицидальных тенденций на момент осмотра не выявляется.

В отделении: на следующий день после поступления при беседе с врачом плачет – «я за эти сутки столько обдумал и понял, что надо бросать пить!». Свою суицидальную попытку объясняет тем, что в течение дня происходят перепады настроения: хорошее – «появляется желание что-то делать», которое сменяется на подавленное – «смотрю в телевизор и вижу одну картинку, раздражает все, как-то не спокойно». Отмечает, что примерно с 16 лет «живу с пониженной самооценкой, не получается строить взаимоотношения с девчонками. Из-за того, что меня грубо пресекали, стал неуверен в себе». Неустойчив в личных отношениях – «меня несет налево, а если еще и выпью, то вообще крышу сносит, тогда себя не помню». Быстро освоился в отделении, охотно общается с соседями по палате, настроен на лечение: «сколько надо пролечиться – столько и буду». На свиданиях с родственниками ведет себя спокойно, обещает в будущем не совершать подобных поступков.

Результаты обследования. Лабораторные *исследования*: без отклонений от нормы. *Флюорография* органов грудной клетки: легкие, сердце, аорта – в норме. *Краниография*: без патологии. *Электроэнцефалограмма*: умеренные диффузные изменения ирритативного характера, признаки дисфункции срединных структур мозга на стриопаллидарном уровне. *Эхоэнцефалография*: срединные структуры не смещены. Третий желудочек 4 мм. Пульсация ЭХО-сигналов не изменена.

УЗС органов брюшной полости. Умеренная гепатомегалия. Диффузные умеренные изменения ткани печени, незначительные изменения ткани поджелудочной железы. Хронический пиелонефрит.

Терапевт. Хронический гепатит токсического генеза. Розовый лишай. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Невролог. Состояние после острого отравления психотропными средствами тяжелой степени. Энцефалопатия сочетанного генеза (токсико-дисметаболического, посттравматического). Полинейропатия.

Окулист. Ангиопатия сетчатки, подозрение на открытоугольную глаукому. Рекомендовано обследование по месту жительства.

Психолог. Умеренное нарушение в эмоционально-волевой сфере неустойчивого типа, с нерезким снижением в мнестико-интеллектуальной сфере на органически неполноценном фоне.

Лечение. Депакин-хроно до 500 мг, амитриптилин 250 мг, феназепам 1 мг, кортексин 10 мг в/м № 10, пантокальцин 1500 мг, мексидол 375 мг, витамины группы В.

Психический статус при выписке: жалоб не предъявляет. Сознание ясное. Ориентирован во всех сферах правильно. Охотно идет на контакт, доброжелателен, ответы по существу заданных вопросов. Внешне опрятен, следит за своим внешним видом. Мимика живая. Мышление последовательное, с элементами обстоятельности. Внимание неустойчивое. Память несколько снижена. Эмоционально стал спокойнее, уравновешеннее. Фон настроения выровнялся. Строит планы на расширение собственного бизнеса, «планирую еще купить множительной техники». Формально настроен на то, что «алкоголь – мой враг, надо прекращать пить». Сожалеет о совершенной суицидальной попытке, соглашается продолжить лечение у психотерапевта в амбулаторных условиях.

Выписан через 3 недели лечения с диагнозом: Инфантильное расстройство личности с суицидальным поведением на органически неполноценном фоне. Даны рекомендации продолжить наблюдение и лечение у участкового психиатра и психотерапевта.

Резюме. Наследственность отягощена алкоголизмом дедов с двух сторон. Ранее развитие без особенностей. Клещевой энцефалит, перенесенный пациентом в 10—11-летнем возрасте, стал причиной снижения школьной успеваемости после 4-го класса. Однако это могло совпасть с проявлением личностных особенностей пациента. Семейное взаимодействие в детстве носило деструктивный характер (уход из семьи и устранение от воспитания отца, гипоопека со стороны матери). Личностные особенности пациента можно охарактеризовать как эмоционально неустойчивые: психическая инфантильность, недостаточность прогнозирования, слабохарактерность, неорганизованность, склонность к аддиктивному поведению (алкоголизация, курение «травки», азартные игры). В дальнейшем стала проявляться аффективная нестабильность, выражающаяся в перепадах настроения (хорошее настроение сменяется раздражительностью и тревогой, которая обычно продолжается несколько часов). Трудовой маршрут крайне неустойчив: частые смены места работы, в том числе и из-за импульсивных поступков пациента. Для пациента характерны выраженная нестабильность в межличностных отношениях с девушками, непродолжительные периоды совместного проживания, многочисленные демонстративные выяснения отношений с угрозами и суицидальным шантажом.

Все 3 суицидальные попытки, предшествующие актуальной, начиная с 16-летнего возраста, были стереотипны: совершались в конфликтных ситуациях с девушками, продолжительность психотравмирующих ситуаций исчислялась минутами, пресуицидальный пери-

од был крайне непродолжительным, и практически суицид приближался к так называемому молниеносному, при котором момент принятия решения об уходе из жизни и его реализация практически совпадали. Ведущим мотивом суицидального поведения («категории личностного смысла») являлся протест. Все 3 раза пациентом выбирался один и тот же «жесткий» способ совершения суицида – падение с высоты. Безусловно, характер личностных расстройств, преобладание эмоциональной неустойчивости объясняют многое в модели поведения этого молодого человека. Однако выраженность аффекта, тяжесть совершенных суицидальных попыток могут быть связаны и с некоторыми преходящими моментами, не относимыми к категории постоянных личностных характеристик, выступающих как предиспозиционные суицидогенные факторы. Возможно, существенными факторами, обусловившими возникновение эмоционального взрыва, являлось наличие у пациента органически неполноценной почвы (в понимании С. Г. Жислина), многочисленной соматической патологии и алкогольного опьянения. Актуальная суицидальная попытка отличается от всех предыдущих следующими признаками: продолжительность пресуицидального периода составила несколько часов, ведущим мотивом суицидального поведения явился «призыв» («наверное, чтобы меня заметили, меня не слушают, не принимают мое мнение, навязывают свое, убеждают в обратном»); кроме того, был выбран более щадящий метод суицида – отравление медикаментами. Данный клинический случай является иллюстрацией наличия прогностически значимых факторов риска повторения суицидальных попыток, полученных дискриминантным анализом в нашей работе, а именно: ранний возраст совершения первой суицидальной попытки, деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве, употребление психоактивных веществ в анамнезе, тяжелая психическая и соматическая патология.

Таким образом, результаты данного этапа исследования позволили выявить высокий уровень суицидальных попыток среди жителей Иркутска в 2005—2007 гг. (197,2—210,0 на 100 тысяч населения), у женщин этот показатель равнялся 199,0—218,3 на 100 тысяч, а у мужчин – 195,0—217,2 на 100 тысяч населения. Соотношение завершенных суицидов к суицидальным попыткам составило 1:5,9 и 1:7,5.

Данные о динамике суицидальных попыток свидетельствуют о том, что среди населения Иркутска за 2005—2007 гг. отмечаются стабильно высокие показатели, как среди мужчин, так и среди женщин.

Группами риска, в которых установлены максимальные показатели парасуицидов, являлись группы 15—19 лет (408,2—521,1 на 100 тысяч) и 20—29 лет (358,2—380,3 на 100 тысяч). Изучение динамики распространенности суицидальных попыток у мужчин за 2005—2007 гг. показало, что наиболее высокие показатели стабильно наблюдались в возрастной группе 20—29 лет, у женщин максимальные интенсивные показатели распространенности суицидальных попыток отмечались в 15—19 лет.

Мужские суицидальные попытки превалировали в возрасте 20—29 лет, 30—39 лет и 60—69 лет, а женские – в возрастных интервалах 10—14 лет, 15—19 лет, 40—49 лет, 50—59 лет. Уровень суицидальных попыток в возрасте 70 лет и старше в зависимости от пола существенно не различался.

Максимальную долю среди мужчин, совершивших парасуициды, составляли группы 20—29 лет, 30—39 лет, а среди женщин – 20—29 лет, 15—19 лет.

Полученные данные о способах суицидальных попыток за 2005—2007 гг. в Иркутске свидетельствуют о том, что в большинстве случаев это были отравления, самопорезы и повешения. У мужчин в течение 3 лет доминировали самопорезы, реже встречались отравление и повешение. Женщины наиболее часто в качестве способа суицида выбирали отравление, реже – наносили самопорезы и пытались повеситься. Структура способов покушений на самоубийство традиционна для отечественных суицидентов. Мужчины чаще совершали более серьезные суицидальные попытки, требующие госпитализации в специализированные стационары.

Группами риска совершения суицидальных попыток по социальному положению были безработные, среди мужчин также отмечается увеличение доли рабочих и служащих за анализируемый период, а у женщин – доли студенток. Факторами риска являлись статус холостяка, развод и вдовство.

Более трети лиц, совершивших парасуициды, находились в состоянии алкогольного опьянения, чаще – мужчины.

Медицинскими факторами риска совершения суицидальных попыток являлись психические расстройства суицидентов. Анализ суицидогенеза пациентов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, показал, что в большинстве случаев (3/4) формированию суицидального поведения предшествовали отчетливый досуицидальный период и наличие антивитальных переживаний.

Подавляющее количество суицидентов сообщали о наличии желания совершить суицидальную попытку (97,4 %). Неотступное желание умереть высказывали лишь 14,9 %, у остальных суицидальные мысли носили мимолетный характер либо существовали более продолжительный период.

Среди суицидентов, поступивших в психиатрический стационар, из широкого спектра суицидальных реакций наиболее часто встречалась реакция негативных интерперсональных отношений.

Наиболее распространенными мотивами суицидального поведения у суицидентов являлись призыв и протест, т. е. чаще всего совершенные попытки следует расценивать как желание изменить ситуацию или отношение к ней, а не как стремление лишить себя жизни.

Ведущей сферой суицидального конфликта среди суицидентов, поступивших в психиатрический стационар, оказалась личностно-семейная.

Наиболее часто у парасуицидентов выявлялись психопатоподобные состояния, реже – депрессивные, психотические и невротические синдромы.

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у суицидентов показал преобладание органических психических расстройств различного генеза, а также шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств. Среди мужчин наиболее часто встретились пациенты с органическим поражением головного мозга и шизофренией, среди женщин – с аффективными расстройствами и шизофренией.

Анализ способов суицидальных попыток психически больных выявил преобладание нанесения суицидентами телесных повреждений в виде колото-резаных ран, реже встретились отравление и повешение.

Три четверти суицидентов впервые попали в поле зрения психиатров (74,7 %). 3,2 % пациентов проходили лечебно-консультативное лечение, 22,0 % находились под диспансерным наблюдением.

Проведенное исследование подтвердило полифакторную природу суицидального поведения, в том числе и повторного, позволило выявить статистически значимые отличия групп пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками по следующим факторам: возраст совершения первой суицидальной попытки ($p<0,001$), психиатрический диагноз ($p<0,05$), частота госпитализаций в психиатрический стационар, наличие тяжелой соматической патологии ($p<0,001$), злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе ($p<0,01$), отклоняющееся поведение в анамнезе ($p<0,01$), деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве ($p<0,05$), тип аффекта после реализации суицидальной попытки ($p<0,05$).

Прогностически значимыми факторами риска повторения суицидальных попыток явились возраст совершения первой суицидальной попытки, наличие психической патологии более серьёзного регистра, деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве, злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе, тяжелая соматическая патология.

Полученные результаты необходимо учитывать при оказании комплексной специализированной суицидологической помощи в условиях общесоматических и психиатрических лечебных учреждений. Помимо оказания экстренной медико-психологической помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии, необходим индивидуальный психотерапевтический подход, ориентированный, прежде всего, на эмоциональное приятие суицидента семьей и социумом и интеллектуальное овладение ситуацией; ослабление агрессивности и напряженности, изменение ценностного хаоса в положительные конструкты смысла жизни и целеполагания.

Глава 5

Сомнения в смысле жизни, таким образом, никогда нельзя рассматривать как проявления психической патологии; эти сомнения в значительно большей степени отражают истинно человеческие переживания, они являются признаком самого человечного в человеке.

В. Франкл

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УСТЬ-ОРДЫНСКОГО БУРЯТСКОГО ОКРУГА

Усть-Ордынский Бурятский округ (УОБО) расположен на юго-востоке Иркутской области и занимает площадь 22 400 км^2. Округ включает в себя 6 сельских районов (Аларский, Баяндаевский, Боханский, Нукутский, Осинский, Эхирит-Булагатский) с административным центром округа в поселке Усть-Ордынский (69 км от областного центра Иркутска). Население округа – 134,32 тысячи чел. (2008), плотность населения – 6,07 чел/км^2 (2008), удельный вес сельского населения – 100 %.

В 1958 г. округ стал называться Усть-Ордынским Бурятским национальным округом. В 1978 г. округ получил статус автономного. 30 сентября 1990 г. была принята декларация об экономическом самоопределении округа, в которой он провозглашался субъектом РФ и Иркутской области. В 2006 г. состоялся референдум по объединению Иркутской области и Усть-Ордынского Бурятского автономного округа, в результате которого с 1 января 2008 г. УОБАО вошел в состав Иркутской области с особым административным статусом и стал называться Усть-Ордынским Бурятским округом.

Согласно данным Всероссийской переписи населения 2002 г., в УОБО проживают русские (54,4 %), буряты (39,6 %), татары (3,0 %) и представители других национальностей (3,0 %).

Проведенный анализ частоты завершенных суицидов по различным регионам России позволил М. В. Гладышеву (2006) выделить 4 группы административных территорий: 1-я группа – низкий уровень распространенности самоубийств (0—10 случаев на 100 тысяч населения) (Ингушетия, Дагестан, Карачаево-Черкесия и Северная Осетия [Алания]); 2-я группа – средний уровень распространенности самоубийств (11—20 случаев на 100 тысяч населения) (Кабардино-Балкария, Ставропольский край, Ростовская область, Москва и Санкт-Петербург); 3-я группа

– высокий уровень распространенности самоубийств (21—60 случаев на 100 тысяч населения) – 71 субъект РФ, в том числе Иркутская область; 4-я группа – сверхвысокий уровень распространенности самоубийств (более 60 случаев на 100 тысяч населения) (Удмуртия, Бурятия, Республика Алтай, Усть-Ордынский Бурятский округ, Агинский Бурятский округ, Ненецкий, Корякский и Коми-Пермяцкий автономные округа).

Различия на сравниваемых территориях РФ достигают 100 и более раз.

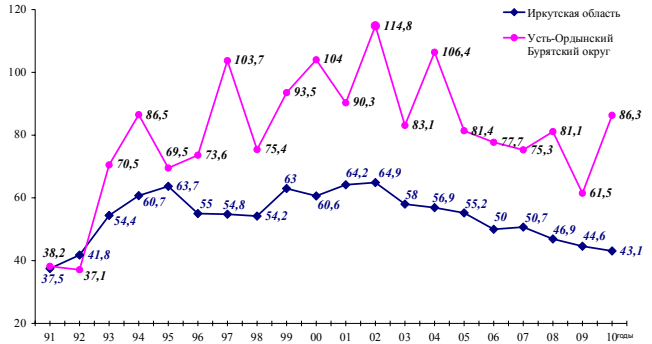

Рис.20. Динамика частоты суицидов в Иркутской области и Усть-Ордынском Бурятском округе (на 100 тысяч населения)

В соответствии с приведенным разделением Иркутская область входит в группу российских регионов с высокой частотой самоубийств (21—60 тысяч на 100 тысяч населения). За период 1991—2010 гг. частота законченных суицидов в Иркутской области колебалась от 37,3 на 100 тысяч в 1991 г. до 43,1 на 100 тысяч населения в 2010 г. (максимальный показатель составил 65,2 на 100 тысяч в 2002 г.) (рис. 20).

Еще большую тревогу вызывает сложившаяся драматическая ситуация в Усть-Ордынском Бурятском округе, который входит в число территорий России со сверхвысоким уровнем суицидов (Гладышев М. В., 2006; Положий Б. С., 2006). За последние 20 лет частота самоубийств в УОБО возросла с 33,8 на 100 тысяч в 1991 г. до 86,3 на 100 тысяч населения в 2010 г. (максимальный показатель составил 114,8 на 100 тысяч в 2002 г.). Вместе с тем углубленный анализ суицидального поведения жителей УОБО не проводился.

5.1. Социально-демографические и этнокультуральные характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, населения Усть-Ордынского Бурятского округа

5.1.1. Распространенность завершенных суицидов среди населения Усть-Ордынского Бурятского округа

Эпидемиологическим методом изучена частота завершенных суицидов среди населения Усть-Ордынского Бурятского округа за 2005—2009 гг. Сведения о численности населения районов округа, его половозрастной и этнической структуре, распространенности завершенных суицидов были получены в Иркутскоблстате, в ЗАГСах соответствующих районов, в Бюро судебно-медицинских экспертиз округа.

Изучение распространенности законченных суицидов среди контингента населения Усть-Ордынского Бурятского округа за 2005—2009 гг. показало сверхвысокий уровень данного показателя в 6 районах округа. За период 2005—2009 гг. показатель частоты завершенных суицидов в УОБО превысил областной показатель в 1,4—1,7 раза (табл. 87). Однако, как оказалось, установленные показатели практически не отличаются (p>0,05) от таковых среди сельского населения Иркутской области. Зафиксировано, что за 2005—2009 гг. жителями УОБО было совершено 505 законченных суицидов, из них 420 (83,2 %) – мужчинами и 85 (16,8 %) – женщинами.

Таблица 87

Динамика частоты суицидов за 2005—2009 гг. (на 100 тысяч населения)

Территория	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Усть-Ордынский Бурятский округ	81,4*	77,7*	75,3*	81,1**	61,5
Иркутская область	55,2	50,0	50,7	46,9	44,6
Сельская местность Иркутской области	77,2	71,9	78,2	73,6	66,8

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01.*

Анализ половых различий в отношении распространенности завершенных суицидов за 2005—2009 гг. показал (табл. 88), что данный показатель среди мужчин значительно превышает аналогичный показатель у женщин (p<0,001).

Соотношение женских и мужских завершенных суицидов в период 2005—2009 гг. составило 1:8, 1:4,9, 1:4,4, 1:5,2 и 1:5,4 (уменьшение пропорции связано с увеличением числа женских суицидов и снижением мужских).

Таблица 88

Динамика частоты суицидов в УОБО за 2005—2009 гг. (на 100 тысяч населения) в зависимости от пола

Пол	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Мужчины	149,6***	132,7***	126,3***	139,9***	106,8***
Женщины	18,6	27,2	28,6	27,1	19,9
Всего	81,4	77,7	75,3	81,1	61,5

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Изучение распространенности завершенных суицидов в различных возрастных группах населения УОБО за 2005—2009 гг. показало (табл. 89), что максимум частоты завершенных суицидов отмечался среди лиц 20—29 лет (среднее многолетнее значение составило 129,4 на 100 тысяч населения, значения колебались от 88,2 до 165,7 на 100 тысяч населения).

Таблица 89

Возрастная структура лиц, совершивших суициды, в УОБО в 2005—2009 гг. (на 100 тысяч населения)

Возраст	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Среднее значение за 5 лет
5—9 лет	20,3	-	-	-	-	4,2
10—14 лет	15,5	8,5	9,1	38,2	-	14,7
15—19 лет	101,6	106,1	123,8	114,8	82,5	108,9
20—29 лет	165,7	157,7	88,2	132,6	112,7##	129,4***
30—39 лет	131,0	118,9	118,8	142,9	71,5###	117,6
40—49 лет	95,7	84,1	96,9	94,9	65,4#	87,7**
50—59 лет	77,4	59,2	49,5	53,3	74,6	65,1***
60—69 лет	40,9	43,3	150,7	76,1	73,8##	75,9***
70 лет и старше	25,3	49,4	60,1	35,5	35,3	41,2
Всего	81,4	77,7	75,3	81,1	61,5	75,2

*Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: ** – p<0,01, *** – p<0,001. Межгрупповые: ## – p<0,01, ### – p<0,001.*

Несколько ниже данный показатель оказался в группе 30—39 лет (среднее значение – 117,6 на 100 тысяч населения, колебания значений от 71,5 до 142,9 на 100 тысяч населения) (p=0,52) и 15—19 лет (среднее значение – 108,9 на 100 тысяч населения, колебания показателей от 82,5 до 123,8 на 100 тысяч населения) (p=0,22). В 1,5—2 раза меньшие показатели завершенных суицидов наблюдались в группах 40—49 лет (среднее многолетнее значение – 87,8 на 100 тысяч населения) (χ^2=7,36; p=0,006), 50—59 лет (среднее многолетнее – 65,1 на 100 тысяч населения) (χ^2=20,44; p<0,001) и 60—69 лет (среднее многолетнее – 75,9 на 100 тысяч населения) (χ^2=13,18; p=0,0003). Распространенность завершенных суицидов в возрасте 5—9 лет и 10—14 лет была

представлена наименьшими значениями (средние значения – 4,2 на 100 тысяч населения и 14,7 на 100 тысяч населения).

Динамика показателей завершенных суицидов за 2005—2009 гг. в различных возрастных группах показала, что в лидирующих по распространенности суицидов возрастных группах отмечается снижение показателей: в 1,5 раза в интервалах 20—29 лет (с 65,7 до 112,7 на 100 тысяч населения) (χ^2=9,68; p=0,002), 40—49 лет (с 95,7 до 65,4 на 100 тысяч населения) (χ^2=5,59; p=0,018), в 1,8 раза в интервале 30—39 лет (с 131,0 до 71,5 на 100 тысяч населения) (χ^2=17,21; p<0,001). Стабильно высокие значения самоубийств в течение анализируемых 5 лет сохранились в возрасте 15—19 лет (с 101,6 до 82,5 на 100 тысяч населения) и 50—59 лет (с 77,4 до 74,6 на 100 тысяч населения). Неблагоприятная динамика завершенных суицидов наблюдается в старших возрастных группах: в 1,4 раза увеличились значения в возрасте 70 лет и старше (с 25,3 до 35,3 на 100 тысяч населения) (χ^2=1,35; p=0,24) и в 1,8 раза в возрасте 60—69 лет (с 40,9 до 73,8 на 100 тысяч населения) (χ^2=8,9; p=0,0029).

Изучение распространенности завершенных суицидов у мужчин УОБО за 2005—2009 гг. (табл. 90) показало, что стабильно высокие показатели отмечались в возрастных группах 20—29 лет (среднее многолетнее значение – 219,2 на 100 тысяч населения, колебания значений от 139,2 до 303,3 на 100 тысяч населения) и 30—39 лет (среднее многолетнее значение – 207,6 на 100 тысяч населения, колебания значений от 125,9 до 261,4 на 100 тысяч населения).

Таблица 90

Возрастная структура мужчин, совершивших суициды, в УОБО в 2005—2009 гг. (на 100 тысяч населения)

Возраст	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Сред. значение за 5 лет
5—9 лет	40,0	-	-	-	-	8,1
10—14 лет	15,3	16,8	18,1	76,8	-	25,4
15—19 лет	176,6	175,4	184,8	184,5	156,2	177,2
20—29 лет	303,3	247,2	139,2	228,7	197,6	219,2
30—39 лет	261,4	212,1	200,5	226,0	125,9	207,6
40—49 лет	164,8	161,6	177,7	184,5	112,7	160,9
50—59 лет	148,0	110,4	65,1	100,2	109,8	105,6
60—69 лет	68,3	107,3	366,4	145,1	139,4	163,4
70 и старше	40,7	79,7	115,5	38,2	75,7	70,2
Всего	149,6	132,7	126,3	139,7	104,9	130,6

Несколько реже суициды предпринимались в возрасте 15—19 лет (среднее многолетнее значение – 177,2 на 100 тысяч населения, колебания значений от 156,2 до 184,8 на 100 тысяч населения) (χ^2=4,24; p=0,039), 40—49 лет (среднее многолетнее значение – 160,9 на 100 тысяч населения, колебания значений от 112,7 до 184,5 на 100 тысяч населения) (χ^2=8,53; p=0,0035) и 60—69 лет (среднее многолетнее значение – 163,4 на 100 тысяч населения, колебания значений от 68,3 до 366,4 на 100 тысяч населения) (χ^2=7,9; p=0,0049). В каждой последующей возрастной группе показатель завершенных суицидов мужчин снижался в 1,5—2,5 раза, вплоть до минимальных значений у лиц 5—9 лет (среднее многолетнее значение – 8,1 на 100 тысяч населения) и 10—14 лет (среднее многолетнее значение – 25,4 на 100 тысяч населения).

Динамика показателей завершенных суицидов мужчин УОБО за 2005—2009 гг. показала снижение их уровня в 1,4 раза (χ^2=7,58; p<0,001). В группах с наибольшими значениями (20—29, 30—39, 40—49 и 50—59 лет) распространенность суицидов снизилась в 1,3—2,1 раза. В возрастном интервале 20—29 лет – с 303,3 до 197,6 на 100 тысяч населения (χ^2=21,53; p<0,001), 30—39 лет – с 261,4 до 125,9 на 100 тысяч населения (χ^2=46,31; p<0,001), 40—49 лет – с 164,8 до 112,7 на 100 тысяч населения (χ^2=9,34; p=0,0022), 50—59 лет – с 148,0 до 109,8 на 100 тысяч населения (χ^2=5,3; p=0,021). Отрицательная динамика показателей самоубийств наблюдается в старших возрастных группах: в 2 раза увеличились значения в возрасте 60—69 лет (с 68,3 до 139,4 на 100 тысяч населения) (χ^2=23,65; p<0,001), в 1,9 раза в возрасте 70 лет и старше (с 40,7 до 75,7 на 100 тысяч населения) (χ^2=9,87; p=0,0017).

Таблица 91

Возрастная структура женщин, совершивших суициды, в УОБО в 2005—2009гг. (на 100 тысяч населения)

Возраст	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Сред. значение за 5 лет
5—9 лет	-	-	-	-	-	-
10—14 лет	15,7	-	-	-	-	3,7
15—19 лет	24,3	35,7	62,2	57,4	16,0	39,6
20—29 лет	33,6	72,0	38,7	36,5	26,2	40,9
30—39 лет	10,9	34,1	45,2	67,9	22,6	36,2
40—49 лет	28,4	9,7	19,9	10,3	21,1	17,9
50—59 лет	13,4	37,7	35,4	11,2	43,4	28,8
60—69 лет	22,7	-	-	26,2	25,6	14,9
70 и старше	18,4	48,4	34,9	34,3	17,0	28,1
Всего	18,6	27,2	28,6	27,1	19,9	24,3

У женщин УОБО в 2005—2009 гг. максимальные интенсивные показатели частоты завершенных суицидов отмечались в возрастных интервалах 20—29 лет (среднее многолетнее значение – 40,9 на 100 тысяч населения, колебания значений от 26,2 до 72,0 на 100 тысяч населения), 15—19 лет (среднее многолетнее значение – 39,6 на 100 тысяч населения, колебания значений от 16,0 до 62,2 на 100 тысяч населения) и 30—39 лет (среднее многолетнее значение – 36,2 на 100 тысяч населения, колебания значений от 10,9 до 67,9 на 100 тысяч населения) (табл. 91).

В 1,4 раза реже суициды предпринимались в 50—59 лет (среднее многолетнее значение – 28,8 на 100 тысяч населения, колебания значений от 11,2 до 43,4 на 100 тысяч населения) (χ^2=1,73; p=0,188) и в 70 лет и старше (среднее многолетнее значение – 28,8 на 100 тысяч населения, колебания значений от 17,0 до 48,4 на 100 тысяч населения). В каждой последующей возрастной группе показатель снижался в 2—4 раза, достигая своего минимума среди детей 10—14 лет (среднее многолетнее – 3,7 на 100 тысяч населения).

Динамика показателей самоубийств женщин УОБО отличалась от таковой у мужчин УОБО. В женских возрастных группах 30—39 лет и 50—59 лет показатели самоубийств увеличились в 2,1—3,2 раза – с 10,9 до 22,6 на 100 тысяч населения (χ^2=3,56; p=0,059) и с 13,4 до 43,4 на 100 тысяч населения (χ^2=15,01; p<0,001). В отличие от мужчин УОБО, у которых в старших возрастных группах наблюдалось статистически достоверное увеличение показателей самоубийств, в женских возрастных группах 60—69 лет, 70 лет и старше значения завершенных суицидов оставались стабильными. Кроме того, наблюдается большая представленность суицидов в младших возрастных интервалах у мужчин УОБО: за анализируемые 5 лет в 2005 г. наблюдались случаи суицидов у мальчиков 5—9 лет (40,0 на 100 тысяч населения), а также 10—14-летних мальчиков в течение 4 лет (2005—2008 гг.) (от 15,3 до 76,8 на 100 тысяч населения). У девочек УОБО случаи суицидов в возрасте 5—9 лет отсутствовали, а в возрасте 10—14 лет встречались лишь в 2005 г. (15,7 на 100 тысяч населения).

Изучение возрастной структуры лиц, совершивших завершенные суициды, в УОБО в 2005—2007 гг. показало следующую картину (табл. 92).

Самая большая доля завершенных суицидов приходится на возраст 20—29 лет (17,8—31,7 %); несколько меньшие доли составляли 30—39-летние (14,6—22,0 %) (χ^2=5,75; p=0,016), 40—49-

летние (14,6—18,8 %) (χ^2=11,85; p<0,001) и 15—19-летние (13,4—19,8 %) (χ^2=13,61; p<0,001). Большинство пациентов, предпринявших самоубийства, в 2005—2009 гг. были лицами трудоспособного возраста (до 50 лет) – 74,4—81,7 %. В возрасте до 15 лет и старше 50 лет доля завершенных суицидов резко снижается.

Таблица 92

Динамика возрастной структуры лиц, совершивших завершенные суициды, в 2005—2009 гг. в УОБО (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
5—9 лет	2	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,4
10—14 лет	2	1,8	1	1,0	1	1,0	4	3,7	-	-	8	1,6
15—19 лет	17	15,6	18	17,3	20	19,8	17	15,6	11	13,4	83***	16,4
20—29 лет	29	26,6	30	28,8	18	17,8	29	26,6	26	31,7	132**	26,2
30—39 лет	23	21,1	20	19,2	20	19,8	24	22,0	12	14,6	99*	19,6
40—49 лет	20	18,4	17	16,4	19	18,8	18	16,5	12	14,6	86***	17,0
50—59 лет	11	10,1	11	10,6	8	7,9	9	8,3	13	15,9	52***	10,3
60—69 лет	3	2,8	3	2,9	10	9,9	5	4,6	5	6,1	26***	5,1
70 и старше	2	1,8	4	3,8	5	5,0	3	2,7	3	3,7	17***	3,4
Итого	109	100	104	100	101	100	109	100	82	100	505	100

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01, *** – p<0,001.*

Среди мужчин, предпринявших завершенные суициды, наибольшая доля суицидентов приходилась на 20—29 лет (табл. 93).

Таблица 93

Динамика возрастной структуры мужчин, совершивших завершенные суициды в 2005—2009гг. в УОБО (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
5—9 лет	2	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,5
10—14 лет	1	1,0	1	1,2	1	1,2	4	4,4	-	-	7	1,7
15—19 лет	15	15,6	15	17,6	15	18,5	13	14,5	10	14,7	68	16,2
20—29 лет	26	27,2	23	27,1	14	17,3	25	27,8	23	33,8	111	26,4
30—39 лет	22	22,9	17	20,0	16	19,8	18	20,0	10	14,7	83	19,8
40—49 лет	17	17,7	16	18,8	17	21,0	17	18,9	10	14,7	77	18,3
50—59 лет	10	10,4	8	9,4	5	6,2	8	8,9	9	13,3	40	9,5
60—69 лет	2	2,1	3	3,5	10	12,3	4	4,4	4	5,9	23	5,5
70 и старше	1	1,0	2	2,4	3	3,7	1	1,1	2	2,9	9	2,1
Всего	96	100	85	100	81	100	90	100	68	100	420	100

Более низкими оказались доли возрастных интервалов 30—39 (χ^2=4,89; p=0,027), 40—49 (χ^2=7,46; p=0,006) и 15—19 лет (χ^2=12,52; p<0,001). Аналогичная картина наблюдалась и среди женщин: наибольшая доля суициденток приходилась на возраст 20—29 лет (табл. 94)

Таблица 94

Динамика возрастной структуры женщин, совершивших завершенные суициды, в 2005—2009 гг. в УОБО (абс., %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14 лет	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2
15—19 лет	2	15,4	3	15,8	5	25,0	4	21,1	1	7,1	15	17,7
20—29 лет	3	23,1	7	36,8	4	20,0	4	21,1	3	21,5	21	24,7
30—39 лет	1	7,7	3	15,8	4	20,0	6	31,4	2	14,3	16	18,8
40—49 лет	3	23,1	1	5,3	2	10,0	1	5,3	2	14,3	9	10,6
50—59 лет	1	7,7	3	15,8	3	15,0	1	5,3	1	7,1	3	3,5
60—69 лет	1	7,7	-	-	-	-	1	5,3	1	7,1	3	3,5
70 и старше	1	7,7	2	10,5	2	10,0	2	10,5	1	7,1	8	9,4
Всего	13	100	19	100	20	100	19	100	14	100	85	100

Ниже были доли суицидентов, относившихся к возрастным интервалам 30—39 (χ^2=0,55; p=0,45), 40—49 (χ^2=4,9; p=0,026) и 15—19 лет (χ^2=0,88; p=0,347). Доля мужчин-суицидентов 50—59 лет несколько превышала долю женщин данного возраста (χ^2=2,54; p=0,11), а доля женщин-суициденток в возрасте 70 лет и старше в 4,5 раза превысила долю мужчин аналогичного возраста (χ^2=9,36; p=0,002).

Таким образом, наиболее уязвимой возрастной группой как среди мужчин, так и среди женщин, совершивших самоубийства в 2005—2009 гг., являлась молодежь 20—29 лет. Самые высокие показатели завершенных суицидов наблюдаются у молодых мужчин 20—29 лет (139,2—303,3 на 100 тысяч населения). Выявлено снижение количества суицидов за 5 лет в большинстве возрастных групп трудоспособного возраста у мужчин (20—59 лет) в 1,3—2,1 раза, у женщин такая картина наблюдается в двух возрастных интервалах – 15—29 и 40—49 лет. Однако в возрастных интервалах 30—39 и 50—59 лет у женщин произошло увеличение показателей суицидов за анализируемый период в 2,1—3,2 раза. Наблюдается отрицательная динамика самоубийств в старших возрастных группах мужчин (начиная с 60 лет и старше) в 1,9—2 раза, при стабильных показателях суицидов данной возрастной категории у женщин. В младших возрастных группах (5—9 лет, 10—14 лет) завершенные суициды чаще встречались у мальчиков.

5.1.2. Социально-демографические характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, бурятской и славянских национальностей населения Усть-Ордынского Бурятского округа

При анализе административных территорий РФ обращает внимание, что в группе со сверхвысокой частотой завершенных суицидов присутствуют многие национальные образования (Удмуртия, Бурятия, Республика Алтай, Усть-Ордынский Бурятский округ, Агинский Бурятский округ, Ненецкий, Корякский и Коми-Пермяцкий АО) (2006). Среди 4 лидеров по числу завершенных суицидов СФО в 2010 г. 3 территории принадлежат к национальным образованиям (Республика Тыва – 71,1 на 100 тысяч населения, Республика Алтай – 65,6 на 100 тысяч населения и Республика Бурятия – 64,7 случая суицидов на 100 тысяч населения). Исследования А. И. Лазебника (2000), В. И. Дубравина (2001), В. В. Васильева (2001), Б. С. Положего (2003, 2006, 2009) показали, что частота суицидов связана с этнической принадлежностью проживающих в нашей стране народов. По данным Б. С. Положего (2006), финно-угорские (по титульному населению) субъекты РФ постоянно находятся в числе лидеров по числу суицидов (Коми-Пермяцкий АО – 88,1 случая суицидов на 100 тысяч населения, Удмуртия – 56,5 случая, Республика Коми – 41,8 случая на 100 тысяч населения в 2008 г.). Установлены различия в частоте самоубийств не только между регионами, но и среди различных этнических групп одного и того же региона. В Республике Коми в 1996 г. уровень суицидов у лиц финно-угорской национальности в 2,3 раза превышал аналогичный показатель среди славян (94,9 и 41,5 на 100 тысяч населения) (Дубравин В. И., 2001).

Сложившаяся неблагополучная суицидологическая ситуация в Усть-Ордынском Бурятском округе привлекла наше внимание к изучению этнокультуральных аспектов распространенности завершенных суицидов на данной административной территории, национальный состав которой включает бурятскую и славянскую (преимущественно русские) этнические группы.

Целью нашего исследования явилось определение распространенности и других характеристик завершенных суицидов среди населения УОБО в зависимости от национальной принадлежности (бурятская, славянская субпопуляции) с последующей разработкой на основе полученных данных мер превентивного характера.

За 2002—2007 гг. на территории УОБО зарегистрировано 724 случая самоубийств, в том числе 609 (84,1 %) были совершены мужчинами, 115 (15,9 %) – женщинами. По этнической принадлежности: суицидентов бурятской национальности – 333 (46,0 %), славян – 366 (50,6 %), лиц других национальностей – 25 (3,4 %).

Рассмотрены показатели частоты суицидов в бурятской и славянской этнических группах населения УОБО за 2002—2007 гг. (табл. 95, 96, 97).

Распространенность самоубийств у лиц бурятской национальности превышала аналогичный показатель славян от 1,2 раза (p=0,3) до 1,4 раза (p=0,01). При этом за анализируемый период времени частота суицидов у бурят уменьшилась в 1,7 раза (χ^2=14,36; p<0,001), а у славян – в 1,4 раза (χ^2=4,48; p=0,034).

Таблица 95

Динамика частоты суицидов в бурятской и славянской субпопуляциях (на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Год	Буряты	Славяне	К
2002	141,7**	101,8*	1,4
2003	100,5**	73,5*	1,4
2004	117,1	99,5	1,2
2005	90,9	76,5	1,2
2006	88,8	73,7	1,2
2007	84,3	73,3	1,2
2002—2007 (среднегодовой показатель)	105,0	85,8	1,2

*Примечание. К – соотношение показателей частоты суицидов в бурятской и славянской субпопуляциях. Статистическая значимость различий: * – p<0,05, ** – p<0,01.*

Таблица 96

Частота законченных суицидов в зависимости от возраста и от пола у бурят УОБО за 2002—2007 гг. (абс.; на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
5—9	2	14,0	-	-	2	7,1
10—19	43	123,2	8	23,9	51***	74,6
20—29	77	385,2	13	60,5	90***	217,0
30—39	66	302,4	6	25,1	72**	157,6
40—49	60	234,4	12	44,6	72***	137,1
50—59	21	215,9	6	53,3	27***	128,7
60—69	12	159,2	-	-	12***	65,5
70—79	5	99,1	2	12,8	7***	33,9
80 и старше	-	-	-	-	-	-
Итого	286	184,3	47	29,0	333	105,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

За 2002—2007 гг. определен среднегодовой показатель частоты завершенных суицидов на 100 тысяч населения: у бурят – 105,0; у славян – 85,8 (χ^2=1,69; p=0,19).

Распространенность суицидов в славянской популяции имеет похожую зависимость от возраста (табл. 97). Динамика суицидов за 6-летний период у славян показала снижение их уровня в 1,4 раза (с 101,8 до 73,3 на 100 тысяч населения) (χ^2=4,48; p=0,034). Данная тенденция наблюдается среди мужчин-суицидентов славянской субпопуляции (уменьшение с 182,2 до 119,5 на 100 тысяч населения) (χ^2=12,3; p<0,001). Тогда как среди женщин-славянок, совершивших суициды, показатели в течение 6 лет оставались стабильными (28,6—31,6 на 100 тысяч населения) (χ^2=0,07; p=0,079).

Таблица 97

Частота законченных суицидов в зависимости от возраста и от пола у славян УОБО за 2002—2007 гг. (абс.; на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
5—9	-	-	-	-	-	-
10—19	54	111,6	9	17,5	63	63,1
20—29	75	255,7	15	47,3	90***	147,4
30—39	56	211,9	10	35,6	66**	121,1
40—49	59	182,2	9	27,2	68**	103,8
50—59	28	174,3	10	56,2	38*	112,2
60—69	21	179,2	4	21,4	25	82,1
70—79	8	131,7	6	46,3	14	73,6
80 и старше	1	202,0	1	38,0	2	63,9
Итого	302	144,5	64	29,4	366	85,8

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

В бурятской субпопуляции суицидентов снижение уровня суицидов за 2002—2007 гг. было еще более выражено: с 141,7 до 84,3 на 100 тысяч населения (χ^2=13,92; p<0,001). Положительная динамика уровня суицидов в бурятской субпопуляции наблюдается как среди мужчин (с 251,3 до 152,2 на 100 тысяч населения) (χ^2=23,78; p<0,001), так и среди женщин (с 39,6 до 21,6 на 100 тысяч населения) (χ^2=4,66; p=0,03).

Анализ суицидов среди лиц бурятской национальности в зависимости от возраста выявил ряд определенных закономерностей. Случаи суицидов среди бурят наблюдались уже в возрасте 5—9 лет – 7,1 на 100 тысяч населения. Показатель суицидов продолжает увеличиваться в возрастной группе 10—19 лет – 74,6, дости-

гая максимума в возрасте 20—29 лет – 217,0 (χ^2=67,98; p<0,001). В последующих возрастных интервалах показатель постепенно снижается в группе 30—39 лет – 157,6 (χ^2=8,95; p<0,0028); 40—49 лет – 137,1 (χ^2=17,6; p<0,001); 50—59 лет – 128,7 (χ^2=21,84; p<0,001). В дальнейшем резко снижается в старших возрастных интервалах 60—69 лет – 65,5 и 70—79 лет – 33,9 на 100 тысяч населения (p<0,001). Суицидов среди бурят 80-летнего возраста и старше не наблюдалось.

В возрасте 10—19 лет показатель составил 63,1 на 100 тысяч населения, частота суицидов достигает максимального значения в возрастной группе 20—29 лет – 147,4 (χ^2=32,77; p<0,001). Далее показатель снижается в возрастных интервалах 30—39 лет – 121,1 (χ^2=2,33; p=0,127) и 40—49 лет – 103,8 (χ^2=7,02; p=0,008). Несколько увеличившись в группе 50—59 лет – 112,2 (χ^2=4,46; p=0,034), показатель частоты суицидов резко снижается в возрастных интервалах 60—69 лет – 82,1; 70—79 лет – 73,6 и 80 и старше – 63,9 на 100 тысяч населения (p<0,001). В возрасте 5—9 лет суицидов среди детей славянских национальностей не наблюдалось.

Распространённость суицидов у лиц бурятской национальности в возрастных группах 10—19 лет, 20—29 лет, 30—39 лет, 40—49 лет и 50—59 лет превышает таковую у славян в 1,2—1,5 раза, а начиная с 60-летнего возраста частота суицидов у лиц славянских национальностей становится в 1,3—2,2 раза больше, чем среди бурят (табл. 98).

Таблица 98

Частота законченных суицидов в зависимости от возраста и пола в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО (на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	Славяне	Буряты	Славяне	Буряты	Славяне	Буряты
5—9	-	14,0	-	-	-	7,1
10—19	111,6	123,2	17,5	23,9	63,1	74,6
20—29	255,7	385,2***	47,3	60,5	147,4	217,0***
30—39	211,9	302,4***	35,6	25,1	121,1	157,6*
40—49	182,2	234,4*	27,2	44,6*	103,8	137,1*
50—59	174,3	215,9*	56,2	53,3	112,2	128,7
60—69	179,2	159,2	21,4***	-	82,1	65,5
70—79	131,7*	99,1	46,3***	12,8	73,6**	33,9
80 и старше	202,0***	-	38,0***	-	63,9***	-
Итого	144,5	184,3*	29,4	29,0	85,8	105,0

*Примечание. Статистическая значимость отличий: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Самый высокий уровень распространённости суицидов зарегистрирован среди мужчин бурятской национальности – 184,3 на 100 тысяч населения, что в 1,9 раза больше, чем среди мужчин Иркутской области (p<0,01), и в 1,3 раза больше, чем среди мужчин-славян УОБО (144,5 на 100 тысяч населения) (χ^2=4,63; p=0,031).

Распространённость мужских суицидов у лиц бурятской национальности в возрастных интервалах 20—29 лет, 30—39 лет, 40—49 лет, 50—59 лет превышает в 1,2—1,5 раза таковую у славян. В группах 10—19 лет и 60—69 лет частота суицидов в обеих этнических группах была одинаковой. В возрастном интервале 5—9 лет суициды отмечались лишь у мальчиков бурятской национальности (14,0 на 100 тысяч) (χ^2=12,07; p<0,001), а в возрасте 80 лет и старше – лишь у мужчин славянских национальностей (202,0 на 100 тысяч) (χ^2=199,8; p<0,001).

Распространённость суицидов среди женщин обеих этнических групп УОБО совпадала (бурятки – 29,0; славянки – 29,4 на 100 тысяч населения) и в 1,5 раза превышала данный показатель у женщин-суициденток по Иркутской области. Анализ частоты суицидов по возрастным интервалам показал, что в возрастных группах 10—19 лет, 20—29 лет, 40—49 лет данный показатель в 1,3—1,6 раза больше у женщин бурятской национальности, но лишь в возрастном интервале 40—49 лет разница достигала статистически значимых значений (χ^2=4,01; p=0,045). Показатели обеих этнических субпопуляций сближаются в группах 30—39 лет и 50—59 лет, а начиная с 60-летнего возраста частота суицидов у женщин славянских национальностей превышает таковой показатель у буряток в 1,3—3,6 раза (p<0,001).

В структурном отношении, как среди бурят, так и среди славян, наибольшую долю суицидентов составляли лица в возрасте 20—29 лет (27,0 и 24,6 %), далее – в возрасте 40—49 лет (21,6 и 18,6 %) и 30—39 лет (21,6 и 18,0 %), т. е. подавляющее большинство суицидентов являлись лицами трудоспособного возраста.

Таким образом, установлен сверхвысокий уровень распространенности завершенных суицидов в УОБО. Распространенность суицидов за 2002—2007 гг. у лиц бурятской национальности превышала аналогичные показатели у славян в 1,2—1,4 раза. За анализируемый период частота суицидов у бурят уменьшилась в 1,7 раза (p<0,001) (мужчины – в 1,7 раза, женщины – в 1,8 раза), у славян – в 1,4 раза (p<0,05) (мужчины – в 1,5 раза, у женщин показатели оставались стабильными).

Максимальные показатели распространенности завершенных суицидов, как среди лиц бурятской, так и славянской субпопуляции, наблюдались в возрастном интервале 20—29 лет. В возрастном интервале 10—59 лет уровень суицидов у бурят превышал в 1,2—1,5 раза показатели у славян, а с 60 лет суициды у славян встречались в 1,3—2,2 раза чаще, чем у бурят.

Уровень суицидов у бурятских мужчин в 1,3 раза превышал аналогичный показатель у мужчин-славян ($p<0,05$), уровни завершенных суицидов бурятских и славянских женщин не отличались.

Для углубленного изучения социально-демографических и этнокультуральных особенностей суицидального поведения была сформирована сплошная выборка, включающая лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших законченные суициды в 2005—2007 гг. Её численность составила 305 человек, из них 256 (83,9 %) мужчин и 49 (16,1 %) женщин. По национальности суициденты распределились следующим образом: буряты – 142 человека (46,6 %); славяне – 163 человека (53,4 %).

Анализ образовательного уровня среди суицидентов показал (табл. 99), что в обеих этнических группах большинство ($p<0,001$) имели среднее и среднеспециальное образование – 65,5 % (62,0 % – у русских и 69,7 % – у бурят), причем суицидентов бурятской национальности со средним образованием было достоверно больше, чем лиц славянских национальностей ($\chi^2=3,85$; $p=0,049$).

Таблица 99

Уровень образования суицидентов в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Уровень образования	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	9	5,5	12	8,5	21	6,9
Незаконченное высшее	-	-	3	2,1	3	1,0
Среднеспециальное	41	25,2	30	21,1	71	23,3
Среднее	60	36,8	69*	48,6	129	42,2
Незаконченное среднее	41	25,2	26	18,3	67	22,0
Начальное	12*	7,3	2	1,4	14	4,6
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p<0,05$.*

Начальное образование имели 26,6 % суицидентов (32,5 % русских и 19,7 % бурят; $\chi^2=4,86$; $p=0,027$). Высшее и незаконченное высшее образование было у 7,9 %, однако доля таковых среди бурят была несколько выше (10,6 и 5,5 %), чем у славян ($\chi^2=2,01$; $p=0,156$). В целом образовательный уровень был более высоким у суицидентов бурятской национальности.

Несмотря на то что преобладающее большинство суицидентов находилось в трудоспособном возрасте, только 26,9 % были адаптированы в трудовом отношении (24,6 % бурят и 28,8 % славян) (табл. 100).

Таблица 100

Профессиональный статус суицидентов в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Профессиональный статус	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Работающие	47	28,8	35	24,6	82	26,9
Учащиеся	4	2,5	6	4,2	10	3,3
Безработные	80**	49,1	84**	59,2	164	53,8
Инвалиды	11	6,7	4	2,8	15	4,9
Пенсионеры	21	12,9	13	9,2	34	11,1
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – $p<0,01$.*

Неработающие (учащиеся, инвалиды, пенсионеры по возрасту) составили 19,3 % (16,2 % бурят и 22,1 % славян). Особое внимание обращает на себя высокий уровень безработных. Более половины суицидентов – 53,8 % (59,2 % бурят и 49,1 % славян; $\chi^2=2,71$; $p<0,01$) не имели постоянного места работы. Следует отметить, что УОБО на общероссийском фоне выделяется повышенным уровнем общей безработицы, в 2004 г. она составила 10,5 %. Однако официальная статистика не отражает реальных масштабов трудовой незанятости. В сельском хозяйстве – основной отрасли занятости в округе – значительная часть населения учитывается как самозанятые. Другие, преимущественно женщины, вынуждены заниматься домашним и личным подсобным хозяйством. Безработица в УОБО носит затяжной характер, особенно среди мужчин: средняя продолжительность поиска работы составляет около 1 года.

Таблица 101

Брачный статус суицидентов в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Брачный статус	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Брак	75	46,0	60	42,3	135	44,3
Холост (не замужем)	67	41,0	66	46,5	133	43,6
Разведен (а)	15	9,2	12	8,4	27	8,8
Вдовец (ва)	6	3,7	4	2,8	10	3,3
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

Важным социально-демографическим фактором, характеризующим суицидентов, является брачный статус (табл. 101). В браке на момент совершения самоубийства состояли 42,3 % бурят, 46,0 % славян. Такое же число суицидентов бурят (46,5 %) и славян (41,0 %) были холостыми (незамужними). Разведёнными были 8,4 % бурят и 9,2 % славян. Вдовцы – 2,8 и 3,7 %. В обеих этнических группах одинокие люди (разведённые, вдовые, холостые и незамужние) составляли более половины суицидентов.

Таким образом, большинство суицидентов в обеих этнических группах имели среднее и среднеспециальное образование ($p<0,001$). Статистически достоверно среди бурят чаще встречались лица со средним образованием ($p<0,05$), а среди славян – с начальным ($p<0,05$). Подавляющее большинство суицидентов УОБО обеих этнических субпопуляций являлись лицами трудоспособного возраста, но лишь 26,9 % были адаптированы в трудовом отношении. Более половины лиц, совершивших самоубийство, обеих этнических групп были одиноки (55,7 %).

5.1.3. Этнокультуральные характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших завершенные суициды, в Усть-Ордынском Бурятском округе

По мнению ряда исследователей, изучение суицидов требует выявления определенных характеристик – таких как мотивы и способы совершения суицидов, условия совершения суицида, факт алкогольного либо наркотического опьянения, наличие суицидальных попыток в анамнезе. Выбор способа самоубийства зависит от ряда факторов, таких как длительность и острота пресуицидального периода, истинность и серьезность суицидального решения, особенностей личностной структуры суицидентов, представления о летальности способа, культурально-исторические особенности, доступность потенциальных орудий самоубийства.

Сравнение способов суицидов среди суицидентов славянских и бурятской национальностей показало следующее (табл. 102). Подавляющее большинство суицидентов выбрали самоповешение ($p<0,001$): 94,5 % славян, 97,9 % бурят. Повешение часто выбиралось вне зависимости от пола суицидента. Это согласуется с точкой зрения A. J. Kposowa (2006) о том, что использование женщинами менее летальных методов, чем мужчинами, подтверждается частично и что такой высоколетальный метод, как повешение, используется часто как мужчинами, так и женщинами.

Таблица 102

Способы самоубийств в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Способ суицида	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	154***	94,5	139***	97,9	293	96,1
Отравление	5	3,1	-	-	5	1,6
Огнестрельные ранения	2	1,2	2	1,4	4	1,3
Колото-резаные ранения	2	1,2	1	0,7	3	1,0
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Удельный вес совершивших суицид путём самопорезов, отравлений и огнестрельных повреждений невелик (0,7—3,1 %) и практически одинаков в группах. Обращает внимание высокий процент самоповешения, превышающий долю самоповешения в других регионах России (Тюлькин Е. П., Витер В. И., 1989; Положий Б. С., Лазебник А. И., 2006; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2008). Исследования M. E. Leslie et al. (2011) в Виржинии были посвящены изучению выбора метода суицида в зависимости от пола и расы. Выявлено, что белые мужчины и женщины выбирали огнестрельное оружие – 64 и 37 %, отравление – 12 и 42 %. Повешение было представлено в схожих пропорциях – 19 и 16 %. Аналогичная картина наблюдалась среди чернокожих мужчин и женщин. Иные закономерности отмечены среди азиатских мужчин и женщин. Наиболее часто суициденты азиатской расы использовали повешение – 41 и 53 % случаев, реже – огнестрельное оружие – 29 % мужчин и 15 % женщин, отравление – 13 и 15 %. Т. е. для белых и чернокожих суицидентов выбор метода был более связан с полом, чем с расой, в отличие от суицидентов азиатской расы.

Выявлено, что 68,7 % славян и 64,1 % бурят ($p<0,001$) совершили суициды дома (табл. 103). Достоверно реже самоубийства наблюдались в других (удаленных от внимания посторонних) местах (лес, бани, сараи, дачи, гаражи): 29,5 % – среди славян ($\chi^2=48,72$; $p<0,001$) и 33,1 % – среди бурят ($\chi^2=26,06$; $p<0,001$). Количество суицидов, совершённых в общественных местах, крайне мало (1,8 % – у славян и 2,8 % – у бурят). Таким образом, большинство суицидентов обеих этнических групп (97,7 %) совершили самоубийства в местах, скрытых от посторонних лиц. Этот факт согласуется с известными данными о том, что число лиц, совершивших завершенные суициды дома, в 3—3,5 раза превышает число лиц, сделавших это вне родных стен (открытые пространства, железнодорожные пути и пр.).

Таблица 103

Места совершения суицидов в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Места совершения суицида	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дома	112***	68,7	91***	64,1	203*	66,6
Другое место (лес, бани, сараи и т. д.)	48	29,5	47	33,1	95	31,1
Общественное место	3	1,8	4	2,8	7	2,3
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

*Примечание. Статистическая значимость отличий: *** – p<0,001.*

Изучение сезонности самоубийств выявило, что максимум самоубийств приходится на лето как у славян (36,8 %), так и у лиц бурятской национальности (36,6 %). Примерно одинаковое число суицидов среди славян наблюдалось осенью (23,3 %) (χ^2=7,67; p<0,01) и весной (21,5 %) (χ^2=9,95; p<0,01), а в бурятской популяции второе место по частоте занимали весенние суициды (29,6 %) (p>0,05), затем следовали осенние (19,0 %) (χ^2=10,1; p<0,01). Минимальное количество завершённых самоубийств в обеих этнических группах наблюдалось зимой: славяне – 18,4 % (χ^2=12,91; p<0,001) и буряты – 14,8 % (χ^2=16,59; p<0,001) (табл. 104).

Таблица 104

Сезонное распределение самоубийств в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Сезон	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зима	30	18,4	21	14,8	51	16,7
Весна	35**	21,5	42*	29,6	77**	25,3
Лето	60**	36,8	52**	36,6	112**	36,7
Осень	38	23,3	27	19,0	65	21,3
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

Анализ совершения суицидов по месяцам установил следующие закономерности (табл. 105). Среди бурят наиболее часто суициды совершались в августе (16,2 %), мае и июле (по 11,3 %), а минимальное их количество приходилось на декабрь (2,8 %) (p<0,001). Среди славян частота суицидов была наибольшей в июле (16,6 %), августе (14,1 %) и сентябре (10,4 %), а минимум приходился также на декабрь (3,1 %) (p<0,001). Полученные данные подтверждают общеизвестный факт уменьшения количества суицидов в зимний период (Юрьева Л. Н., 2001; Kposowa A. J., 2003; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2008).

Таблица 105

Помесячная динамика завершенных суицидов в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Месяц	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Январь	14	8,6	6	4,2	20	6
Февраль	11	6,7	11	7,7	22	7,2
Март	9	5,5	11	7,7	20	6
Апрель	13	8,0	15	10,6	28	9,2
Май	13	8,0	16	11,3	29	9,5
Июнь	10	6,1	13	9,2	23	7,5
Июль	27	16,6	16	11,3	43	14,1
Август	23	14,1	23	16,2	46	15,1
Сентябрь	17	10,4	8	5,6	25	8,2
Октябрь	15	9,2	12	8,5	27	8,9
Ноябрь	6	3,7	7	4,9	13	4,3
Декабрь	5	3,1	4	2,8	9	3,0
Всего	163	100,0	142	100,0	305	100,0

Таким образом, статистически достоверное (p<0,001) увеличение суицидальной активности наблюдалось у лиц обеих национальностей летом, а среди лиц бурятской национальности и в весенний период (p<0,05).

Одной из важных характеристик суицидального поведения является наличие алкогольного опьянения в момент совершения суицида. Многие исследователи (Wasserman D., 1993; Picola S.,1999; Taylor C. et al., 1999) указывают на факт, что около 60 % самоубийств совершаются в состоянии алкогольного опьянения. D. Wasserman et al. (1998), анализируя ситуацию в России в период перестройки, напрямую связывает рост суицидов с употреблением алкоголя. Однако такая очевидная связь не является прямолинейной, а прием алкоголя может быть не только причиной, но и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению (Амбрумова А. Г., 1978; Войцех В. Ф., 2006). В. Ф. Войцех (2006, 2007) рассматривает алкоголизацию как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, как вынужденный уход от действительности, а не как собственно причину роста самоубийств.

Согласно полученным нами данным, в обеих этнических группах населения УОБО большинство лиц, совершивших завершенный суицид, в момент совершения самоубийства были в состоянии алкогольного опьянения – 195 чел. (63,9 %) (62,0 % славян и 66,2 % бурят). В алкогольном опьянении находились 69,5 % мужчин (славяне – 67,9 %, буряты – 71,3 %) и 35,0 % женщин (славя-

не – 34,5 %, буряты – 35,0 %). Статистической разницы между этническими группами по частоте алкогольного опьянения в момент совершения суицида не выявлено.

В связи с невозможностью получить полные данные относительно других аспектов этнокультуральных особенностей суицидального поведения из числа лиц, совершивших законченные суициды, в 2005—2007 гг. выделена группа из 158 чел. (славяне – 85 чел., буряты – 73 чел.), для которой удалось собрать необходимую информацию.

Ведущая роль в формировании суицидального поведения, независимо от этнической принадлежности суицидентов, принадлежала реальным конфликтам – 96,0 % (славяне – 96,5 %; буряты – 95,9 %). Конфликты в связи с наличием психопатологических переживаний выявлены у 3,5 % славян и 4,1 % бурят. Изучение сфер возникновения суицидогенных конфликтов и категорий личностного смысла суицидальных действий проводилось путем опроса родственников и близких суицидентов, а также с учетом имеющихся немногочисленных предсмертных записок. Изучение сфер возникновения суицидогенных конфликтов показало следующую картину (табл. 106).

Таблица 106

Сферы возникновения суицидогенных конфликтов

Сфера возникновения суицидогенных конфликтов	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личная	23***	27,1	15***	20,6	38***	24,0
Семейная	22***	25,9	19***	26,0	41***	25,9
Профессиональная	11	12,9	7	9,6	18	11,4
Здоровье	9	10,6	12	16,4	21	13,3
Материально-бытовая	9	10,6	12	16,4	21	13,3
Сексуальная	7	8,2	4	5,5	11	7,0
Судебная	4	4,7	4	5,5	8	5,1
Всего	85	100,0	73	100,0	158	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Наибольшее число суицидогенных конфликтов приходилось на личностно-семейную сферу (49,9 %): у суицидентов славянских национальностей – 53,0 %, бурятской – 46,5 %. Достоверно реже встречались конфликты в иных сферах жизни: профессиональной – 11,4 % (χ^2=53,55; p<0,001), сфере здоровья и материально-бытовой – по 13,3 % (χ^2=47,53; p<0,001), сексуальной – 7,0 % (χ^2=69,74; p<0,001) и сфере, связанной с судебными ситуациями – 5,1 % (χ^2=77,72; p<0,001).

Конфликты в профессиональной сфере оказались более частыми в славянской субпопуляции суицидентов – 12,9 и 9,6 % бурятской субпопуляции (p>0,05).

Доля суицидентов с мотивами, связанными со здоровьем и материально-бытовыми проблемами, была выше у лиц бурятской национальности – 16,4 и 10,6 % (p>0,05). Суициды, имеющие в своей основе конфликты в судебно-правовой сфере, одинаково часто встречались в обеих группах (p>0,05).

Таким образом, существенных различий в распределении совершивших завершенные суициды лиц славянских и бурятской национальностей в зависимости от сферы суицидогенного конфликта не обнаружено.

Анализ категорий личностного смысла суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980) пациентов изучаемых групп показал следующее (табл. 107).

Таблица 107

Категории личностного смысла суицидального поведения в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО

Категория личностного смысла	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Протест	30	35,3	21	28,8	51	32,3
Призыв	27	31,8	17	23,3	44	27,8
Избежание	11	12,9	15	20,5	26	16,5
Самонаказание	10	11,8	5	5,9	15	9,5
Отказ	7*	8,2	15*	20,5	22	13,9
Всего	85	100,0	73	100,0	158	100,0

*Примечание. Статистическая значимость значений: * – p<0,05.*

Наиболее часто встречался протест (32,3 %), причем его удельный вес у славян оказался выше, чем у бурят – 35,3 и 28,8 % (χ^2=0,5; p=0,48). Кроме того, в славянской субпопуляции преобладала категория личностного смысла в виде призыва, когда человек пытался привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, изменить психотравмирующую ситуацию в свою пользу: 31,8 % – у славян и 23,3 % – у бурят (χ^2=1,01; p=0,31), а также в виде самонаказания – 11,8 и 5,9 % (χ^2=0,61; p=0,436). Среди суицидентов-бурят суицидальное поведение, связанное с избеганием (попытка уйти от наказания или от тяжелого психического или соматического страдания), наблюдалось чаще, чем у славян, – 20,5 и 12,9 % (χ^2=1,15; p=0,28). Также у бурят, совершивших законченные суициды, чаще, чем у славян, наблюдалась категория отказа от жизни – 20,5 и 8,2 % (χ^2=3,99; p=0,045).

Методом «психологической аутопсии» нами была предпринята попытка определить продолжительность пресуицидального периода. Наиболее часто пресуицидальный период продолжался от нескольких часов до суток – 44,3 %, реже – от нескольких суток до месяца – 27,2 % (χ^2=9,31; p=0,002). Продолжительность периода в течение нескольких месяцев наблюдалась в 17,7 % (χ^2=24,86; p<0,001), а короткий пресуицидальный период (не более 1 часа) – в 10,8 % (χ^2=42,89; p<0,001). Статистически значимой разницы по продолжительности пресуицидального периода в зависимости от национальности суицидентов не обнаружено.

Проведенный анализ этнокультуральных особенностей завершенных суицидов среди лиц бурятской и славянских национальностей показал, что большинство суицидентов обеих этнических групп независимо от пола использовали такой высоколетальный способ суицидальных действий, как повешение (буряты – 97,9 %, славяне – 94,5 %). Чаще всего, причем независимо от национальной принадлежности, суициды совершались в местах, скрытых от посторонних лиц. Максимум суицидов в обеих субпопуляциях приходился на летнее время года (p<0,001), а у бурят – еще и весной (p<0,05). Минимальное количество суицидов наблюдалось зимой. Установлено, что ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп принадлежало к личностно-семейной сфере (p<0,001). У лиц бурятской национальности чаще встречалась категория отказа от жизни (p<0,05). Продолжительность пресуицидального периода не отличалась в сравниваемых группах; чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

5.2. Социально-демографические и этнокультуральные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки, населения Усть-Ордынского Бурятского округа

5.2.1. Распространенность суицидальных попыток среди населения Усть-Ордынского Бурятского округа

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди населения УОБО за 2005—2007 гг. Использованы данные, полученные в сельских службах скорой медицинской помощи, медицинской документации ЦРБ соответствующих районов. За анализируемый период было зарегистрировано 596 суицидальных попыток (мужчины – 332, женщины – 264), что составило 139,0, 146,4 и 159,3 на 100 тысяч населения. Ввиду того, что данные о количестве суицидальных попыток в УОБО за предыдущие годы отсутствуют, можно лишь констатировать факт стабильно высоких значений суицидальных попыток за 2005—2007 гг. При сравнении распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток за 3 года (табл. 108) определена динамика их соотношения – 1:1,7, 1:1,9 и 1:2,1.

Таблица 108

Сравнительная диагностика завершенных суицидов и суицидальных попыток в УОБО в 2005—2007 гг. (абс., на 100 тысяч населения)

Характер суицида	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Завершенные суициды	109	81,4	104	77,7	101	75,3
Суицидальные попытки	186***	139,0	196***	146,4	214***	159,3

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Данное соотношение отличается от соотношения аналогичных показателей среди жителей Иркутска за 2005—2007 гг. (1:5,9, 1:6,6 и 1:7,5) и может свидетельствовать о более серьезных намерениях расстаться с жизнью среди жителей УОБО и более высоком числе суицидальных попыток, доведенных до конца. Изучена динамика распространенности суицидальных попыток за 3 года (2005—2007 гг.) в УОБО (табл. 109). За анализируемый период распространенность суицидальных попыток среди мужчин УОБО увеличилась в 1,3 раза (χ^2=4,66; p=0,03) при постоянстве аналогичных показателей у женщин. Уровень суицидальных попыток населения УОБО за 3 года увеличился с 139,0 на 100 тысяч до 159,3 на 100 тысяч населения (χ^2=2,92; p=0,087).

Таблица 109

Динамика распространенности суицидальных попыток среди жителей УОБО в 2005—2007 гг. (абс., на 100 тысяч населения)

Население	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Мужчины	97	151,4	112*	175,0	123** #	191,5
Женщины	89	127,5	84	120,2	91	129,8
Всего	186	139,0	196	146,4	214	159,3

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: ** – p<0,01, *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05.*

\

Анализ соотношения лиц, совершивших суицидальные попытки, в зависимости от пола показал, что за анализируемый период наблюдалось преобладание мужчин (151,4) по сравнению с жен-

щинами (127,5) на 100 тысяч населения каждого пола в 2005 г. (χ^2=1,73; p=0,188); 175,0 и 120,2 в 2006 г. (χ^2=9,87; p=0,002); 191,5 и 129,8 в 2007 г. (χ^2=11,54; p<0,001).

Соотношение женщин и мужчин, совершивших суицидальные попытки, колеблется от 1:1,2 до 1:1,5 (табл. 110). Это противоречит данным исследований в большинстве европейских стран, где количество суицидальных попыток среди женщин превышает аналогичный показатель у мужчин в 2—4 раза, но согласуется с пропорциями, полученными при изучении суицидального поведения сельского населения Удмуртии (1:1,3), где суицидальные попытки также чаще встречаются у мужчин.

Таблица 110

Частота суицидальных попыток у лиц разного пола УОБО (абс., %)

Население	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%.
Мужчины	97	52,2	112	57,1	123	57,5
Женщины	89	47,8	84	42,9	91	42,5
Всего	186	100,0	196	100,0	214	100,0

Анализ возрастного распределения лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. показал следующее (табл. 111).

Таблица 111

Распространенность суицидальных попыток среди разных возрастных групп населения УОБО за 2005—2007 гг. (абс., на 100 тысяч населения)

Возраст, лет	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
10—14	1	8,1	4	26,5	7	65,8
15—19	33***	191,5	36***	215,5	28***	178,1
20—29	67	382,8	78***	410,0	86***	421,4
30—39	35***	206,1	34***	202,2	46*	273,2
40—49	34***	163,7	30***	148,5	30*	153,1
50—59	10	70,4	10	65,8	12*	74,3
60—69	3	40,9	3	43,3	5*	75,3
70 и старше	3	37,9	1	12,3	-	-
Всего	186	139,0	196	146,4	214	159,3

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; *** – p<0,001.*

Максимальная частота суицидальных попыток отмечалась в группе 20—29 лет (382,8, 410,0 и 421,4 на 100 тысяч населения), в 1,5—2 раза этот показатель был ниже среди лиц 30—39 лет (206,1, 202,2 и 273,3 на 100 тысяч населения) (p<0,001) и 15—19 лет (191,5, 215,5 и 178,1 на 100 тысяч населения) (p<0,001). В возрастной группе 40—49 лет число покушений на самоубийство было еще ниже (163,7, 148,5 и 153,1 на 100 тысяч населения) (p<0,001). В каждой последующей возрастной группе данный показатель снижался в 1,5—2 раза, вплоть до минимальных значений у лиц старше 70 лет (37,9 и 12,3 на 100 тысяч населения) (p<0,001).

Изучение динамики распространенности суицидальных попыток у мужчин УОБО за 2005—2007 гг. (табл. 112) показало стабильно высокие показатели в возрастной группе 20—29 лет (490,0—516,0 на 100 тысяч населения).

Таблица 112

Распространенность суицидальных попыток среди разных возрастных групп мужчин УОБО за 2005—2007 гг. (абс, на 100 тыс. населения)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
10—14	1	16,1	3	52,6	4	74,4
15—19	10	115,1	20	237,2	15	189,1
20—29	42	490,0	48	516,0	48	477,1
30—39	23	284,5	22	274,5	28	350,8
40—49	15	145,4	12	121,2	18	188,2
50—59	3	45,4	7	96,6	5	65,1
60—69	1	34,1	-	-	5	183,2
70 и старше	2	81,4	-	-	-	-
Всего	97	151,4	112	175,0	123	191,5

Реже попытки самоубийства предпринимались в возрасте 30—39 лет (274,5—350,8 на 100 тысяч населения) (p<0,001). В каждой последующей возрастной группе анализируемый показатель снижался в 1,5—3 раза, вплоть до минимального показателя среди лиц 70 лет и старше (81,4 на 100 тысяч населения) и 10—14-летних юношей (16,1—74,4 на 100 тысяч населения) (p<0,001).

У женщин УОБО в 2005—2007 гг. максимальные интенсивные показатели частоты суицидальных попыток отмечались также среди 20—29-летних (279,9—367,2 на 100 тысяч населения) (табл. 113). В возрастной группе 15—19 лет этот показатель составил 166,9—269,2 на 100 тысяч населения (p<0,001), исключение составил 2005 г. (p=0,18). Реже попытки суицида предпринимались женщинами в возрасте 30—39 лет (134,9—203,3 на 100 тысяч населения) (p<0,001) и 40—49 лет (119,6—179,7 на 100 тысяч населения) (p<0,001). В каждой последующей возрастной группе показатель снижался в 1,5—4 раза, достигая своего минимума среди лиц 70 лет и старше (18,4—18,9 на 100 тысяч населения) (p<0,001).

Таблица 113

Распространенность суицидальных попыток у женщин УОБО за 2005—2007 гг. (абс, на 100 тыс. населения)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
10—14	-	-	1	17,8	3	57,1
15—19	23	269,2	16	193,3	13	166,9
20—29	25	279,9	30	308,6	38	367,2
30—39	12	134,9	12	136,3	18	203,3
40—49	19	179,7	18	174,7	12	119,6
50—59	7	93,9	3	37,7	7	82,5
60—69	2	45,3	3	72,7	-	-
70 и старше	1	18,4	1	18,9	-	-
Всего	89	127,5	84	120,2	91	129,8

Изучение возрастной структуры совершивших суицидальные попытки в УОБО в 2005—2007 гг. показало (табл. 114), что самая большая доля суицидальных попыток приходится на возраст 20—29 лет (36,0—40,2 %), в 2 раза меньшие доли составляли суициденты 30—39-летние (17,4—21,5 %), 40—49-летние (14,0—18,3 %) и 15—19-летние (13,1—18,4 %) ($p<0,01$).

Таблица 114

Динамика возрастной структуры лиц, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в УОБО (абс., %)

Возраст, лет	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14	1	0,5	4	2,0	7	3,3
15—19	33**	17,8	36**	18,4	28**	13,1
20—29	67**	36,0	78**	39,8	86**	40,2
30—39	35**	18,8	34**	17,4	46**	21,5
40—49	34**	18,3	30*	15,3	30**	14,0
50—59	10	5,4	10	5,1	12	5,6
60—69	3	1,6	3	1,5	5	2,3
70 и старше	3	1,6	1	0,5	-	-
Всего	186	100,0	196	100,0	214	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – $p<0,01$.*

Таким образом, большинство совершивших покушение на самоубийство на протяжении 2005—2007 гг. были лица трудоспособного возраста (до 50 лет): 2005 г. – 90,9 %; 2006 г. – 90,9 %; 2007 г. – 88,8 %. В возрасте до 15 лет и старше 50 лет доля суицидальных попыток резко снижается.

Анализ возрастной структуры совершивших парасуициды в зависимости от пола показал, что большинство предпринявших суицидальные попытки мужчин были в возрасте 20—29 лет (39,0—43,3 %) (табл. 115).

Таблица 115

Динамика возрастной структуры мужчин, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в УОБО (абс, %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14	1	1,0	3	2,7	4	3,2
15—19	10	10,3	20	17,9	15	12,2
20—29	42	43,3	48	42,9	48	39,0
30—39	23	23,7	22	19,6	28	22,8
40—49	15	15,5	12	10,7	18	14,6
50—59	3	3,1	7	6,2	5	4,1
60—69	1	1,0	-	-	5	4,1
70 и старше	2	2,1	-	-	-	-
Всего	97	100,0	112	100,0	123	100,0

Второе место занимала группа 30—39 лет – их доля была в 2 раза меньшей (19,6—23,7 %) ($p<0,1$). Далее следовали возрастные группы 15—19 лет (10,3—17,9 %) ($p<0,01$) и 40—49 лет (10,7—15,5 %) ($p<0,01$). Суициденты в возрасте 50—59 лет, 60—69 лет, 70 лет и старше, а также дети до 15 лет были представлены наименьшими долями (от 1,0 до 6,2 %) ($p<0,001$). Самая большая доля женщин, совершивших суицидальные попытки, также приходилась на 20—29-летний возраст (28,1—41,7 %) (табл. 116).

Таблица 116

Динамика возрастной структуры женщин, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. в УОБО (абс, %)

Возраст	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10—14	-	-	1	1,2	3	3,3
15—19	23	25,9	16	19,0	13	14,3
20—29	25	28,1	30	35,7	38	41,7
30—39	12	13,5	12	14,3	18	19,8
40—49	19	21,3	18	21,4	12	13,2
50—59	7	7,9	3	3,6	7	7,7
60—69	2	2,2	3	3,6	-	-
70 и старше	1	1,1	1	1,2	-	-
Всего	89	100,0	84	100,0	91	100,0

Несколько реже суицидальные попытки предпринимались женщинами 15—19 лет (14,3—25,9 %) ($p>0,05$), 30—39 лет (13,5—19,8 %) ($p<0,05$), 40—49 лет (13,2—21,4 %) ($p>0,1$). Доля других возрастных групп среди всех женщин с суицидальными попытками варьировала от 1,1 до 7,9 %.

Таким образом, соотношение завершенных суицидов и суицидальных попыток варьировало от 1:1,7 до 1:2,1, что свидетельст-

вует о высокой частоте доведенных до конца попыток. Соотношение числа суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами, отличалось от общепринятого и составляло 1,2:1—1,5:1. Наиболее уязвимой возрастной группой лиц, предпринявших суицидальные попытки, была молодежь 20—29 лет, причем как у мужчин, так и у женщин УОБО. Самый высокий показатель суицидальных попыток отмечается у мужчин 20—29 лет (477,1—516,0 на 100 тысяч населения). Разницы в возрастной структуре лиц, совершивших суицидальные попытки, в 70 лет и старше зависимости от пола не обнаружено. Среди мужчин и женщин лидерами в совершении суицидов были лица в возрасте 20—29 лет. С частотой в 2 раза меньшей у представителей обоих полов суицидальные попытки наблюдались в возрастных интервалах 15—19 лет, 30—39 лет, 40—49 лет. Наименьшие доли составили лица в возрасте 70 лет и старше и дети до 15 лет.

5.2.2. Социально-демографические характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в Усть-Ордынском Бурятском округе

Для более подробного изучения этнокультуральных особенностей суицидального поведения была проанализирована выборка, включающая лиц славянской и бурятской субпопуляций УОБО, совершивших суицидальные попытки, в 2005—2007 гг. Данные о совершивших покушение на самоубийство получены в сельских службах скорой медицинской помощи, из медицинской документации ЦРБ этих районов. Численность выборки – 596 чел., 332 мужчины (55,7 %) и 264 женщины (44,3 %). По национальности получено следующее распределение суицидентов: славяне – 395 (66,3 %), буряты – 201 (33,7 %).

Рассмотрены показатели частоты суицидальных попыток в славянской и бурятской этнических группах населения УОБО за 2005—2007 гг. (табл. 117). Высокий уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей (180,5 на 100 тысяч населения). Их частота в славянской субпопуляции оказалась в 1,4 раза выше, чем у представителей бурятской субпопуляции (124,6 на 100 тысяч населения) (χ^2=9,87; p<0,01).

Анализ динамики суицидальных попыток среди лиц славянских национальностей за 2005—2007 гг. показал стабильные показатели. Иная картина наблюдалась в бурятской субпопуляции: за 3

года количество суицидальных попыток возросло в 1,5 раза (с 98,5 до 149,9 на 100 тысяч населения) (χ^2=10,03; p=0,002). Соотношение показателей частоты суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО колебалось от 1,8:1 в 2005 г. до 1,2:1 в 2007 г.

Таблица 117

Динамика частоты суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях (абс., на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Год	Славяне		Буряты		К*
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	
2005	133	181,6	53	98,5	1,8
2006	128	174,8	68	126,2	1,4
2007	134	185,3	80	149,9	1,2
2005—2007 (среднегод. показатель)	132	180,5**	67	124,6	1,4

Примечание. К – соотношение показателей частоты суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

Анализ частоты суицидальных попыток среди лиц славянской и бурятской национальностей в зависимости от пола показал следующее (табл. 118).

Таблица 118

Динамика частоты суицидальных попыток славян и бурят в зависимости от пола (абс., на 100 тысяч соответствующих национальностей)

Год	Мужчины				Женщины			
	Буряты		Славяне		Буряты		Славяне	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
2005	29	112,0*	68	195,4	24	86,1	65	169,0
2006	42	161,8	70	201,2	26	93,0	58	150,9
2007	49	191,2***	74	215,8	31	111,8	60	157,8
2005—2007 (среднегод. показатель)	40	154,7	70,7	204,1#	27	96,7	61	159,2###

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: ### – p<0,001*

Частота суицидальных попыток среди мужчин бурятской национальности за анализируемый период возросла в 1,7 раза (с 112,0 в 2005 г. до 191,2 на 100 тысяч населения в 2007 г.) (χ^2=20,05; p<0,001), в славянской мужской популяции количество суицидальных попыток оставалось стабильным (195,4 – 2005 г., 201,2 – 2006 г., 215,8 на 100 тысяч – 2007 г.). Показатель суицидальных попыток у мужчин славянской субпопуляции в среднем

в 1,3 раза превышал таковой у мужчин бурятской национальности – 204,1 и 154,7 на 100 тысяч населения (χ^2=6,41; p=0,011) (в 2005 г. число суицидальных попыток славян в 1,7 раза превышало аналогичный показатель у мужчин-бурят, однако к 2007 г. соотношение показателей выровнялось за счет увеличения суицидальных попыток у мужчин бурятской субпопуляции).

Показано, что частота суицидальных попыток среди женщин бурятской национальности за 3 года выросла в 1,3 раза (с 86,1 в 2005 г. до 111,8 на 100 тысяч населения в 2007 г.) (χ^2=3,15; p=0,075) при сохраняющихся стабильных показателях у славянских женщин (169,0 – 2005 г.; 150,9 – 2006 г.; 157,8 – 2007 г.). Показатель суицидальных попыток у славянских женщин в среднем в 1,6 раза превышал таковой у женщин-буряток (χ^2=14,52; p<0,001) (в 2005 г. число суицидальных попыток у славянок в 2 раза превышало аналогичный показатель у бурятских женщин, однако к 2007 г. соотношение уменьшилось до 1,4 раза, что произошло за счет увеличения суицидальных попыток у женщин-буряток). Таким образом, наблюдается преобладание частоты суицидальных попыток в славянской субпопуляции по сравнению с бурятской субпопуляцией у мужчин (χ^2=6,41; p=0,011) и женщин (χ^2=14,52; p<0,001) при возрастающем количестве суицидальных попыток за 2005—2007 гг. у мужчин и женщин бурятской национальности.

Таблица 119

Частота суицидальных попыток в зависимости от возраста и национальности в УОБО за 2005—2007 гг.

Возраст, лет	Частота суицидальных попыток, абс.		Частота суицидальных попыток на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей	
	Буряты	Славяне	Буряты	Славяне
10—14	4	8	19,6	29,9
15—19	29***	68***	211,5	319,4###
20—29	84***	147***	407,5	484,3#
30—39	38***	77***	167,5	285,0###
40—49	31***	63***	119,7	195,0###
50—59	11***	21***	108,3	127,9
60—69	3	8	34,1	59,9##
70 и старше	1	3	15,5	29,9
Всего	201	395	124,6	180,5#

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05, ## – p<0,01, ### – p<0,001.*

Проведенный анализ зависимости частоты суицидальных попыток от возраста суицидентов славян и бурят (табл. 119) показал, что максимум покушений на самоубийство среди лиц бурятской национальности наблюдался в возрастном интервале 20—29 лет и достигал значения 407,5 на 100 тысяч населения. Реже суицидальные попытки наблюдались в возрасте 15—19 лет – 211,5 на 100 тысяч населения (χ^2=61,14; p<0,001). В последующих возрастных интервалах показатель снижается в группе 30—39 лет – 167,5 (p<0,001); 40—49 лет – 119,7 (p<0,001); 50—59 лет – 108,3 (p<0,001) и резко снижается в интервалах 60—69 лет – 34,1; 10—14 лет – 19,6 и 70 лет и старше – 15,5 на 100 тысяч населения (p<0,001).

Распространенность суицидальных попыток в славянской субпопуляции имела аналогичную зависимость от возраста. Наибольших значений показатели суицидальных попыток среди славянского населения достигали в интервале 20—29 лет – 484,3 на 100 тысяч населения. Реже славяне пытались предпринять суицидальные попытки в возрасте 15—19 лет (χ^2=33,36; p<0,001). Далее показатель постепенно снижается в группах 30—39 лет – 285,0 (p<0,001); 40—49 лет – 195,0 (p<0,001); 50—59 лет – 127,9 на 100 тысяч населения (p<0,001). Более резкое снижение наблюдается в 60—69 лет – 59,9 на 100 тысяч населения; 10—14 лет и 70 лет и старше – по 29,9 на 100 тысяч населения (p<0,001). Распространенность суицидальных попыток у славян превышает таковую у бурят в 1,2—1,9 раза, достигая в группах 15—19 лет (χ^2=21,10; p<0,001), 20—29 лет (χ^2=6,28; p=0,012), 30—39 лет (χ^2=29,64; p<0,001), 40—49 лет (χ^2=17,36; p<0,001) и 60—69 лет (χ^2=6,65; p<0,01) статистически значимых отличий.

Самый высокий уровень распространенности суицидальных попыток зарегистрирован среди славянских мужчин – 204,1 на 100 тысяч населения, что в 1,3 раза больше, чем среди мужчин-бурят УОБАО (154,7 на 100 тысяч населения) (χ^2=6,41; p=0,011) (табл. 120). Распространенность покушений на самоубийства у славянских мужчин превышала таковую у бурят в возрастных интервалах 15—19 лет (χ^2=5,9; p=0,015); 20—29 лет (χ^2=3,97; p=0,045); 30—39 лет (χ^2=17,20; p<0,001); 40—49 лет (χ^2=14,94; p<0,001); 60—69 лет (χ^2=32,28; p<0,001) в 1,3—3,3 раза. В группах 10—14 лет (χ^2=1,23; p=0,26) и 50—59 лет (χ^2=0,58; p=0,44) частота суицидальных попыток в обеих этнических группах была одинаковой, а в возрасте 70 лет и старше суицидальные попытки чаще совершали буряты-мужчины (χ^2=3,28; p=0,07).

Таблица 120

Частота суицидальных попыток в зависимости от возраста и от пола у славян и бурят – жителей УОБО (на 100 тысяч лиц соответствующих национальностей)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины	
	Славяне	Буряты	Славяне	Буряты
10—14	37,9	28,4	22,1	10,1
15—19	273,8*	218,8	367,6***	204,2
20—29	592,7*	525,3	385,6***	298,6
30—39	352,7***	250,1	221,7***	92,6
40—49	189,0***	119,6	200,8***	119,7
50—59	116,7	129,5	137,7**	90,5
60—69	91,4***	28,1	33,3	38,2
70 лет и старше	34,8	53,1	28,0***	-
Всего	204,1*	154,7***	159,2***	96,7

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Частота суицидальных попыток среди женщин славянской субпопуляции УОБО (159,2 на 100 тысяч населения) также превышала аналогичные показатели бурятских женщин (96,7 на 100 тысяч) (χ^2=14,52; p<0,001). В возрастных интервалах 10—14 лет (χ^2=3,78; p=0,051), 15—19 лет (χ^2=46,32; p<0,001), 20—29 лет (χ^2=10,76; p<0,001), 30—39 лет (χ^2=51,93; p<0,001), 40—49 лет (χ^2=19,9; p<0,001), 50—59 лет (χ^2=9,23; p=0,002) незавершенные суициды в 1,3—2,4 раза чаще наблюдались у женщин славянской этнической группы.

В возрастном интервале 60—69 лет частота покушений на самоубийства была одинаковой в обеих этнических группах (χ^2=0,23; p=0,63), а в возрастном интервале 70 лет и старше суицидальные попытки наблюдались только среди женщин славянских национальностей (χ^2=26,03; p<0,001).

Анализ образовательного уровня совершивших суицидальные попытки в зависимости от национальности показал, что в отличие от совершивших завершенные суициды уровень образования суицидентов, предпринявших суицидальную попытку, практически не отличался у представителей обеих национальностей. Среди славян и бурят большинство (p<0,001) имели среднеспециальное и среднее образование – 64,7 % (65,5 % – у славян и 63,2 % – у бурят); 7,2 % – высшее и незаконченное высшее, 28,1 % – незаконченное среднее и начальное. Сравнивая уровни образования славян с завершенными суицидами и суицидальными попытками, обнаружена в 3 раза большая доля получивших начальное обра-

зование в группе лиц с завершенными суицидами (χ^2=8,03; p<0,01). В бурятской субпопуляции доля лиц с незаконченным средним образованием в группе пациентов с завершенными суицидами в 1,5 раза уступала аналогичной доле бурят с суицидальными попытками (χ^2=4,45; p=0,035) (табл. 121).

Таблица 121

Уровень образования лиц, совершивших суицидальные попытки, в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг.

Уровень образования	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высшее	27	6,9	11	5,4	38	6,4
Незаконченное высшее	3	0,8	2	1,0	5	0,8
Среднеспециальное	106	26,8	42	20,9	148	24,8
Среднее	153	38,7	85	42,3	238	39,9
Незаконченное среднее	98	24,8	58	28,9	156	26,2
Начальное	8	2,0	3	1,5	11	1,9
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

Распределение по социальному статусу показало следующую картину (табл. 122). Самая высокая доля совершивших суицидальные попытки в обеих субпопуляциях приходилась на безработных – 57,9 %. Значительно реже суициденты имели постоянную или временную работу – 28,4 % (χ^2=104,75; p<0,001). Доли учащихся, инвалидов и пенсионеров были небольшими и колебались от 3,4 до 6,5 % (p<0,001). Статистически значимых различий между группами суицидентов бурятской и славянских национальностей по профессиональному статусу не выявлено.

Таблица 122

Профессиональный статус лиц, совершивших суицидальные попытки, в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Профессиональный статус	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Работающие	119	30,1	50	24,9	169***	28,4
Учащиеся	24	6,1	15	7,4	39	6,5
Безработные	221	55,9	124	61,7	345***	57,9
Инвалиды	16	4,1	4	2,0	20***	3,4
Пенсионеры	15	3,8	8	4,0	23***	3,8
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Сравнение профессионального статуса суицидентов с законченными суицидами и суицидальными попытками показало практически идентичные значения среди славян и бурят. Исключение составили доли пенсионеров славянских национальностей, пред-

принявших законченные суициды (12,9 %) и суицидальные попытки (3,8 %) (χ^2=14,31; p<0,001), т. е. менее благополучный профессиональный статус суицидентов славянских национальностей предполагает более неблагоприятную форму суицидального поведения.

Проведенный анализ брачного статуса лиц, совершивших суицидальные попытки, в зависимости от национальности показал (табл. 123), что самую большую долю составили лица, никогда не состоявшие в браке – 43,6 %. Более низкими были доли семейных суицидентов – 38,2 % (χ^2=3,33; p=0,068), разведенных – 13,8 % (χ^2=91,66; p<0,001) и овдовевших (χ^2=202,13; p<0,001). Статистически достоверных различий по семейному положению между суицидентами бурятской и славянских национальностей не выявлено.

Таблица 123

Брачный статус лиц, совершивших суицидальные попытки, в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Брачный статус	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Брак	152	38,5	76	37,8	228	38,2
Холост (не замужем)	178	45,1	82	40,8	260***	43,6
Разведен (а)	45	11,4	37	18,4	82***	13,8
Вдовец (а)	20	5,0	6	3,0	26***	4,4
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Сравнение семейного статуса лиц, совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки, показало, что как у лиц славянских национальностей, так и у бурят доля лиц, не состоявших в браке, превышала таковую у лиц с завершенными суицидами, хотя и не достигала уровня статистической значимости (χ^2=2,78; p=0,095). Лишь доля разведенных лиц бурятской национальности с суицидальными попытками статистически достоверно превышала долю лиц, совершивших завершенные суициды (χ^2=5,95; p=0,015).

Таким образом, наибольший уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей. Распространенность суицидальных попыток в славянской субпопуляции в 1,4 раза превышает аналогичный показатель у бурят (p<0,01): у мужчин – в 1,3 раза (p<0,05), у женщин – в 1,6 раза (p<0,01). Уровень суицидальных попыток среди славян за 2005—2007 гг. оставался стабильным не только среди мужчин, но и среди женщин.

Уровень суицидальных попыток среди лиц бурятской национальности за этот период увеличился в 1,5 раза (p<0,01): у мужчин – в 1,7 раза (p<0,001), у женщин – в 1,3 раза (p<0,1). Установлено, что максимальная доля лиц, совершивших суицидальные попытки, в обеих этнических группах, т. е. славян и бурят, приходилась на возраст 20—29 лет (p<0,001). Образовательный уровень лиц, предпринявших суицидальные попытки, в обеих субпопуляциях не имел отличий. Доля славян, совершивших законченные суициды, имевших начальное образование, в 3 раза превышала аналогичную долю славян, совершивших суицидальные попытки (p<0,01). Лишь 28,4 % лиц, предпринявших суицидальные попытки, были адаптированы в трудовом отношении, хотя большинство из них находилось в трудоспособном возрасте. Подавляющее число лиц, совершивших покушение на самоубийство, были одиноки (61,8 %).

5.2.3. Этнокультуральные характеристики суицидальных попыток лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в Усть-Ордынском Бурятском округе

Изучение способов покушений на самоубийство показало, что суициденты обеих субпопуляций наиболее часто прибегали к отравлению медикаментами либо уксусной эссенцией – 52,9 % (табл. 124). Реже суициденты использовали такой способ суицидальных действий, как нанесение колото-резаных повреждений – 38,9 % (χ^2=22,72; p<0,001) и повешение – 6,9 % (χ^2=298,5; p<0,001). Сравнение распределения лиц славянских и бурятской национальностей в зависимости от способа суицидальной попытки каких-либо значимых отличий не выявило.

Таблица 124

Способы совершения суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007гг. (абс., %)

Способ совершения суицидальной попытки	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отравление	213***	53,9	102***	50,7	315***	52,9
Колото-резаные раны	152	38,5	80	39,8	232	38,9
Повешение	26*	6,6	15	7,5	41	6,9
Другие способы	4	1,0	4	2,0	8	1,3
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0, 05; *** – p<0,001.*

Изучение мест совершения суицидов показало, что наибольшее число лиц обеих национальностей, совершивших суицидальные попытки, предпринимали их дома – 66,1 % славян и 72,1 % бурят (табл. 125).

Таблица 125

Места совершения суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Место совершения суицидальных попыток	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дома	261***	66,1	145***	72,1	406***	68,1
Другое место (бани, сараи, дома родственников)	122***	30,9	47***	23,4	169***	28,4
Общественные места (учебные заведения, КПЗ, больницы)	12	3,0	9***	4,5	21	3,5
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Значительно реже суицидальные попытки совершались вне дома, в других местах (дома близких и дальних родственников, сараи, бани): славяне – 30,9 % (χ^2=96,51; p<0,001), буряты – 23,4 % (χ^2=93,81; p<0,001). В единичных случаях суицидальные действия предпринимались в общественных местах (камера предварительного заключения, больницы, учебные заведения) как среди славян, так и среди бурят – 3,0 и 4,5 %.

Распределение суицидальных попыток лиц обеих национальностей по сезонам года показало следующее (табл. 126). У лиц славянских национальностей наибольшая частота суицидальных попыток отмечалась весной (29,4 %), несколько реже – осенью (26,3 %; p=0,76) и зимой (24,1 %; p=0,107). Достоверно более низкая доля суицидальных попыток наблюдалась летом (20,2 %; p=0,004).

Таблица 126

Сезонное распределение суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Сезон	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зима	95	24,1	43	21,4	138	23,2
Весна	116**	29,4	46	22,9	162	27,2
Лето	80** #	20,2	58#	28,9	138	23,2
Осень	104	26,3	54	26,8	158	26,5
Всего	395	100,0	201	100,0	596	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: ** – p<0,01. Межгрупповые: # – p<0,05.*

Совершенно иначе выглядит сезонное распределение суицидальных попыток бурят: имеется лишь незначительное преобладание летом (28,9 %) и неубедительное их снижение зимой (21,4 %) (p=0,107). Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток в зависимости от национальности показало, что у бурят наблюдалось их превалирование летом (χ^2=5,07; p=0,024), а у славян – весной (χ^2=2,51; p=0,113).

Анализ суицидальной активности в группах совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки показал, что сезонные пики не совпадают как среди славян, так и среди бурят. Это может свидетельствовать о различных механизмах формирования разных форм суицидального поведения.

Согласно полученным нами данным, в обеих этнических группах населения УОБО большинство совершивших суицидальные попытки в момент совершения самоубийства находились в состоянии алкогольного опьянении – 245 чел. (41,1 %) (41,0 % славян и 41,3 % бурят). В алкогольном опьянении находились 51,6 % мужчин (славяне – 50,9 %, буряты – 52,9 %) и 26,5 % женщин (славяне – 27,8 %, буряты – 23,8 %). Статистической разницы между этническими группами по частоте алкогольного опьянения в момент совершения суицидальных попыток не выявлено.

Для уточнения этнокультуральных особенностей мотивации и содержания суицидального поведения из числа совершивших суицидальные попытки в УОБО за 2005—2007 гг. была выделена группа численностью 247 чел. (158 славян и 89 бурят), для которых удалось получить информацию в необходимом объеме.

Ведущая роль в формировании суицидального поведения в обеих субпопуляциях принадлежала реальным конфликтам – 93,1 % (славяне – 90,5 %; буряты – 96,6 %). Наличие психопатологических переживаний вызвало конфликты у 9,5 % славян и 3,4 % бурят. Изучение сфер возникновения суицидогенных конфликтов выявило следующую картину (табл. 127).

Показано, что основными сферами суицидогенного конфликта являлись две – личная (36,4 %) и семейная (37,2 %). Случаи возникновения конфликта в других сферах встречались значительно более редко (p<0,001). Каких-либо значимых различий в представленности той или иной сферы суицидогенного конфликта в зависимости от национальности суицидента не выявлено. Суицидогенные конфликты при совершении суицидальных попыток возникали в тех же сферах, что и при совершении завершенных суицидов.

Таблица 127

Сферы возникновения суицидогенных конфликтов у лиц, совершивших суицидальные попытки, славянской и бурятской субпопуляций УОБО

Сфера возникновения суицидогенных конфликтов	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личная	56	35,4	34	38,2	90	36,4
Семейная	62	39,2	30	33,7	92	37,2
Профессиональная	14	8,9	7	7,9	21	8,5
Здоровье	6	3,8	5	5,6	11	4,5
Материально-бытовая	8	5,1	6	6,7	14	5,7
Сексуальная	11	7,0	5	5,6	16	6,5
Судебная	1	0,6	2	2,3	3	1,2
Всего	158	100,0	89	100,0	247	100,0

Анализ суицидального поведения с позиций категории «личностного смысла» (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980) показал, что наиболее часто встречающимися категориями суицидального поведения являлись протест (36,8 %) и призыв (31,2 %). Показатели в славянской субпопуляции были выше, чем в бурятской, – 39,3 и 32,6 % (χ^2=0,82; p=0,366) и 34,2 и 25,8 % (χ^2=1,48; p=0,244) (табл. 128). Обращает на себя внимание большая доля лиц бурятской национальности с суицидальным поведением типа избегания по сравнению со славянами – 20,2 и 10,1 % (χ^2=4,08; p=0,043) и отказа – 9,0 и 4,4 % (χ^2=1,35; p=0,245).

Таблица 128

Категории личностного смысла суицидального поведения в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО

Категория личностного смысла	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Протест	62	39,3	29	32,6	91	36,8
Призыв	54	34,2	23	25,8	77	31,2
Избегание	16	10,1	18*	20,2	34	13,8
Самонаказание	19	12,0	11	12,4	30	12,1
Отказ	7	4,4	8	9,0	15	6,1
Всего	158	100,0	89	100,0	247	100

*Примечание. Статистическая значимость отличий: * – p<0,05.*

Таким образом, среди славян чаще встречались такие категории личностного смысла, как протест и призыв, причем при обеих формах суицидального поведения. У бурят эти категории личностного смысла также занимали ведущие позиции, как при завершенных суицидах, так и при суицидальных попытках, но необходимо отметить, что доля таких категорий, как избегание и отказ, превышала аналогичные показатели славян. Другими словами,

у лиц бурятской национальности чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций, что можно объяснить национальными чертами, присущими народам монгольской и тунгусо-маньчжурской групп, а именно слабое выражение эмоций, чувств, уважительное отношение к старшим, стремление обойти острые проблемы, проявление терпимости во взаимоотношениях.

Прогностическим фактором, позволяющим оценить тяжесть и серьезность суицидальных действий, является длительность пресуицидального периода (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980). Наиболее часто пресуицидальный период продолжался от нескольких часов до суток – 40,9 %, реже – от нескольких суток до месяца – 28,7 % (χ^2=7,5; p=0,006). Продолжительность периода в течение нескольких месяцев наблюдалась в 23,9 % (χ^2=15,54; p<0,001), а короткий пресуицидальный период (не более часа) – в 6,5 % (χ^2=79,02; p<0,001). Статистически значимой разницы по продолжительности пресуицидального периода в зависимости от национальности суицидентов не обнаружено.

Анализ этнокультуральных особенностей суицидальных попыток бурят и славян показал, что большинство суицидентов обеих этнических групп независимо от пола использовали такой способ суицидальных действий, как отравление медикаментами либо уксусной эссенцией (буряты – 50,7 %, славяне – 53,9 %). Чаще всего независимо от национальности суицидальные попытки предпринимались в местах, скрытых от посторонних. Максимум попыток суицидов у славян приходилось на весну, минимум – на лето (p<0,01), у бурят наблюдалось незначительное преобладание летом и неубедительное снижение зимой. Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток у бурят и славян показало превалирование их у бурят летом (p<0,05), у славян – весной (p>0,1). Анализ суицидальной активности в группах совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки показал, что сезонные пики не совпадают среди славян и бурят.

Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп принадлежало к личностно-семейной сфере (p<0,001). У лиц бурятской национальности чаще встречались категории отказа от жизни и избегания наказания (p<0,05). Продолжительность пресуицидального периода не отличалась в сравниваемых группах; чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

5.3. Клинические и социально-демографические характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар

Объектом исследования стали 167 пациентов бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрические стационары лечебных учреждений Усть-Ордынского Бурятского округа в 2005—2007 гг. (буряты – 65 чел., славяне – 102 чел.).

Анализ соотношения лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрические стационары, в зависимости от пола показал следующее. В обеих этнических группах пациентов преобладали женщины: буряты – 44 женщины (67,7 %) и 21 мужчин (32,3 %); славяне – 67 женщин (65,7 %) и 35 мужчин (34,3 %). Соотношение числа мужчин к количеству женщин среди суицидентов бурятской национальности составило 1:2,1, а среди славян – 1:1,9.

Анализ возрастного распределения лиц, совершивших суицидальные попытки, в зависимости от национальности показал следующее (табл. 129).

Таблица 129

Частота суицидальных попыток в зависимости от возраста и национальности лиц, госпитализированных в психиатрический стационар УОБО, за 2005—2007 гг.

Возраст, лет	Частота суицидальных попыток			
	Буряты		Славяне	
	абс.	%	абс.	%
10—14	2	3,1	3	2,9
15—19	8	12,3	17	16,7
20—29	23**	35,4	39***	38,2
30—39	10	15,4	21	20,6
40—49	15	23,0	8	7,8
50—59	7	10,8	11	10,8
60—69	-	-	1	1,0
70 и старше	-	-	2	2,0
Всего	65	100,0	102	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Наибольшее по сравнению с другими возрастными группами число суицидентов бурятской национальности приходится на возрастную группу 20—29 лет (35,4 %), меньшую долю составили лица 40—49 лет (23,0 %) (χ^2=1,82; p=0,18). Затем следовали лица

в возрасте 30—39 лет (15,4 %) (χ^2=5,85; p=0,015), 15—19 лет (12,3 %) (χ^2=8,3; p=0,004) и 50—59 лет (10,8 %) (χ^2=9,75; p=0,002). Наименьшую долю составили суициденты 10—14 лет (3,1 %) (χ^2=19,8; p<0,001). Лиц бурятской национальности старше 60 лет, предпринявших суицидальные попытки, не наблюдалось.

Среди суицидентов славянских национальностей пик приходится на возрастной интервал 20—29 лет (38,2 %), доли лиц возрастных интервалов 30—39 лет и 15—19 лет составили 20,6 % (χ^2=6,82; p=0,009) и 16,7 % (χ^2=10,85; p=0,001). Меньшие доли приходились на лиц 50—59 лет (10,8 %) (χ^2=19,3; p<0,001) и 40—49 лет (7,8 %) (χ^2=24,88; p<0,001). Наименьшие доли составили лица в возрасте10—14 лет (2,9 %) (χ^2=36,73; p<0,001) и старше 60 лет (3,0 %) (χ^2=36,73; p<0,001).

Анализ образовательного уровня среди лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, среди пациентов обеих национальностей показал преимущество лиц со средним (p<0,05) и незаконченным средним образованием (p<0,05): буряты – 35,4 и 29,2 %; славяне – 31,3 и 33,3 % (табл. 130). Одинаково часто встречалось среднеспециальное и вспомогательное образование: буряты – 18,5 и 9,2 %; славяне – 18,6 и 6,9 %. Еще меньшей были доли пациентов с высшим (незаконченным высшим) и начальным образованием (p<0,001): буряты – 4,6 и 3,1 %, славяне – по 4,9 %.

Таблица 130

Уровень образования лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, среди славян и бурят УОБО (абс., %)

Образование	Славяне		Буряты	
	абс.	%	абс.	%
Высшее	4	3,9	2	3,1
Незаконченное высшее	1	1,0	1	1,5
Среднеспециальное	19	18,6	12	18,5
Среднее	32	31,3	23	35,4
Незаконченное среднее	34	33,3	19	29,2
Начальное	5	4,9	2	3,1
Вспомогательное	7	6,9	6	9,2
Всего	102	100,0	65	100,0

Распределение по профессиональному статусу показало (табл. 131), что самая высокая доля совершивших суицидальные попытки в обеих субпопуляциях приходилась на безработных: буряты – 58,5 %, славяне – 52,9 %. Значительно реже суициденты имели постоянную (временную) работу и являлись инвалидами:

буряты – 18,5 % (χ^2=20,31; p<0,001) и 16,9 % (χ^2=22,14; p<0,001), славяне – 22,5 % (χ^2=18,77; p<0,001) и 13,7 % (χ^2=33,55; p<0,001). Доли учащихся и пенсионеров были небольшими и составляли от 3,1 до 5,9 % (p<0,001).

Таблица 131

Профессиональный статус лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, среди славян и бурят УОБО (абс., %)

Профессиональный статус	Славяне		Буряты	
	абс.	%	абс.	%
Работающие	23	22,5	12	18,5
Безработные	54	52,9	38	58,5
Учащиеся	5	4,9	2	3,1
Инвалиды	14	13,7	11	16,9
Пенсионеры	6	5,9	2	3,1
Всего	102	100,0	65	100,0

Статистически значимых различий между группами суицидентов бурятской и славянских национальностей по профессиональному статусу не выявлено.

Анализ брачного статуса лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, в зависимости от национальности продемонстрировал следующее (табл. 132). Самую большую долю составили лица, никогда не состоящие в браке: буряты – 43,1 %; славяне – 47,1 %. Ниже была доля суицидентов, состоящих в браке и разведенных: буряты – 35,4 % (χ^2=0,52; p=0,47) и 18,5 % (χ^2=8,13; p=0,004); славяне – 32,3 % (χ^2=4,01; p=0,045) и 16,7 % (χ^2=20,32; p<0,001). Статус овдовевших суициденты имели в единичных случаях: буряты – 3,1 % (p<0,001), славяне – 3,9 % (p<0,001). Статистически достоверных различий по семейному положению между суицидентами бурятской и славянских национальностей не выявлено.

Таблица 132

Брачный статус лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, среди славян и бурят УОБО (абс., %)

Брачный статус	Славяне		Буряты	
	абс.	%	абс.	%
Брак	33	32,3	23	35,4
Холост (незамужем)	48	47,1	28	43,1
Разведен (а)	17	16,7	12	18,5
Вдовец (а)	4	3,9	2	3,1
Всего	102	100,0	65	100,0

Изучение способов покушений на самоубийство показало, что суициденты славянских национальностей наиболее часто прибегали к отравлению медикаментами либо уксусной эссенцией – 67,6 % (табл. 133, рис. 21). Реже суициденты использовали повешение – 17,7 % (χ^2=50,1; p<0,001) и нанесение колото-резаных повреждений – 14,7 % (χ^2=56,8; p<0,001).

Таблица 133

Способы совершения суицидальных попыток славянами и бурятами, госпитализированными в психиатрический стационар УОБО за 2005—2007 гг. (%)

Способ совершения суицидальной попытки	Славяне			Буряты		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Отравление	40,0	82,1***	67,6***	33,3	81,8***	66,1***
Повешение	42,9*	4,5	17,7	23,8##	4,5	10,8
Колото-резаные раны	17,1	13,4	14,7	42,9###	13,7	23,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: ## – p<0,01, ### – p<0,001*

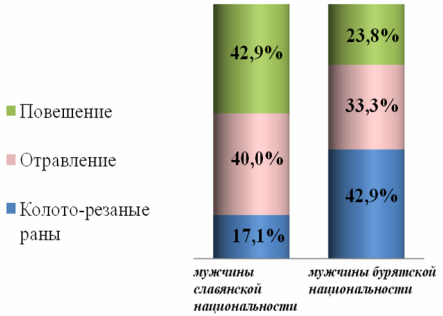

Рис 21. **Способы совершения суицидальных попыток лицами славянских и бурятской национальностей, госпитализированных в психиатрический стационар УОБО за 2005-2007 гг. (%)**

Лица бурятской национальности, госпитализированные в психиатрический стационар, также чаще всего прибегали к отравлению – 66,1 %. Второе ранговое место занимало нанесение колото-резаных повреждений – 23,1 % (χ^2=22,69; p<0,001), наиболее редко встречалось повешение – 10,8 % (χ^2=39,8; p<0,001).

Сравнение распределения лиц славянских и бурятской национальностей в зависимости от пола и способа совершения суицидальной попытки выявило следующее. Женщины славянских и бурятской национальностей с одинаковой частотой прибегали к отравлению – 82,1 и 81,8 %, реже – к нанесению колото-резаных

повреждений – 13,4 % (χ^2=92,7; p<0,001) и 13,7 % (χ^2=89,9; p<0,001); повешению – по 4,5 % (χ^2=117,5; p<0,001). У мужчин наблюдалась иная картина: славянские мужчины одинаково часто выбирали повешение и отравление – 42,9 и 40,0 %; реже наносили себе колото-резаные раны – 17,1 % (χ^2=4,35; p=0,036). Бурятские мужчины чаще всего использовали нанесение колото-резаных ранений – 42,9 %, реже – отравления – 33,3 % (χ^2=0,1; p=0,75) и повешение – 23,8 % (χ^2=0,32; p=0,96). Славянские мужчины, госпитализированные в психиатрический стационар, достоверно чаще использовали такой способ суицидальных действий, как повешение: 42,9 % – у славян и 23,8 % – у бурят (χ^2=7,27; p=0,007), а бурятские мужчины чаще пользовались нанесением колото-резаных ран: 42,9 % – у бурят и 17,1 % – у славян (χ^2=14,88; p<0,001).

Изучение мест совершения суицидальных действий лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, показало, что наибольшее число лиц обеих национальностей предпринимали их дома: 59,8 % славян и 67,7 % бурят (табл. 134).

Таблица 134

Места совершения суицидальных попыток славянами и бурятами УОБО (абс., %)

Место совершения суицидальных попыток	Славяне		Буряты	
	абс.	%	абс.	%
Дома	61	59,8	44	67,7
Другое место (бани, сараи, дома родственников)	39	38,2	20	30,8
Общественные места (учебные заведения, больницы)	2	2,0	1	1,5
Всего	102	100,0	65	100,0

Показан, что значительно реже суицидальные попытки совершались в других (удаленных от внимания посторонних) местах (дома родственников, сараи, гаражи, бани): славяне – 38,2 % (χ^2=8,82; p=0,003), буряты – 30,8 % (χ^2=25,92; p<0,001). В общественных местах суицидальные действия предпринимались в единичных случаях, как славянами, так и бурятами – 2,0 % (χ^2=75,95; p<0,001) и 1,5 % (χ^2=92,86; p<0,001).

Распределение суицидальных попыток лиц обеих национальностей по сезонам года показало следующую картину: у лиц славянских национальностей наибольшая частота суицидальных попыток наблюдалась весной (27,4 %), реже – осенью (26,5 %), летом (24,5 %) и зимой (21,6 %). Статистически достоверной разницы по частоте суицидальных попыток в зависимости от сезона не наблюдалось (p>0,05). У лиц бурятской национальности доля суицидальных попыток была практически поровну распределена по

сезонам года: по 26,15 % – лето и осень, 24,6 % – весна и 23,1 % – зима (p>0,05). Статистически достоверной разницы доли суицидальных попыток по сезонам в зависимости от национальностей суицидентов не выявлено (p>0,05).

Роль клинических факторов в формировании суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами, широко обсуждается в литературе, однако в этническом аспекте данная проблема остается малоизученной (Лазебник А. И., 1995, 2000; Васильев В. В., 1997, 2001; Дубравин В. И., 1997, 2001; Положий Б. С., 2007, 2009, 2010). Одной из клинических характеристик является отягощение семейного анамнеза по психическим расстройствам. Многие публикации современных авторов посвящены наследованию какого-либо психического расстройства, предрасполагающего к суицидальному поведению (Чуев Ю. Ф., 1991; Linkowski P. et al., 1985; Brent D. A. et al., 1990).

Изучение отягощения семейного анамнеза по психическим расстройствам пациентов, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, показало следующую картину (рис. 22). В группе пациентов славянских национальностей отягощение семейного анамнеза по психическим расстройствам наблюдалось у 32 чел. (31,4 %): 10 мужчин (28,6 %) и 22 женщин (32,8 %). В бурятской группе суицидентов семейный анамнез был отягощен у 17 чел. (26,2 %): 5 мужчин (23,8 %) и 12 женщин (27,3 %).

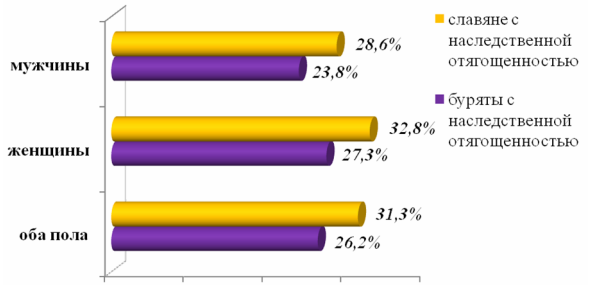

Рис.22. **Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям у лиц, совершивших суицидальные попытки славянских и бурятских национальностей (родственники I степени родства)**

Представленные данные свидетельствуют о практически одинаковой частоте отягощения семейного анамнеза по психическим заболеваниям у суицидентов славянских и бурятской национальностей (p>0,05).

Структура отягощения семейного анамнеза психическими заболеваниями у пациентов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар (родственники I степени родства), была следующей (табл. 135).

Таблица 135

Структура отягощения семейного анамнеза психическими заболеваниями у славян и бурят УОБО, совершивших суицидальные попытки

Психические и поведенческие расстройства	абс.		%	
	Славяне	Буряты	Славяне	Буряты
Шизофрения, шизотипические и бредовые р-ва	4	2	7,0	6,9
Эпилепсия	1	1	1,8	3,4
Алкоголизм	30	16	52,6	55,2
Наркомания	4	1	7,0	3,4
Расстройства личности	5	3	8,8	10,3
Расстройства настроения	6	1	10,5	3,4
Умственная отсталость	2	2	3,5	6,9
Завершенные суициды	5	3	8,8	10,3
Всего	57*	29*	100,0	100,0

*Примечание. * – Итоговое число психических и поведенческих расстройств у родственников I степени родства славянских и бурятской национальностей превышает общее количество родственников с психической патологией славян (n=51) и бурят (n=24) в связи с наличием у части родственников коморбидной патологии.*

Как видно из таблицы 135, наибольшее число родственников I степени родства как у славян (52,6 %), так и у бурят (55,2 %) страдали хроническим алкоголизмом (p<0,001).

Представляет интерес общая длительность психического расстройства к моменту совершения пациентами суицидальных попыток (табл. 136). Статистический анализ показал, что среди пациентов славянских национальностей больше всего было лиц с продолжительностью психического заболевания свыше 5 лет (43,1 %). Доля лиц с продолжительностью течения психического расстройства от 1 года до 5 лет составила 19,6 % (χ^2=12,04; p<0,001), до 1 года – 13,8 % (χ^2=20,26; p<0,001), до 1 месяца – 23,5 % (χ^2=7,96; p<0,01).

Распределение лиц бурятской национальности, совершивших суицидальные попытки, в зависимости от длительности течения психического заболевания, носит похожий характер. Наибольшую долю составляли пациенты с продолжительностью заболевания более 5 лет – 36,9 %. Заболевание дебютировало в период от 1 до 5 лет у 29,2 % (p>0,05), до 1 года – у 21,6 % (p>0,05), до 1 месяца – у 12,3 % (χ^2=9,33; p<0,01). При сравнении лиц славянских

и бурятской национальностей более выраженное различие наблюдается в доли суицидентов с длительностью заболевания к моменту совершения суицидальной попытки до 1 месяца: у славян – 23,5 %, у бурят – 12,3 % (χ^2=2,54; p=0,11). Этот факт можно объяснить большим числом лиц славянских национальностей, обнаруживающих реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации.

Таблица 136

Длительность течения заболевания к моменту совершения суицидальной попытки у пациентов психиатрического стационара в зависимости от национальности (абс., %)

Длительность течения заболевания к моменту совершения суицидальной попытки	Славяне		Буряты	
	абс.	%	абс.	%
Свыше 5 лет	44***	43,1	24**	36,9
От 1 до 5 лет	20	19,6	19	29,2
До 1 года	14	13,8	14	21,6
До 1 месяца	24	23,5	8	12,3
Всего	102	100,0	65	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01; *** – p<0,001.*

Как оказалось, более трети пациентов славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в анамнезе уже имели суицидальные действия – 36,3 %. Среди лиц бурятской национальности таких лиц насчитывалось лишь 26,2 % (χ^2=1,42; p=0,23). Выявленная более высокая доля пациентов славянских национальностей с зафиксированными повторными суицидальными попытками может свидетельствовать о том, что суицидальное поведение у них является устойчивым поведенческим стереотипом в трудных жизненных ситуациях, а также о большем числе суицидальных попыток, закончившихся летально у лиц бурятской национальности.

По полученным нами данным, в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения суицидальной попытки находились 27,5 % пациентов славянских национальностей и 16,9 % бурят (χ^2=1,91; p=0,16), что уступает доли лиц, предпринявших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, в общей популяции населения УОБО в 2005—2007 гг. – у 41,0 % славян (χ^2=5,75; p=0,016) и у 41,3 % бурят (χ^2=11,75; p<0,001). Таким образом, прием алкоголя облегчает совершение суицидальных действий у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, и не оказывает такого влияния на суицидальное поведение у суицидентов с психическими расстройствами.

Таблица 137

Диагностическая рубрификация лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, в УОБО за 2005—2007 гг. (абс., %)

Психические и поведенческие расстройства по МКБ-10	Славяне		Буряты		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства (F00—09)	33**	32,3	18*	27,7	51	30,5
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F10—19)	2	2,0	8#	12,3	10	6,0
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—29)	9	8,8	10	15,4	19	11,4
Расстройства настроения (F30—39)	5	4,9	4	6,1	9	5,4
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—49)	33**	32,4	7##	10,8	40	23,9
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—69)	14	13,7	12	18,5	26	15,6
Умственная отсталость (F70—79)	6	5,9	6	9,2	12	7,2
Итого	102	100,0	65	100,0	167	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: : * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$. Межгрупповые: # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$.*

Изучение диагностической структуры психических расстройств у суицидентов проводилось в соответствии с МКБ-10 (табл. 137). Среди суицидентов славянских национальностей наибольшими оказались доли лиц, у которых суицидальные действия предпринимались в рамках реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации, а также органических психических расстройств (по 32,4 %). Значительно реже встретились пациенты с расстройствами личности и поведения – 13,7 % (χ^2=8,96; p=0,003), шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 8,8 % (χ^2=15,86; p<0,001).

Среди психических расстройств у совершивших суицидальные попытки пациентов психиатрического стационара бурятской национальности преобладали органические психические расстройства – 27,7 %. Реже выявлялись расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 18,5 % (χ^2=1,08; p=0,29); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – 15,4 % (χ^2=2,23; p=0,135) и психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ – 12,3 % (χ^2=3,89; p=0,048).

Сравнение клинической структуры психических расстройств у совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар пациентов славянских и бурятской национальностей показало ряд отличий. Это касается двух видов психической патологии – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации) и психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Удельный вес реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации оказался у славян большим в 3 раза (32,4 %), чем у бурят (10,8 %) (χ^2=9,0; p=0,003), а доля психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркотическая зависимость), чаще наблюдалась у бурят (12,3 %), чем у славян (2,0 %) (χ^2=5,82; p=0,016).

Таким образом, в группе совершивших суицидальные попытки психогенные факторы имеют большее значение в генезе суицидального поведения у лиц славянских национальностей, чем у лиц бурятской национальности. По мнению Б. А. Дашиевой (2004), неврозы у бурят практически не распознаются, не наблюдается «больших» невротических синдромов, не предъявляются ипохондрические жалобы, не встречается истерическая и конверсионная симптоматика. Автор считает, что с учетом того, что невротические расстройства часто являются формой призыва о помощи или способом манипуляции окружающими, существенной особенностью бурят является разрешение внутренних психологических конфликтов без помощи посторонних лиц. А. С. Манжеев (1994) также указывал, что у бурят почти не наблюдается «больших» невротических синдромов, а речь идет о редуцированных феноменах: утомляемости, раздражительности, замкнутости, не имеющих системного характера.

Утрата социокультуральных традиций, духовных ценностей, отсутствие перспектив будущего у бурят являются сильными стрессовыми факторами, приводящими к дезинтеграции психического здоровья, социальной и психологической дезорганизации (аномии), что открывает дорогу различным формам аддиктивного поведения, в первую очередь злоупотреблению алкоголем (Heath D., 1975; Kissin B., Begleiter H., 1976; Wuthrich P., 1977).

Обращает на себя внимание небольшой удельный вес лиц с депрессивными расстройствами, предпринявших суицидальные попытки, как среди славян (4,9 %), так и среди бурят (6,1 %), что можно объяснить тем, что психиатры стационара довольно часто расценивали аффективные расстройства как синдромальные состояния в рамках органического поражения головного мозга, шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, а также

невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Б. С. Положий (2010) описывает схожую картину удельного веса аффективных расстройств у больных, предпринявших суицидальные попытки, удмуртской (1,5 %) и русской (4,9 %) национальностей и задается вопросом: столь ли велика роль этих заболеваний (именно заболеваний, а не депрессивного синдрома в рамках другой психической патологии) в генезе суицидального поведения психически больных. Синдромологически состояние пациентов, совершивших покушение на самоубийство, было следующим (табл. 138, рис. 23).

Таблица 138

Синдромальная структура психических расстройств у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар (абс., %)

Актуальный психопатологический синдром	Славяне		Буряты		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Психопатоподобный	42	41,2	22	33,8	64	38,3
Депрессивный	40	39,2	30	46,2	70	41,9
Депрессивно-параноидный	9	8,8	8***	12,3	17	10,2
Невротический	11***	10,8	5	7,7	16	9,6
Итого	102	100,0	65	100,0	167	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

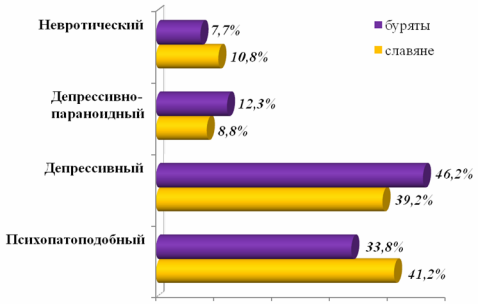

Рис. 23. **Синдромальная структура психических расстройств у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, в зависимости от национальности**

Приведенные в таблице 138 данные свидетельствуют о практически равной представленности у славян психопатоподобного и депрессивного синдромов – 41,2 и 39,2 %, реже встречались депрессивно-параноидный – 8,8 % (χ^2=26,7; p<0,001) и невротический – 10,8 % (χ^2=22,9; p<0,001) синдромы. У лиц бурятской национальности превалировал депрессивный синдром – 46,2 %, реже встречались психопатоподобный – 33,8 % (χ^2=1,57; p=0,21),

депрессивно-параноидный (χ^2=16,4; p<0,001), невротический (χ^2=22,52; p<0,001). Статистически достоверной разницы в представленности какого-либо синдрома в зависимости от национальности суицидентов не выявлено.

Сравнительный анализ распределения пациентов славянских и бурятской национальностей, предпринявших суицидальные попытки, в зависимости от реальности суицидогенного конфликта показал, что у 66,7 % славян и 69,2 % бурят суицидогенный конфликт имел реальную основу. Доля случаев с суицидогенными конфликтами, обусловленными патологическими переживаниями, наблюдалась у 33,3 % славян и у 30,8 % бурят. Таким образом, различия в долях с реальным и патологическим характером суицидогенного конфликта в зависимости от национальности оказались незначительными (p>0,05). При изучении реальности суицидогенного конфликта лиц, предпринявших суицидальные попытки, среди общей популяции населения УОБО нами установлено, что лишь у 9,5 % славян и 3,4 % бурят конфликты были вызваны наличием психопатологических переживаний.

Изучение сфер возникновения суицидогенных конфликтов в зависимости от национальности выявило (табл. 139, рис. 24), что основными сферами суицидогенного конфликта у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, являлись две – личная (41,3 %) и семейная (34,7 %). Случаи возникновения конфликта в других сферах были значительно более редкими (p<0,001). Каких-либо значимых различий в представленности той или иной сферы суицидогенного конфликта в зависимости от национальности не выявлено.

Таблица 139

Сферы суицидогенных конфликтов у славян и бурят УОБО, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар

Сфера возникновения суицидогенных конфликтов	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личная	39***	38,2	30***	46,1	69***	41,3
Семейная	35***	34,3	23***	35,4	58***	34,7
Профессиональная	6	5,9	2	3,1	8	4,8
Здоровье	6	5,9	3	4,6	9	5,4
Материально-бытовая	5	4,9	2	3,1	7	4,2
Сексуальная	10	9,8	5	7,7	15	9,0
Судебная	1	1,0	-	-	1	0,6
Всего	102	100,0	65	100,0	167	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

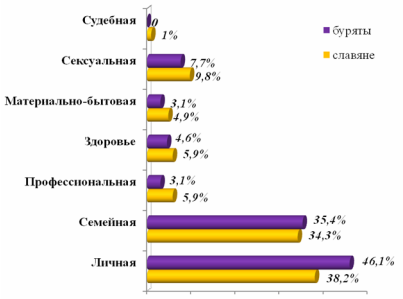

Рис. 24. **Сферы возникновения суицидогенных конфликтов у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, в зависимости от национальности**

Анализ суицидального поведения с позиций категории «личностного смысла» (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980) показал, что наиболее часто встречающимися категориями суицидального поведения у лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в стационар, являлись: протест – 31,1 % и призыв – 37,1 % (табл. 140, рис. 25).

Таблица 140

Категории личностного смысла суицидального поведения славян и бурят, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар УОБО

Категория личностного смысла	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Протест	37	33,6	15	23,1	52***	31,1
Призыв	42	41,2	20*	30,8	62***	37,1
Избегание	8#	7,8	14#	21,5	22	13,2
Самонаказание	11	10,8	8	12,3	19	11,4
Отказ	4	3,9	8	12,3	12	7,2
Всего	102	100,0	65	100,0	167	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: * – p<0,05, *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05.*

Показатели в славянской группе пациентов были выше, чем в бурятской – 33,6 и 23,1 % (χ^2=2,64; p=0,1) и 41,2 и 30,8 % (χ^2=1,42; p=0,23). Обращает на себя внимание большая доля лиц бурятской национальности с суицидальным поведением типа избегания по сравнению со славянами – 21,5 и 7,8 % (χ^2=5,37; p=0,02) и отказа – 12,3 и 3,9 % (χ^2=3,02; p=0,08).

Таким образом, среди лиц славянских национальностей чаще встречались такие категории личностного смысла, как протест (p<0,001) и призыв (p<0,001). У бурят эти категории личностного смысла также занимали ведущие позиции, но необходимо отме-

тить, что доля таких категорий, как избегание и отказ, превышала аналогичные показатели славян. Другими словами, у бурят чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций.

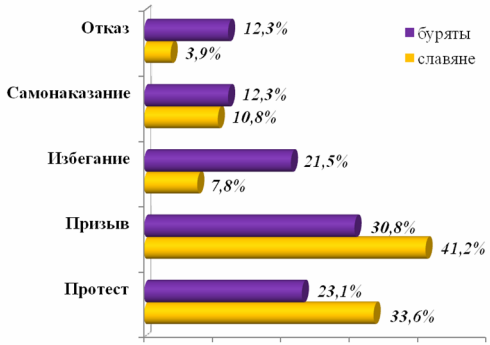

Рис. 25. **Категории личностного смысла у лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, в зависимости от национальности**

Прогностическим фактором оценки тяжести и серьезности суицидальных действий является длительность пресуицидального периода (табл. 141).

Таблица 141

Продолжительность пресуицидального периода у славян и бурят, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар

Продолжительность пресуицидального периода	Славяне		Буряты		Обе субпопуляции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не более часа	12***	11,8	6**	9,2	18	10,8
От нескольких часов до суток	35#	34,3	16#	24,6	51	30,5
От нескольких суток до 1 мес.	38	37,2	20	30,8	58	34,7
От нескольких месяцев до 1 года	12*** #	11,8	18#	27,7	30	18,0
Более 1 года	5***	4,9	5**	7,7	10	6,0
Всего	102	100,0	65	100,0	167	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: ** – p<0,01, *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05.*

Наиболее часто пресуицидальный период у славян продолжался от нескольких суток до месяца – 37,2 %, немного реже – от нескольких часов до суток – 34,3 % (p>0,05). Одинаково часто встретилась продолжительность пресуицидального периода в течение нескольких месяцев и короткий пресуицидальный период (не более часа) – по 11,8 % (χ^2=16,56; p<0,001). Наименее часто

встречалась продолжительность пресуицидального периода свыше 1 года – 4,9 % (χ^2=30,17; p<0,001).

Иная картина наблюдалась у бурят: наиболее часто встречался пресуицидальный период от нескольких суток до 1 месяца – 30,8 %, несколько реже – от нескольких месяцев до 1 года – 27,7 % (p>0,05) и от нескольких часов до 1 суток – 24,6 % (p>0,05). Достоверно реже наблюдались пресуицидальные периоды продолжительностью не более 1 часа – 9,2 % (χ^2=8,13; p=0,004) и более 1 года – 7,7 % (χ^2=9,71; p=0,002).

Сравнение распределения пациентов славянских и бурятской национальностей по продолжительности пресуицидального периода показало, что достоверно чаще у славян встречается пресуицидальный период продолжительностью от нескольких часов до 1 суток: 34,3 % – у славян и 24,6 % – у бурят (χ^2=3,82; p<0,05), а у бурят по сравнению со славянами чаще регистрировались продолжительность пресуицида от нескольких месяцев до 1 года – 27,7 и 11,8 % (χ^2=5,8; p=0,016). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что у совершивших суицидальные попытки пациентов бурятской национальности суицидальные действия были более продуманными и подготовленными. У лиц славянских национальностей, напротив, чаще встречались менее продуманные суицидальные действия импульсивного характера.

Проведенный анализ социально-демографических, клинических и этнокультуральных особенностей суицидальных попыток лиц славянских и бурятской национальностей УОБО за 2005—2007 гг., госпитализированных в психиатрический стационар, показал следующее. Максимальные доли суицидальных попыток, как среди лиц бурятской, так и славянских субпопуляций, госпитализированных в психиатрический стационар, наблюдались в возрастном интервале 20—29 лет. Доля женщин, совершивших суицидальные попытки, превышала аналогичный показатель мужчин в 2 раза, независимо от национальности суицидентов. В обеих этнических группах большинство имели среднее (p<0,05) и незаконченное среднее образование (p<0,05). Несмотря на то что преобладающее большинство суицидентов находилось в трудоспособном возрасте, лишь 18,5 % бурят и 22,5 % славян были адаптированы в трудовом отношении. Подавляющее число лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, были одиноки (буряты – 64,6 %, славяне – 67,7 %) (p<0,001). Сравнение распределения лиц славянских и бурятской национальностей в зависимости от пола

и способа суицидальных попыток показало, что независимо от национальности женщины чаще всего прибегали к отравлению (p<0,001), реже – к нанесению порезов и повешению. У мужчин наблюдалась иная картина: славяне достоверно чаще, чем буряты, пользовались таким способом, как повешение (p<0,01), а буряты чаще славян использовали нанесение колото-резаных ран (p<0,001). Т. е. мужчины чаще женщин использовали способы совершения суицидальных попыток с потенциально более высокой степенью летальности. Чаще всего, независимо от национальности, суицидальные попытки предпринимались в местах, скрытых от посторонних лиц. Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток лиц бурятской и славянских национальностей не выявило статистически значимых отличий. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями выявлялась у трети пациентов (29,3 %), статистически значимых отличий по этому показатели у бурят и славян не выявлено. Наиболее часто, независимо от национальности, длительность психического заболевания до момента совершения суицидальной попытки составляла более 5 лет. При сравнении лиц славянских и бурятской национальностей более ощутимая разница наблюдается в доли суицидентов с длительностью заболевания к моменту совершения суицидальной попытки до 1 месяца: у славян – 23,5 %, у бурят – 12,3 % (p=0,11). Этот факт можно объяснить большим числом лиц славянских национальностей, обнаруживающих реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации.

Более трети пациентов славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в анамнезе уже имели суицидальные действия – 36,3 %, среди лиц бурятской национальности таких лиц было лишь 26,2 % (p=0,23). Более высокая доля пациентов славянских национальностей с повторными суицидальными попытками может свидетельствовать о том, что суицидальное поведение у них является устойчивым поведенческим стереотипом в трудных жизненных ситуациях, а также о большем числе суицидальных попыток, закончившихся летально у лиц бурятской национальности.

В состоянии алкогольного опьянения на момент совершения суицидальной попытки находились 27,5 % славян и 16,9 % бурят (p=0,16), что уступает доли лиц, предпринявших суицидальные попытки, в состоянии алкогольного опьянения в общей популяции населения УОБО в 2005—2007 гг. – 41,0 % славян (p=0,016) и 41,3 % бурят (p<0,001). Таким образом, прием алкоголя облег-

чает совершение суицидальных действий у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, и не оказывает такого влияния на суицидальное поведение у суицидентов с психическими расстройствами.

Сравнение клинической структуры психических расстройств у совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар пациентов славянских и бурятской национальностей показало ряд отличий: удельный вес реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации оказался большим у славян в 3 раза – 32,4 и 10,8 % ($p=0,003$), а доля психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркотическая зависимость), чаще наблюдалась у бурят – 12,3 и 2,0 % ($p=0,016$).

Полученные данные свидетельствуют о практически равной представленности у славян психопатоподобного и депрессивного синдромов – 41,2 и 39,2 %, реже встречались депрессивно-параноидный – 8,8 % ($\chi^2=26,7$; $p<0,001$) и невротический – 10,8 % ($\chi^2=22,9$; $p<0,001$). У лиц бурятской национальности превалировал депрессивный синдром – 46,2 %, реже встречались психопатоподобный – 33,8 % ($\chi^2=1,57$; $p=0,21$), депрессивно-параноидный ($\chi^2=16,4$; $p<0,001$), невротический ($\chi^2=22,52$; $p<0,001$). Статистически достоверной разницы в представленности какого-либо синдрома в зависимости от национальности суицидентов не выявлено, у славян практически в равной представленности наблюдались психопатоподобный и депрессивный синдромы, а у лиц бурятской национальности превалировал депрессивный синдром, реже встречался психопатоподобный.

Наиболее часто встречающимися категориями суицидального поведения у лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в стационар, являлись протест и призыв. Среди лиц славянских национальностей чаще встречались такие категории личностного смысла, как протест ($p<0,001$) и призыв ($p<0,001$). У бурят эти категории личностного смысла также занимали ведущие позиции, но доля таких категорий, как избегание и отказ, превышала аналогичные показатели славян ($p>0,05$). Другими словами, у бурят чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций.

Сравнение распределения пациентов славянских и бурятской национальностей по продолжительности пресуицидального периода показало, что достоверно чаще у славян встречается пре-

суицид продолжительностью от нескольких часов до 1 суток ($p<0,05$), а у бурят по сравнению со славянами чаще отмечалась продолжительность пресуицида от нескольких месяцев до 1 года ($p=0,016$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что для совершивших суицидальные попытки пациентов бурятской национальности суицидальные действия были более продуманными и подготовленными.

Подводя итог изложенным в данной главе сведениям, можно сделать следующие выводы. Установлен сверхвысокий уровень распространенности завершенных суицидов в УОБО. Наиболее уязвимой возрастной группой как у мужчин, так и у женщин, совершивших самоубийства, в 2005—2009 гг. являлась молодежь 20—29 лет. Самые высокие показатели завершенных суицидов наблюдаются у мужчин 20—29 лет (139,2—303,3 на 100 тысяч населения). Выявлено снижение количества суицидов за 6 лет в большинстве возрастных групп трудоспособного возраста у мужчин (20—59 лет) в 1,3—2,1 раза, у женщин такая картина наблюдается в возрастных интервалах 15—29 и 40—49 лет. Однако в возрастных интервалах 30—39 и 50—59 лет у женщин наблюдается увеличение показателей суицидов за анализируемый период в 2,1—3,2 раза. Наблюдается отрицательная динамика самоубийств в старших возрастных группах мужчин (с 60 лет и старше) в 1,9—2 раза, при стабильных показателях суицидов данной возрастной категории у женщин.

Распространенность суицидов за 2002—2007 гг. у лиц бурятской национальности превышала аналогичные показатели у славян в 1,2—1,4 раза. За анализируемый период частота суицидов у бурят уменьшилась в 1,7 раза ($p<0,001$), у славян – в 1,4 раза ($p<0,05$). Максимальные показатели распространенности завершенных суицидов как среди лиц бурятской, так и славянской субпопуляции наблюдались в возрастном интервале 20—29 лет. В возрастном интервале 10—59 лет уровень суицидов у бурят превышал в 1,2—1,5 раза показатели у славян, а с 60 лет суициды у славян встречались в 1,3— 2,2 раза чаще, чем у бурят. Уровень суицидов у бурятских мужчин превышал в 1,3 раза аналогичный показатель у мужчин-славян ($p<0,05$), уровни завершенных суицидов бурятских и славянских женщин не имели отличий.

Большинство суицидентов в обеих этнических группах имели среднее и среднеспециальное образование ($p<0,001$). Статистически достоверно среди бурят чаще встречались лица со средним образованием ($p<0,05$), а среди славян – с начальным ($p<0,05$).

Подавляющее большинство суицидентов УОБО обеих этнических субпопуляций являлись лицами трудоспособного возраста, но лишь 26,9 % были адаптированы в трудовом отношении. Более половины совершивших самоубийство пациентов обеих этнических групп были одиноки (55,7 %).

Большинство суицидентов обеих этнических групп независимо от пола использовали такой высоколетальный способ суицидальных действий, как повешение (буряты – 97,9 %, славяне – 94,5 %). Чаще всего, независимо от национальности, суициды совершались в местах, скрытых от посторонних лиц. Максимум суицидов обеих субпопуляций приходился на летнее время года ($p<0,001$), а у бурят – еще и весной ($p<0,05$); минимальное количество наблюдалось зимой. Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп принадлежало к личностно-семейной сфере ($p<0,001$). У лиц бурятской национальности чаще встречалась категория отказа от жизни ($p<0,05$). Продолжительность пресуицидального периода не отличалась в сравниваемых группах; чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

Соотношение завершенных суицидов и суицидальных попыток составило от 1:1,7 до 1:2,1, что свидетельствует о высокой частоте попыток, доведенных до конца. Соотношение числа суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами, также отличалось от общепринятого и составляло 1,2:1—1,5:1. Наиболее уязвимой возрастной группой пациентов, предпринявших суицидальные попытки, являлась молодежь 20—29 лет, как у мужчин, так и у женщин УОБО. Самый высокий показатель суицидальных попыток отмечается у мужчин 20—29 лет (477,1— 516,0 на 100 тысяч населения).

Наибольший уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей. Распространенность суицидальных попыток в славянской субпопуляции в 1,4 раза превышает аналогичный показатель у бурят ($p<0,01$). Более высокие показатели завершенных суицидов в бурятской субпопуляции могут свидетельствовать о более серьезном подходе бурят к совершению суицидальных действий и о большей доле суицидальных попыток бурят, завершившихся летально. Уровень суицидальных попыток среди славян за 2005—2007 гг. оставался стабильным как среди мужчин, так и среди женщин. Уровень суицидальных

попыток среди лиц бурятской национальности за этот период увеличился в 1,5 раза ($p<0,01$).

Большинство суицидентов, как совершивших законченные суициды, так и суицидальные попытки, в обеих этнических группах имели среднее и среднеспециальное образование ($p<0,001$). Статистически достоверно среди бурят с завершенными суицидами чаще встречались лица со средним образованием ($p<0,05$), а среди славян – с начальным ($p<0,05$). Доля славян, совершивших законченные суициды, имевших начальное образование, в 3 раза превышала аналогичную долю славян, совершивших суицидальные попытки ($p<0,01$). Подавляющее большинство суицидентов УОБО обеих этнических субпопуляций являлись лицами трудоспособного возраста, но лишь 26,9 % лиц, совершивших законченные суициды, и 28,4 % лиц, предпринявших суицидальные попытки, были адаптированы в трудовом отношении.

Подавляющее число лиц, совершивших суицид (55,7 %) и покушение на самоубийство (61,8 %), в обеих этнических группах были одиноки.

Большинство суицидентов с завершенными суицидами обеих этнических групп, причем независимо от пола, использовали такой высоколетальный способ суицидальных действий, как повешение (буряты – 97,9 %, славяне – 94,5 %), а наиболее частым способом суицидальных попыток было отравление медикаментами либо уксусной эссенцией (буряты – 50,7 %, славяне – 53,9 %).

Чаще всего, как при завершенных суицидах, так и при попытках, независимо от национальности, суициды совершались в местах, скрытых от посторонних лиц. Максимум суицидов в обеих субпопуляциях приходился на летнее время года ($p<0,001$), а у бурят – еще и весной ($p<0,05$); минимальное количество наблюдалось зимой. Максимум попыток суицидов у лиц славянских национальностей приходился на весну, минимум – на лето ($p<0,01$) а у бурят наблюдалось незначительное преобладание летом и неубедительное снижение зимой. Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток у лиц бурятской и славянских национальностей показало превалирование их у бурят летом ($p<0,05$), а у славян – весной ($p>0,1$). Анализ суицидальной активности в группах совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки показал, что сезонные пики не совпадают ни среди славян, ни среди бурят, что может свидетельствовать о существенных различиях в механизмах возникновения разных форм суицидального поведения.

Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп, совершивших завершенные суициды и попытки самоубийства, принадлежало к личностно-семейной сфере ($p<0,001$). У лиц бурятской национальности с завершенными суицидами чаще встречалась категория отказа от жизни ($p<0,05$), а с суицидальными попытками – отказ от жизни и избежание наказания ($p<0,05$), т. е. у бурят чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций, что можно объяснить национальными чертами, присущими народам монгольской и тунгусо-маньчжурской групп. Продолжительность пресуицидального периода не отличалась в сравниваемых группах; чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

Приведённые выше сведения свидетельствуют о более высокой частоте суицидов в бурятской субпопуляции. Этот факт можно попытаться объяснить некоторыми этнокультуральными особенностями, способствующими высокой суицидальной активности бурят УОБО. Первой особенностью являются вопросы религиозной морали. Основной религией у бурят остался шаманизм, главная черта которого – обожествление сил природы, вера в то, что в мире существует много богов и духов. Чтобы снискать их благорасположение, нужно постоянно проводить различные обряды. Очень важную часть мировоззрения шаманистов составляют представления о душе, смерти, загробной жизни. Считалось, что после смерти душа переносится в иной мир, где находит своих ранее умерших друзей, близких, знакомых, где жизнь не прекращается, а продолжается. Такие взгляды значительно уменьшают страх перед смертью, человек готов к таким «перемещениям».

Ещё одной национальной религией бурят является буддизм (ламаизм), провозглашающий повторяемость земных перерождений человека, которому предстоит много раз жить и много раз умирать. «Будет другая жизнь, будет другой шанс» (Чхартишвили Г., 2006). Буддистские воззрения считают суицид вполне допустимым, не противоречащим религиозной морали, поступком. По мнению Б. С. Положего (2010), внедрение буддизма, предполагающего существование реинкарнации, привело бурят к облегченному восприятию самостоятельного ухода из жизни, достаточно терпимое, а в ряде случаев даже одобрительное отношение к суициду делают бурят и малочисленные народы Сибири этносами высокого риска.

Однако не все исследователи разделяют подобную точку зрения. К примеру, И. С. Урбанаева (2010) считает, что буддизм однозначно утверждает, что самоубийство создает негативную карму убийства человеческого существа, а убийство ведет к перерождению в аду. Более того, она утверждает, что рост числа суицидов среди лиц бурятской национальности свидетельствует о том, что до основания разрушены базовые понятия буддистского мировоззрения, которые делают невозможным для традиционных буддистов суицид, преступления и пороки.

Следующим аспектом является то, что два основных национально-этнических образования – буряты и русские живут не отдельной жизнью, а интегрированы в единую государственную систему, что в конкретно-исторических условиях привело к неизбежной русификации бурятской нации, потере традиционных религиозно-культурных корней. Среди молодёжи бурятской национальности сегодня уже не редкость открытое проявление нигилизма по отношению к родному языку, культуре, традициям. «Появилось поколение бурят, не знающее родного языка, обычаев, истории, культуры своего народа. Наблюдается тенденция отхода молодёжи от традиционного образа жизни народа, происходит утрата формировавшихся веками нравственно-этических норм поведения и духовных ценностей» (Голосов А., 2000), наблюдается факт глубокого упадка и разрушения традиционной духовности и нравственности.

Кроме того, в последние 10—15 лет на эти негативные процессы оказали дополнительное влияние отрицательные социально-экономические показатели развития УОБО. Округ является слаборазвитым, высокодотационным регионом с «аграрно-бюджетной» экономикой, очень низкими доходами населения (ниже прожиточного минимума) и высоким уровнем бедности: среднедушевые денежные доходы населения УОБО ниже прожиточного минимума, он является беднейшим регионом РФ. Бедность в округе носит не только почти всеобщий, но и застойный характер, так как две трети составляют крайне бедные домохозяйства, материальные ресурсы которых не превышают половины прожиточного минимума. Низкое качество жизни в сочетании с маргинализацией и алкоголизацией населения, труднодоступность квалифицированной медицинской помощи провоцируют рост смертности, особенно в трудоспособном возрасте, низкую продолжительность жизни, особенно среди мужчин. По уровню смертности округ «опередил» среднероссийские показатели, хотя население

УОБО заметно моложе: доля детей в 2 раза выше, чем численность старшей возрастной группы. По мнению И. С. Урбанаевой (2010), страшнее социально-экономических последствий (безработицы, снижения уровня жизни и т. д.) оказалась трансформация общественной системы, ломка именно ценностных устоев, нравственных представлений и норм. Именно разрушение традиционной ценностной системы привело к социальной катастрофе в виде роста наркомании, алкоголизма, преступности, суицида и других патологических явлений.

Тот, кто хочет покончить с собой, должен вспомнить, что родители должны жить, пока младшему ребенку не исполнится восемнадцать, а дети не должны умирать, пока жив хотя бы один из родителей.

Эрик Берн

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

В последние десятилетия рост самоубийств в детском и подростковом возрастах внушает серьезные опасения медиков и общественности (Попова Н. М., 1997). По данным ВОЗ, суициды среди лиц в возрасте 15—24 лет за последние 15 лет возросли в 2 раза, среди причин смертности во многих экономически развитых странах они занимают 2—3-е место. В США показатель суицидов для американцев 15—19 лет за 1960—1981 гг. более чем удвоился и достиг уровня 13,6 на 100 тысяч среди юношей и 3,6 на 100 тысяч населения среди девушек, аналогичная картина наблюдается среди англичан в возрасте 15—24 лет. В настоящее время суицид среди детей и подростков занимает 4-е место в качестве причины смерти, после детского травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний. Лидером по частоте суицидов у подростков 15—19 лет среди стран мира является Шри-Ланка (46,5 на 100 тысяч населения соответствующего возраста). По данным ВОЗ (2010), в группу стран с наибольшими показателями завершенных суицидов в подростковом возрасте входят Литва, Казахстан, Россия и Беларусь (23,9, 21,0, 19,8 и 14,0 на 100 тысяч населения).

В России за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков выросла в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет расти быстрыми темпами. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями российских юношей обусловлена суицидами в 33,2 %, девушек – в 34 % случаев. Если оставить в стороне вопрос относительно намерений, то истинный уровень смертности вследствие самоубийств в 2006 г. возрастает у российских юношей на 14,5 %, у девушек – на 20,6 %. По данным Н. П. Кокориной и др. (1997), среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1 % составляют школьники и студенты. По данным 2007 г., показатели суицидов в стране были следующими: 0,1 случая на 100 тысяч детей в возрасте 5—9 лет; 3,6 – на 100 тысяч детей 10—14 лет; 20,1 – на 100 тысяч подростков в возрасте 15—

19 лет. В стране ежегодно в последние годы уходят из жизни по причине самоубийств до 500 детей до 14 лет и 2,5 тысячи подростков 15—19 лет. В 2009 г. частота суицидов среди российских детей и подростков составила 3,5 и 19,8 на 100 тысяч населения данной возрастной группы.

Б. С. Положий, Е. А. Панченко (2012) проанализировали частоту подростковых суицидов по федеральным округам России. Установлены минимальные показатели частоты суицидов среди детей и подростков в Северо-Кавказском, Центральном и Южном ФО (5,6, 9,8 и 12,3 на 100 тысяч лиц данной возрастной группы), что сопоставимо с общемировыми показателями. Близкие к общероссийскому уровню показатели суицидов выявлены в Северо-Западном и Приволжском округах (19,2 и 23,4 на 100 тысяч населения). Неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и особенно в Сибирском округах (28,6, 33,6 и 36,3 на 100 тысяч). Данные уровни суицидов в 4,5—5 раз превышают аналогичные мировые показатели. В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор нарастания смертности. Дальневосточный регион и Восточная Сибирь формируют полюс неблагополучия, который полностью определяется внешними причинами смерти, прежде всего самоубийствами, убийствами и другими формами насилия.

Лидерами по числу суицидов среди детей и подростков являются Тува, Якутия, Бурятия (15,6, 13,4 и 12,6 случая на 100 тысяч детского населения и 120,6, 74,2 и 86,6 на 100 тысяч подросткового населения), что превышает общероссийский уровень среди детей в 4—4,5 раза, среди подростков – в 4—6 раз. В. Ю. Альбицкий и др. (2010) указывают на то, что различия в смертности подростков от самоубийств по территориям России еще больше, чем вариация смертности от ДТП: 110 раз – от 255,4 на 100 тысяч населения в Чукотском АО до 2,3 на 100 тысяч в Чечне. Если исключить экстремальный показатель из рассмотрения, то региональный разброс смертности подростков от суицидов сокращается до 30 раз, что также не подтверждает однородности ситуации в стране по этому признаку. Б. С. Положий (1995) отмечает, что различия по частоте суицидов между различными регионами нашей страны составляют 12 раз среди детского населения и 27 раз среди подростков. Это позволяет выделить регионы с низкой, средней, высокой и сверхвысокой суицидальной активностью детско-подросткового населения. Уровень законченных суицидов среди подростков 15—19 лет в Иркутской области вырос за последние 19 лет с 25,8 на 100 тысяч

населения (1991 г.) до 43,6 на 100 тысяч населения (2009 г.), что позволяет отнести ее к областям с высокой частотой подростковых суицидов.

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения детей и подростков большинство исследователей относят такие, как неблагоприятные взаимоотношения с родителями и сверстниками, одиночество, потеря одного из родителей, их развод, неразделенная любовь, ревность, оскорбленное самолюбие (Кузнецов В., 1996). По данным В. Ф. Войцеха (2007), в препубертатном периоде детско-подросткового возраста доминируют семейные и школьные, а в пубертатном – любовные и сексуальные конфликты. А. Е. Личко (1999) к наиболее частым причинам суицидов среди подростков относит: потерю любимого человека; состояние переутомления; уязвленное чувство собственного достоинства; разрушение защитных механизмов личности в результате приема психоактивных веществ; отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

А. А. Султанов (1983), исследуя причины суицидального поведения у здоровых подростков, выделил 3 основные группы факторов: 1) дезадаптация, связанная с нарушением социализации, в этом случае место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний; 2) конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения; 3) алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

С. В. Зиновьев (2002) считает, что самоубийство в детском и подростковом возрастах имеет особенную фактуру, корни которой лежат в своеобразии представлений о смерти: 1) чем младше человек, тем труднее определить истинность его намерений уйти из жизни; 2) многие дети убеждены в том, что смерть имеет конец; 3) мотивы самоубийств детей и подростков до крайности непропорциональны факту травматизации, очень высок уровень импульсивности поступка; 4) прием алкоголя или наркотиков нарушает эмоциональную реактивность детей и подростков; 5) именно среди молодых самоубийство исключительно заразительно.

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Повышенный суицидальный риск имеют молодые люди

из негармоничных семей, в таких семьях вырастают до 40 % детей и подростков с суицидальным поведением (Панченко Е. А., 2011). Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б. С. Положего и др. (2011), более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д. Н. Исаев (2004), изучив особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет, обнаружил, что причиной суицидального поведения у них является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга. Из-за депривации и/или отвержения у умственно отсталых детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности.

Одним из важнейших факторов суицидального риска у молодежи является психическое заболевание, особенно аффективные расстройства и расстройства личности. Подростки, в прошлом пациенты психиатрических больниц, подвержены особому риску самоубийства (10 % – для мужчин и 1 % – для женщин). Подросткам-самоубийцам характерны семейная отягощенность по психическим заболеваниям (25—50 % случаев) и злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем (33—70 %). По данным Л. Я. Жезловой (1978), среди детей-суицидентов в возрасте до 13 лет больные шизофренией составили 70 %, а лица с ситуационными реакциями – 18 %; в старшем возрасте (13—14 лет) число страдающих шизофрений уменьшилось до 38 %, а количество лиц с ситуационными реакциями возросло до 60 %.

Настораживающим является тот факт, что во многих странах мира, в том числе в России, возрастает количество незавершенных суицидальных попыток среди лиц подросткового возраста. В Беларуси за 2008 г. показатель незавершенных суицидов в детско-подростковом возрасте вырос более чем на 40 % по сравнению с 2007 г. и составил 25,1 на 100 тысяч детского возраста. В Москве ежегодно происходят 600—700 суицидальных попыток среди детей до 12 лет и ещё больше – среди подростков.

А. Г. Амбрумова и др. (1978), обследовав 770 детей и подростков с суицидальным поведением, обнаружили наиболее частые способы суицидальных попыток: у девочек – отравления, у мальчиков – порезы вен и повешение. По данным В. Т. Лекомцева и Е. А. Панченко (2002), в группе до 13 лет в качестве способа самоубийства избиралось отравление, а в возрасте 13—16 лет

к самоотравлению присоединяются и другие способы: самоповешение, самоудавление, суициды с помощью колюще-режущих предметов, комбинированные способы. По мнению Е. Шир (1984), большинство суицидальных действий направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных нарушенных связей с окружающими; иногда суицидальное поведение определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. А. Е. Личко (1983) показал, что суицидальное поведение в подростковом возрасте чаще носит демонстративный характер, лишь у 10 % подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90 % случаев – это крик о помощи. Однако потенциальная опасность такого поведения достаточно высока, и ни одна суицидальная попытка не должна рассматриваться как незначительная, «несерьезная».

6.1. Социально-демографические и клинические характеристики завершенных суицидов детей и подростков Иркутской области

За 19 лет (1991—2009 гг.) на территории Иркутской области было зарегистрировано 2 082 случая самоубийств детей и подростков, в том числе 1 687 (81 %) суицидов были совершены лицами мужского пола, 395 (19 %) – женского пола. В возрасте 5—9 лет за анализируемый период закончили жизнь самоубийством 12 детей (0,6 %), в 10—14 летнем возрасте – 273 ребенка (13,1 %). Число подростков 15—19 лет, совершивших самоубийство, значительно превышало аналогичные показатели у детей и составило 1 797 чел. (86,3 %) ($p<0,001$).

6.1.1. Распространенность завершенных суицидов детей Иркутской области в возрасте 10—14 лет

Анализ динамики завершенных суицидов за 1991—2009 гг. показал, что начиная с 1991 г. (3,7 на 100 тысяч населения) наблюдается рост частоты самоубийств, достигающий в 1994 г. 7,9 случая на 100 тысяч населения (рис. 26). В 1995 г. частота суицидов начинает постепенно снижаться, однако в 1999 г. их уровень вновь достигает 8,9 на 100 тысяч населения. Максимальное количество детских суицидов в Иркутской области за анализируемый период зарегистрировано в 2003 г. – 11 случаев на 100 тысяч населения. С 2004 г. наблюдается постепенное снижение завер-

шенных суицидов, в 2007 г. отмечен четвертый пик суицидов – 8,6 случая на 100 тысяч населения. За 19 лет (1991—2009 гг.) число завершенных суицидов по Иркутской области в возрастной группе 10—14 лет выросло в 1,4 раза (темп прироста – 40,5 %) ($p>0,5$).

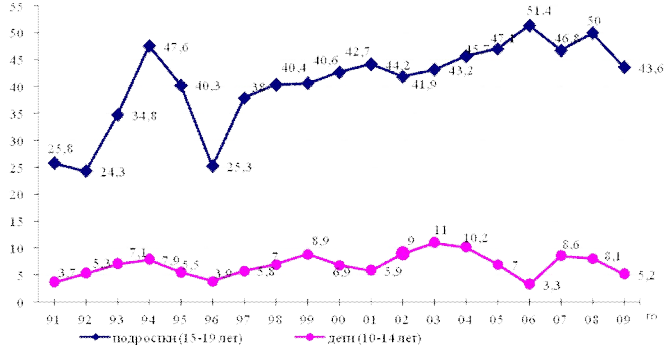

Рис. 26. Динамика частоты законченных суицидов детей и подростков Иркутской области (на 100 тысяч населения)

Анализ половых различий показывает, что соотношение самоубийств у мальчиков и девочек в разные годы анализируемого периода колебалось от 1,2:1 в 2007 г. до 12,6:1 в 1995 г. (рис. 27).

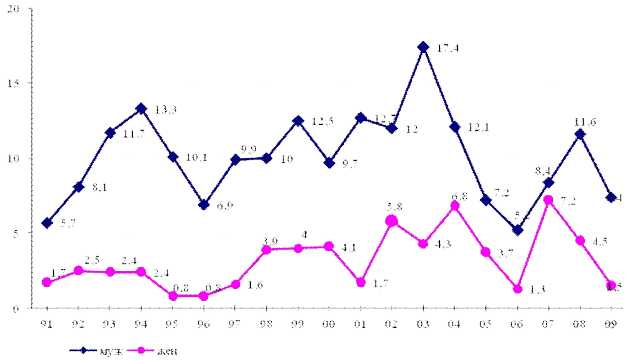

Рис. 27. Динамика законченных суицидов детей Иркутской области в зависимости от пола (на 100 тысяч населения)

У мальчиков число завершенных суицидов увеличилось с 5,7 на 100 тысяч населения в 1991 г. до 7,4 случая на 100 тысяч населения в 2009 г., т. е. произошло увеличение в 1,3 раза (темп прироста – 29,8 %) ($\chi^2=0,08$; $p=0,77$). Максимальное число суици-

дов у мальчиков наблюдалось в 2003 г. – 17,4 случая на 100 тысяч населения. У девочек показатели завершенных суицидов колебались от минимальных значений в 1995—1996 гг. (по 0,8 случая на 100 тысяч населения) до максимальных в 2004 г. (6,8 на 100 тысяч населения) и 2007 г. (7,2 на 100 тысяч населения). Анализ динамики завершенных суицидов у девочек показал, что уровень суицидов в 2009 г. (1,5 на 100 тысяч населения) практически достиг показателя 1991 г. – 1,7 случая на 100 тысяч населения.

Анализ суицидов детей в городской и сельской местностях Иркутской области показывает, что сельские суициды детей превышали аналогичные показатели городских детей от 1,3:1 в 1993 г. до 5:1 в 2008 г., исключение составили 1995—1996 гг. и 2006 г., когда городские суициды в детской популяции превышали сельские суициды в 1,1 – 5 раз (рис. 28).

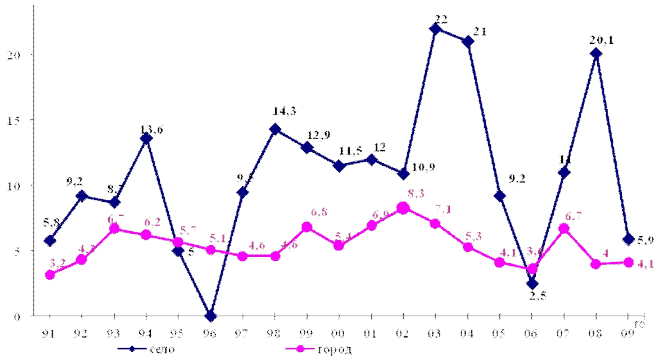

Рис. 28. Распространенность городских и сельских суицидов детей Иркутской области (на 100 тысяч населения)

В сельской местности суициды детей к 2009 г. (5,9 на 100 тысяч населения) имели показатель, практически равный уровню суицидов в 1991 г. (5,8 случая на 100 тысяч населения), хотя колебания этого показателя были достаточно сильными: от отсутствия детских сельских суицидов в 1996 г. до максимальных показателей в 2003—2004 гг. (22,0 и 21,0 на 100 тысяч населения) и 2008 г. (20,1 на 100 тысяч населения).

Уровень суицидов городских детей увеличился в 1,3 раза: с 3,2 на 100 тысяч населения в 1991 г. до 4,1 на 100 тысяч населения в 2009 г. (темп прироста – 28,1 %) ($p>0,5$), достигая максимальных значений в 2001—2003 гг. (6,9, 8,3 и 7,1 случая на 100 тысяч населения).

6.1.2. Распространенность завершенных суицидов подростков Иркутской области в возрасте 15—19 лет

Изучение динамики завершенных суицидов подростков Иркутской области свидетельствует о том, что начиная с 1992 г. (24,3 на 100 тысяч населения) начинается выраженный рост частоты самоубийств, достигая в 1994 г. 47,6 случая на 100 тысяч населения (χ^2=6,82; p=0,009). В 1996 г. частота суицидов практически достигает уровня 1991 г. – 25,3 на 100 тысяч населения, однако начиная с 1997 г. уровень суицидов среди подростков вновь постепенно возрастает, достигая максимума в 2006 г. – 51,4 на 100 тысяч населения и в 2008 г. – 50 случаев суицидов на 100 тысяч населения. За 19 лет (1991—2009 гг.) количество завершенных суицидов среди подростков 15—19 лет увеличилось в 1,7 раза (с 25,8 на 100 тысяч населения в 1991 г. до 43,6 на 100 тысяч населения в 2009 г.) (темп прироста – 69 %) (χ^2=3,71; p=0,05). Данная картина соответствует тенденциям динамики суицидов подростков 15—19 лет в РФ – с 1991 по 2008 г. уровень подростковых суицидов увеличился в 2 раза (с 15,5 до 31,4 на 100 тысяч населения).

Анализ смертности с учетом полового фактора позволяет выделить преобладание смертности юношей за счет многократного превышения их смертности над смертностью девушек, в связи с чем проблемы девушек остаются в тени. Проведенный анализ показал, что тенденции в женской популяции оказываются худшими, нежели у юношей.

При анализе половых отличий обнаружено, что соотношение законченных суицидов подростков мужского и женского полов колебалось от 3,1:1 в 1992 г. до 5,9:1 в 2004 г. и менялось преимущественно за счет изменения уровня суицидов у юношей (рис. 29).

У подростков мужского пола число завершенных суицидов увеличилось с 43,2 на 100 тысяч населения в 1991 г. до 72,1 случая на 100 тысяч населения в 2009 г., т. е. произошло увеличение в 1,7 раза (темп прироста – 67 %) (χ^2=6,82; p=0,009). Темп увеличения суицидов подростков мужского пола Иркутской области превысил аналогичный показатель по РФ. Число суицидов российских юношей с 1991 по 2008 г. увеличилось в 1,3 раза: с 24,1 до 34,1 на 100 тысяч населения. Максимальное число суицидов у юношей Иркутской области наблюдалось в 2000 г. – 82,5 на 100 тысяч населения и в 2006 г. – 85,9 случая на 100 тысяч населения (рис. 29).

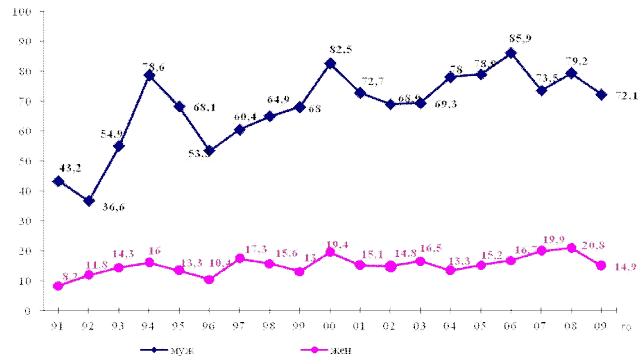

Рис. 29. Динамика законченных суицидов подростков Иркутской области в зависимости от пола (на 100 тысяч населения)

У девушек минимальное значение завершенных суицидов отмечалось в 1991 г. – 8,2 случая на 100 тысяч населения. Постепенно возрастая, данный показатель достиг максимальных значений в 2007—2008 гг. (19,9 и 20,8 случая на 100 тысяч населения). Анализ динамики самоубийств у девушек 15—19 лет показал, что число суицидов возросло в 1,8 раза (темп прироста – 82 %) (χ^2=16,25; p<0,001), что также превышает рост суицидов российских девушек (рис. 29). С 1991 по 2008 г. число суицидов девушек 15—19 лет в РФ возросло в 1,4 раза: с 6,5 до 8,8 на 100 тысяч населения.

Анализ суицидов подростков в городской и сельской местностях Иркутской области показал, что в 1991 г. городские подростки чаще совершали законченные суициды, чем их сельские сверстники (27,5 и 18,8 случая на 100 тысяч населения) (χ^2=1,07; p=0,3). С 1993 г. картина изменилась на противоположную: сельские подростки стабильно чаще совершали суициды, чем городские. Соотношение городских суицидов подростковой популяции к сельским суицидам за анализируемый период варьировало от 1:1,1 в 1992 и 1996 гг. до 1:3,4 в 2002 г. (рис. 30).

Суициды сельских подростков за 19 лет увеличились с 18,8 случая на 100 тысяч населения в 1991 г. до 70,4 на 100 тысяч подросткового населения в 2009 г., т. е. их уровень увеличился в 3,7 раза (темп прироста – 374 %) (χ^2=28,09; p<0,001). Максимальных значений показатель достигал в 2000 г., 2002 г. и 2007 г. (81,5, 96,5 и 86,2 случая на 100 тысяч населении). Уровень суицидов городских подростков за анализируемый период увеличился в 1,2 раза, однако значительно отставал от уровня суицидов сель-

ских подростков: с 27,5 на 100 тысяч населения в 1991 г. до 34,1 на 100 тысяч населения в 2009 г. (темп прироста – 24 %) (χ^2=0,59; p=0,44). Максимальные значения суицидов городских подростков наблюдались в 1994, 2000 и 2008 гг. (43,1, 42,1 и 43,8 случая на 100 тысяч населения).

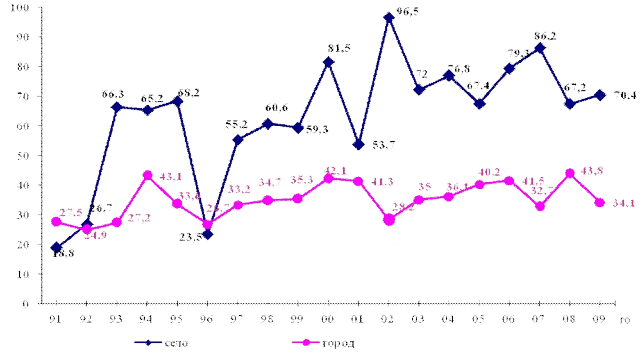

Рис. 30. Распространенность городских и сельских суицидов подростков Иркутской области (на 100 тысяч населения)

Таким образом, проведенное исследование показало следующее. Показатели законченных суицидов детей и подростков Иркутской области остаются стабильно высокими и превышают как мировые (дети – 0,4—1,5 случая на 100 тысяч населения, подростки – 7,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста), так и российские показатели (частота суицидов несовершеннолетних в РФ составила в 2010 г. 3,9 случая на 100 тысяч населения). Законченные суициды детей и подростков Иркутской области за 1991—2009 гг. увеличились у детей в 1,4 раза (p>0,5), у подростков – в 1,7 раза (p<0,05). Число мальчиков, совершивших суициды, превышала аналогичные показатели девочек за анализируемый период в 1,2—12,6 раз. Число юношей, совершивших самоубийство, превышало показатели девушек в 3,1—5,9 раза. Число законченных суицидов мальчиков за 19 лет увеличилось в 1,3 раза (p>0,5), юношей – в 1,7 раза (p<0,01). Показатели законченных суицидов девочек за анализируемый период при достаточно сильных колебаниях (от 0,8 до 7,2 на 100 тысяч населения) к 2009 г. сравнялись с показателями 1991 г.; у девушек число самоубийств выросло в 1,8 раза (p<0,001). Сельские суициды превышали городские среди детей в 1,3—5 раза, среди подростков – в 1,1—3,4 раза. Показатели самоубийств сельских детей за 19 лет при сильных колебаниях (от отсутствия суицидов до 22,0 на 100

тысяч населения) к 2009 г. сравнялись с показателями 1991 г.; суициды сельских подростков за 1991—2009 гг. увеличились в 3,7 раза (p<0,001). Показатели самоубийств городских детей за 19 лет увеличились в 1,3 раза, городских подростков – в 1,2 раза (p=0,44).

6.1.3. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершенные суициды

Для углубленного изучения социально-демографических и клинических особенностей суицидального поведения детей и подростков Иркутской области, совершивших завершенные суициды, в 2006—2008 гг. была сформирована выборка, включающая 166 погибших, о которых удалось собрать необходимые сведения (133 суицидента мужского пола и 33 – женского).

Изучено распределение погибших от самоубийств в возрастном аспекте: 15 детей – в возрасте 12—14 лет, 151 подросток – 15—19 лет. По социальному положению дети и подростки, совершившие завершенные суициды, распределились следующим образом (табл. 142).

Таблица 142

Социальный состав детей и подростков Иркутской области, совершивших завершенные суициды, в 2006—2008 гг. (абс., %)

Социальное положение	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Учащиеся школ	24	18,1	5	15,2	29***	17,5
Учащиеся ПТУ	10	7,5	5	15,2	15	9,0
Студенты	10	7,5	2	6,0	12	7,2
Военнослужащие	6	4,5	-	-	6	3,6
Осужденные	3	2,3	1	3,0	4	2,4
Инвалиды	2	1,5	-	-	2	1,2
Работающие	22	16,5	7	21,2	29***	17,5
Не работают, не учатся	56	42,1	13	39,4	69***	41,6
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Анализ социальной структуры детей и подростков Иркутской области, совершивших завершенные суициды, показал, что на первом месте находились лица, нигде не работающие и не учащиеся – 41,6 %. Реже суициденты являлись учащимися школ или работающими – по 17,5 % (χ2=12,60; p<0,001), а также учащимися средних специальных учебных заведений – 9,0 % (χ^2=26,95;

p<0,001). Студенты вузов составили 7,2 %. Военнослужащие, осужденные и инвалиды встретились в единичных случаях – 3,6, 2,4 и 1,2 %. Обращает на себя внимание высокий процент детей и подростков, дезадаптированных в социально-трудовой сфере.

Подавляющее большинство детей и подростков на момент совершения ими самоубийства жили дома с родителями – 137 чел. (82,5 %), лишь 19 чел. (17,5 %) проживали вне семьи (учебные либо рабочие общежития, колония, воинская часть) (χ^2=84,50; p<0,001).

Деструктивные формы семейного взаимодействия (отсутствие одного из родителей, развод родителей, алкоголизация одного или обоих родителей, физическое насилие со стороны родителей и пр.) встретились у 86 чел. (51,8 %).

Отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами выявлена у 45 совершивших завершенные суициды детей и подростков (27,1 %).

Таблица 143

Отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам у детей и подростков с завершенными суицидами в 2006—2008 гг.

Наследственная отягощенность	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	43	79,6	21	65,6	64***	74,4
Умственная отсталость	2	3,7	4	12,5	6	7,0
Наркотическая зависимость	3	5,6	1	3,1	4	4,6
Расстройства личности	3	5,6	1	3,1	4	4,6
Аффективные расстройства	-	-	3	9,4	3	3,6
Суициды	2	3,7	2	6,3	4	4,6
Шизофрения	1	1,8	-	-	1	1,2
Итого	54	100,0	32	100,0	86	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

В структуре психической патологии у ближайших родственников (n=86) покончивших с собой детей и подростков часто встречалась алкогольная зависимость – 74,4 %, значительно реже – умственная отсталость – 7,0 % (χ^2=78,27; p<0,001), наркотическая зависимость и расстройства личности – по 4,6 % (χ^2=84,66; p<0,001). Аффективные расстройства и шизофрения отмечены в единичных случаях. Завершенные суициды – у 4,6 % ближайших родственников детей и подростков, совершивших самоубийство (табл. 143).

Ретроспективное изучение особенностей воспитания в родительских семьях суицидентов позволило установить, что в 89,2 % случаев стиль воспитания был патологическим (табл. 144).

Таблица 144

Тип воспитания в родительской семье детей и подростков, совершивших завершенные суициды (абс., %)

Тип воспитания	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гармоничный	13	9,8	4	12,1	17	10,2
Гиперопека	14	10,5	5	15,2	19	11,5
Гипоопека	32	24,1	7	21,2	39	23,5
Кумир семьи	5	3,7	1	3,0	6	3,6
Авторитарный	69	51,9	16	48,5	85***	51,2
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Наиболее часто при неправильном воспитании встречался авторитарный тип – 51,2 %. От детей и подростков требовались полное подчинение старшим, неукоснительное исполнение их требований, малейшее отступление от установленных правил вызывало недовольство старших. Гипоопека наблюдалась почти у четверти суицидентов в родительских семьях: отсутствовал контроль со стороны старших, дети и подростки были предоставлены сами себе, мало интересовали родителей, ощущали себя ненужными и лишними – 23,5 % (χ^2=15,64; p<0,001). Значительно реже отмечались такие патологические типы воспитания, как гиперопека (каждый шаг ребенка продуман взрослыми, все попытки детей и подростков на самостоятельность обречены на провал) и кумир семьи (ребенок растет в обстановке обожания, полной уверенности в своей исключительности) – 11,5 % (χ^2=35,55; p<0,001) и 3,6 % (χ^2=53,07; p<0,001).

Различные проявления девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий) наблюдались у 53 суицидентов (31,9 %).

До совершения самоубийства подавляющее большинство детей и подростков (86,1 %) не попадало в поле зрения психиатров. В структуре психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида детей и подростков, чаще всего встретились умственная отсталость и злоупотребление психоактивными веществами – по 7 случаев (по 30,4 %). Реже наблюдались расстройства личности – 3 случая (13,0 %) (χ^2=7,58; p<0,01), шизофрения и аффективные расстройства – по 2 случая (по 8,7 %) (χ^2=12,74; p<0,001). Органическое поражение ЦНС и соматоформные расстройства выявлялись в единичных случаях. Необходимо отметить, что злоупотребление психоактивными веществами

в анамнезе выявлено у 27 суицидентов (16,3 %), но лишь 7 чел. (4,2 %) наблюдались при жизни по этому поводу у специалистов.

Установлено, что в 77,1 % случаев суицидов в контингенте детей и подростков присутствовали психотравмирующие мотивы совершения самоубийства, в 22,9 % случаев психотравмирующую ситуацию определить не удалось.

Анализ суицидогенных конфликтов показал (табл. 145), что ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты (насилие со стороны членов семьи, развод, смерть одного из родителей, эмоциональная изоляция членами семьи, алкоголизация и аморальное поведение родителей, отказ родителей в удовлетворении материальных запросов детей и подростков) – 41,0 %. Конфликты со сверстниками (жестокое отношение в группе, оскорбления и насмешки, вымогательство денег и других ценностей, мелкие бытовые ссоры) – в 27,1 % (χ^2=3,77; p<0,05). Любовные конфликты в основном встречались у подростков в возрасте 15—19 лет – 22,9 % (χ^2=6,64; p<0,05). Значительно реже причиной самоубийств были школьные конфликты (конфликты с преподавателями, публичное унижение со стороны преподавателей, конфликты на почве неудовлетворительного поведения) – 5,4 % (χ^2=34,58; p<0,001). Наиболее редко ведущей сферой суицидального поведения были судебные конфликты (боязнь уголовного наказания за совершенное правонарушение) и связанные с состоянием психического и физического здоровья конфликты – по 1,8 % (χ^2=42,78; p<0,001).

Таблица 145

Содержание психотравмирующих ситуаций у детей и подростков, совершивших завершенный суицид

Содержание психотравмирующей ситуации	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семейные конфликты	55	41,4	13	39,4	68	41,0
Конфликты со сверстниками	39	29,3	6	18,2	45*	27,1
Любовные конфликты	28	21,1	10	30,3	38*	22,9
Школьные конфликты	6	4,5	3	9,1	9***	5,4
Судебные конфликты	3	2,2	-	–	3***	1,8
Конфликты, связанные с состоянием здоровья	2	1,5	1	3,0	3***	1,8
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05; *** – p<0,001.*

По ведущим мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие завершенные суициды, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 50,6 % случаев.

Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 37,3 % (χ^2=3,43; p=0,06). Значительно реже выявлялись избегание угрозы, страданий – 7,8 % (χ^2=42,41; p<0,001), самонаказание – 3,0 % (χ^2=56,04; p<0,001), отказ от жизни – 1,3 % (χ^2=62,4; p<0,001).

Анализ длительности психотравмирующих ситуаций показал, что наиболее часто суициду предшествовали конфликты длительностью менее 1 года – 92,8 %. Достоверно реже психотравмирующие ситуации длились более 1 года – 7,2 % (χ^2=144,2; p<0,001).

Методом «психологической аутопсии» у детей и подростков, совершивших завершенные суициды, определено наличие пресуицидального периода – 68,7 %. Это противоречит мнению зарубежных исследователей о том, что для детско-подросткового возраста характерны лишь немотивированные суициды, при которых пресуицидальный период отсутствует, но подтверждает результаты отечественных исследователей (Тихоненко В. А., 1998; Положий Б. С., Лазебник А. И., 2006). Чаще всего в пресуицидальном периоде у детей и подростков определялись сниженный фон настроения, переживания антивитального характера (рассуждения о смысле жизни, жизненных ценностях). Суицидальные высказывания удалось выявить в 23,5 % случаев, чаще они имели депрессивную окраску (одиночество, обида и недовольство значимыми близкими). Предсмертные записки были обнаружены лишь в 10,8 % суицидов.

В момент совершения самоубийства у 27,1 % детей и подростков обнаружено алкогольное опьянение (29,3 % мальчиков и юношей и 18,2 % девочек и девушек).

Анализ способов суицидов выявил (табл. 146), что дети и подростки одинаково часто применяли «жесткие» способы самоубийств (к их числу следует отнести такие способы, как повешение, огнестрел, падение с высоты, самосожжение). Подавляющее число суицидентов предпочли повешение – 89,2 % (мальчики и юноши – 88,6 %, девочки и девушки – 90,9 %) (χ^2=134,82; p<0,001). Значительно реже представители мужского пола применяли огнестрельное оружие – 7,5 % (χ^2=125,02; p<0,001) или отравление – 1,5 % (χ^2=145,96; p<0,001); лица женского пола, напротив, выбирали отравление – 6,1 % (χ^2=141,25; p<0,001). Такие способы суицидов, как утопление, нанесение колото-резаных повреждений и железнодорожная травма, встретились в единичных случаях.

Таблица 146

Способы совершения самоубийств детей и подростков

Способ совершения суицида	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	118***	88,6	30*	90,9	148***	89,2
Огнестрельное оружие	10***	7,5	-	-	10***	6,0
Отравление	2	1,5	2	6,1	4	2,4
Утопление	1	0,8	-	-	1	0,6
Колото-резаные раны	1	0,8	-	-	1	0,6
Железнодорожная травма	1	0,8	1	3. 0	2	1,2
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – p<0,05;*** – p<0,001.*

Число детей и подростков, совершивших суицид в родительском доме, практически уравнивалось с количеством детей и подростков, совершивших суицид в других местах (больница, учебное заведение, колония, сеновал, сарай, двор, лесополоса) – 48,2 и 51,8 %. Выбор уединенных мест для самоубийств свидетельствует об истинном характере суицидальных намерений детей и подростков.

Изучение сезонного распределения частоты самоубийств показало, что большинство суицидов дети и подростки предпринимали летом (32,6 %) и весной (30,7 %), несколько реже – зимой (25,9 %) (χ^2=0,87; p=0,35). Наиболее редко самоубийства детей и подростков встречались осенью (10,8 %) (χ^2=12,85; p<0,001).

Таким образом, анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших завершенные суициды, показал следующее. Первое место среди суицидентов занимали лица, нигде не работающие и не учащиеся – 41,6 %, реже суициденты являлись учащимися школ либо работали (p<0,001). Подавляющее большинство детей и подростков на момент совершения самоубийства жили дома с родителями (82,5 %) (p<0,001). Деструктивные формы семейного взаимодействия имелись у половины суицидентов. Психопатологическая отягощенность наследственности обнаружена у четверти детей и подростков, совершивших завершенные суициды (27,1 %). В структуре психической патологии у ближайших родственников покончивших с собой детей и подростков наиболее часто встречалась алкогольная зависимость (74,4 %) (p<0,001). Воспитание в родительских семьях суицидентов в 89,2 % являлось патологическим, наиболее часто встречались авторитарный тип (51,2 %) и гипоопека (23,5 %) (p<0,001). Широкий спектр проявлений девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, реак-

ции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий) наблюдался у 31,9 % пациентов. В структуре выявленных психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида детей и подростков, чаще всего встречались умственная отсталость и злоупотребление психоактивными веществами (по 30,4 %) (p<0,001). Как выяснилось, ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 50,6 %, призыва – в 37,3 % случаев. Подавляющее число суицидентов предпочли повешение (89,2 %) (p<0,001). Изучение сезонного распределения частоты самоубийств показало, что большинство суицидов дети и подростки предпринимали летом (32,6 %) и весной (30,7 %).

6.2. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков Иркутска, совершивших суицидальные попытки

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди детей и подростков Иркутска за период 2006—2009 гг. С этой целью использовались данные городской станции скорой и неотложной медицинской помощи (ГССМП) Иркутска, областного токсикологического центра, городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска. Дети в возрасте 10—14 лет, совершившие суицидальные попытки, составили 76 чел. (9,1 %). Подростки 15—19 лет, предпринявшие покушение на самоубийство, составили подавляющее большинство – 757 чел. (90,9 %) (p<0,001).

Анализ динамики суицидальных попыток за 4-летний период (2006—2009 гг.) в Иркутске представлен в таблицах 147, 148.

Таблица 147

Распространенность суицидальных попыток среди детей 10—14 лет Иркутска за 2006—2009 гг.

Пол	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		Сред. значение за 4 года	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Мужской	10#	66,5	6	41,5	4	28,1	6#	44,0	26	45,3***
Женский	12#	84,1	9	65,8	14	103,7	15#	115,9	50	91,9***
Всего	22	75,1	15	53,3	18	64,9	21	79,0	76	68,0

*Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05.*

Таблица 148

Распространенность суицидальных попыток среди подростков 15—19 лет Иркутска за 2006—2009 гг.

Пол	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		Сред. Значение за 4 года	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Мужской	69	306,9	62	298,4	66	342,2	59	329,3	256	318,2
Женский	127##	576,0	123	613,8	130	672,1	121##	669,7	501***	630,2
Всего	196#	440,2	185	453,3	196	507,4	180#	500,2	757	473,2

*Статистическая значимость различий. Внутригрупповые: *** – p<0,001. Межгрупповые: # – p<0,05, ## – p<0,01.*

Анализ 4-летней динамики частоты суицидальных попыток детей показал, что у мальчиков этот показатель снизился с 66,5 до 44,0 на 100 тысяч населения (χ^2=4,01; p=0,045), а у девочек – вырос с 84,1 до 115,9 на 100 тысяч населения (χ^2=4,8; p=0,028). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девочек превышал аналогичный показатель мальчиков в 2 раза – 91,9 и 45,3 на 100 тысяч населения (χ^2=20,12; p<0,001).

Анализ 4-летней динамики частоты суицидальных попыток подростков показал, что у девушек этот показатель увеличился с 576,0 до 669,7 на 100 тысяч населения (χ^2=6,9; p=0,008), а у юношей этот показатель оставался стабильным – 306,9 на 100 тысяч населения в 2006 г. и 329,3 на 100 тысяч населения в 2009 г. Частота суицидальных попыток подростков за 4 года возросла с 440,2 до 500,2 на 100 тысяч населения (χ^2=3,69; p=0,054). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девушек превышал аналогичный показатель юношей в 2 раза – 630,2 и 318,2 на 100 тысяч населения (χ^2=101,54; p<0,001).

Ввиду того, что данные о числе суицидальных попыток детей и подростков по Иркутску за предыдущие годы отсутствуют, можно лишь констатировать факт высокого показателя суицидальных попыток за 2006—2009 гг. Соотношение числа суицидальных попыток детей 10—14 лет и подростков 15—19 лет колебалось от 1:5,9 до 1:8,5. Это согласуется с точкой зрения многих исследователей об учащении суицидального поведения детей и подростков с возрастом, когда пик суицидального риска приходится на 15—19 лет. Детей, совершивших суицидальные попытки, в возрасте младше 10 лет не было. Это совпадает с результатами, полученными в других регионах России, но противоречит взглядам зарубежных исследователей о снижении нижней границы возраста совершения суицидальных попыток до 6 и даже 2,5 лет.

Сравнение распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток детей и подростков за 2006—2009 гг. (табл. 149) показало, что динамика их соотношения представлена как 1:19,8, 1:28,4, 1:26,7 и 1:50,2 (p<0,001).

Таблица 149

Динамика завершенных суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков Иркутска 10—19 лет за 2006—2009 гг.

Показатель	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Завершенные суициды	11	14,9	7	10,2	8	12,1	4	6,4
Суицидальные попытки	218***	295,3	200***	290,0	214***	322,5	201***	321,2

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

В работах отечественных и зарубежных авторов превышение числа суицидальных попыток в детско-подростковом возрасте над законченными суицидами составляет 10—100 раз.

Соотношение полов как среди детей, так и подростков указывает на большую представленность покушений на самоубийство среди лиц женского пола: среди детей 10—14 лет – от 1:1,3 до 1:3,7 (p<0,001); среди подростков – от 1:1,8 до 1:2,1 (p<0,001).

По социальному положению дети и подростки, совершившие суицидальные попытки, распределились следующим образом: на первом месте находились лица, нигде не учащиеся и не работающие (от 35,0 до 38,3 %), затем учащиеся школ (20,1—23,4 %) (χ^2=4,92; p=0,027) и средних специальных учебных заведений (18,0—22,9 %) (χ^2=6,75;p=0,010). Студенты вузов составили 10,9—13,5 % (χ^2=14,94;p<0,001). Рабочие и служащие, совершившие суицидальные попытки, составляли 9,0—13,5 % (p<0,001). Обращает внимание высокий процент детей и подростков, дезадаптированных в учебно-трудовой сфере.

Изучение способов покушений на самоубийство показало, что дети и подростки, совершившие суицидальные попытки, в 2006—2009 гг. наиболее часто прибегали к отравлению, в первую очередь медикаментозными препаратами (60,3—64,5 %), и самопорезам (31,0—35,5 %) (χ^2=15,81; p<0,001). Реже отмечался такой способ, как повешение (2,5—3,5 %) (χ^2=72,67; p<0,001). В единичных случаях встречались иные способы парасуицидов (падение с высоты, под транспорт и пр.) (0,4—1,4 %). У лиц мужского пола за анализируемый период доминировали самопорезы (51,4—61,5 %), реже встречались отравления (30,8—41,2 %) (χ^2=4,4;p=0,03) и повешение (5,7—7,4 %) (χ^2=31,87; p<0,001). Девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению медикаментозными средствами (72,9—78,0 %), реже – наносили себе резаные раны (20,5—24,3 %) (χ^2=22,53;p<0,001) и пытались повеситься (0,7—1,5 %) (χ^2=65,31; p<0,001). Попытки падения с высоты, падения под транспорт, утопление встречались в 0,7—1,5 % случаев. Это согласуется с результатами других отечественных авторов и исследователей Европы и США. Однако индийские подростки в возрасте до 15 лет в равной мере использовали активные и пассивные способы самоубийств, похожие результаты были получены у сингапурских подростков.

Существует точка зрения, согласно которой способ осуществления суицидальной попытки у взрослых позволяет судить о серьезности их суицидальных намерений. У детей и подростков, в силу отсутствия у них жизненного опыта и информированности, такой закономерности нет. Нерасчетливость, отсутствие полных знаний о способах самоубийства могут приводить детей и подростков к смерти независимо от способа суицида.

Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках детей и подростков Иркутска можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП (табл. 150).

Таблица 150

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках (абс., %)

Показатель	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оставлен(а) на месте	55	25,2	36	18,0	47	22,0	39	19,4
Травмпункт	37	17,0	44	22,0	42	19,6	41	20,4
Токсикологический центр	72**	33,0	82**	41,0	78**	36,4	75**	37,3
Соматические стационары	46	21,1	33	16,5	39	18,2	42	20,9
Психиатрические стационары	8	3,7	5	2,5	8	3,8	4	2,0
Всего	218	100,0	200	100,0	214	100,0	201	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: ** – p<0,01.*

В большинстве случаев требовались токсикологическая помощь (33,0—41,0 %) и госпитализация детей и подростков в соматические стационары (16,5—21,1 %) (p<0,01). В психиатрические стационары были госпитализированы от 2,0 до 3,8 % суицидентов. Для четверти детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, помощь, оказанная силами бригад ГССМП по месту вызова, оказалась достаточной и не влекла за собой госпитализацию в лечебные учреждения.

Для более подробного изучения были проанализированы данные, полученные в токсикологическом отделении городской Ивано-

Матренинской детской клинической больницы Иркутска за 2008—2010 гг. Всего было выявлено 46 случаев суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте 11—17 лет. В половом отношении пациенты распределились на 8 мальчиков и юношей (17,4 %) и 38 девочек и девушек (82,6 %). Анализ возрастной структуры детей и подростков, совершивших парасуициды,, показал, что 11-летние дети составили – 2,2 %; 13-летние – 19,5 %; 14-летние – 26,1 %; 15-летние подростки – 41,3 %; 16-летние – 8,7 %; 17-летние – 2,2 %. Небольшое число 16—17-летних подростков обусловлено тем, что при совершении суицидальных попыток большинство из них поступает в токсикологический центр МСЧ ИАПО Иркутска, где оказывается аналогичная помощь взрослым суицидентам.

Деструктивные формы семейного взаимодействия (отсутствие матери или отца в связи со смертью, развод родителей, алкоголизация одного или обоих родителей, неоднократное физическое насилие со стороны родителей, отвергающее безразличие со стороны близких) выявлены у 30 пациентов (65,2 %). Наличие психологических проблем в родительской семье у 13 чел. (28,3 %) сочеталось с отклоняющимся поведением (раннее знакомство с алкоголем и наркотиками, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками).

Изучение особенностей воспитания в родительских семьях суицидентов позволило установить, что в 93,5 % оно являлось патологическим. Наиболее часто при неправильном воспитании встречался авторитарный тип – 54,3 % (χ^2=15,19; p<0,001). Гипоопека в родительских семьях наблюдалась у 26,1 % суицидентов. Значительно реже отмечались такие патологические типы воспитания, как гиперопека – 8,7 % (χ^2=44,86; p<0,001) и кумир семьи – 4,4 % (χ^2=58,31; p<0,001).

Большинство суицидентов до совершения покушения на самоубийство не попадали в поле зрения психиатров. Лишь у 6,5 % детей и подростков ранее были выявлены те или иные психические расстройства. Клиническое обследование детей и подростков после совершения суицидальной попытки показало следующую картину. Подавляющее большинство всех случаев составили ситуационные реакции (кратковременные и преходящие, аффективно насыщенные реакции на личностно значимые психогении) – 31 (67,4 %), значительно реже встретились: расстройства поведения – 4 (8,7 %) (χ^2=68,95; p<0,001), шизофрения и депрессивные расстройства – по 2 человека (по 4,3 %) (χ^2=83,94; p<0,001), злоупотребление ПАВ – 1 (2,2 %) (χ^2=90,63; p<0,001). В 6 случаях

(13,1 %) дети и подростки не были осмотрены психиатром в связи с отказом их семей пойти на контакт со специалистами, а также из-за самовольного оставления отделения.

Анализ содержания психотравмирующих ситуаций показал, что в большинстве случаев к покушению на самоубийство приводили семейные конфликты – 52,2 %, значительно реже с одинаковой частотой суицидальные попытки встречались в связи с конфликтами со сверстниками и любовными конфликтами – по 13,0 % (χ^2=32,91; p<0,001). Школьные конфликты предшествовали парасуицидам у 8,7 % детей и подростков (χ^2=41,61; p<0,001). У 6,5 % суицидентов содержание психотравмирующей ситуации выяснить не удалось.

Продолжительность психотравмирующих ситуаций наиболее часто составляла от нескольких дней до 1 месяца – 58,7 %, реже – от 1 до 3 месяцев – 28,3 % (χ^2=18,31; p<0,001). Наиболее редко психотравмирующая ситуация продолжалась до 1 года либо длилась более 1 года – по 6,5 % (χ^2=58,82; p<0,001). Наличие пресуицидального периода у детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, установлено в большинстве случаев – 76,1 %.

По ведущим мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие суицидальные попытки, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 43,5 % случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 47,8 %. Значительно реже выявлялось избегание угрозы, страданий и самонаказание – по 4,3 % (χ^2=48,05; p<0,001).

Алкогольное опьянение в момент совершения суицидальной попытки было выявлено у 14 подростков (30,4 %), наркотическое опьянение – в единственном случае (2,2 %). Это превышает показатель подростков суицидентов, находящихся в алкогольном опьянении, приводимый другими авторами.

В структуре суицидов преобладали комбинированные отравления – 39,1 %. Приемом психотропных препаратов пытались покончить с жизнью 26,1 % суицидентов, нестероидными противовоспалительными средствами – 13,1 %. Ещё 21,7 % случаев составляли отравления другими лекарственными средствами и неизвестными таблетками. Преобладали отравления средней степени тяжести – 38 случаев (82,6 %), реже встречались тяжелые отравления – 7 случаев (15,2 %) (χ^2=89,82; p<0,001), в единичном случае – отравление легкой степени (2,2 %) (χ^2=130,95; p<0,001).

Местом покушения на самоубийство 89,1 % детей и подростков служил родительский дом, реже – квартира родственников или знакомых (8,7 %) (χ^2=124,87; p<0,001), в единственном случае – гараж (2,2 %) (χ^2=149,1; p<0,001).

Сезонное распределение частоты покушений на самоубийство было следующим: большинство попыток приходилось на весну (45,7 %), далее – на осень (21,7 %) (χ^2=11,79; p<0,001) и зиму (17,4 %) (χ^2=18,17; p<0,001), наиболее редко парасуициды у детей и подростков встречались летом (15,2 %) (χ^2=21,23; p<0,001).

Анализ частоты покушений на самоубийство в зависимости от времени суток позволил установить, что в большинстве случаев дети и подростки предпринимали попытки во второй половине дня (12—18 часов) – 47,9 % и в вечернее время – 39,1 %, одинаково редко – утром и ночью (по 6,5 %).

Повторными суицидальные попытки были у 19,6 % суицидентов, причем 2/3 пациентов с повторными парасуицидами были девушками.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить следующие особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутска. Подавляющее число в детско-подростковой выборке Иркутска совершивших суицидальные попытки составляли подростки 15—19 лет (p<0,001). Наблюдалось преобладание среди парасуицидентов лиц женского пола в соотношении 1:3,7 – среди детей и 1:2,1 – среди подростков. Большинство лиц, совершивших суицидальные попытки, были дезадаптированы в учебной и профессиональной сферах. 2/3 суицидентов прибегли к такому способу покушения на самоубийство, как отравление медикаментозными препаратами, 1/3 суицидентов – к самопорезам. Девочки и девушки в 72—78 % случаев из всех способов суицидов выбирали отравление медикаментами (p<0,001), мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам (51,4—61,5 %) (p<0,001). Наиболее суицидогенными для детей и подростков являлись конфликты в семье (p<0,001). Продолжительность психотравмирующих ситуаций более чем в половине случаев составляла от нескольких дней до 1 месяца (p<0,001). Треть лиц, совершивших суицидальную попытку, находились в алкогольном опьянении. Сезонное распределение частоты покушений на самоубийство показало, что наибольшее число парасуицидов было предпринято весной, осенью и зимой, наименьшее – летом. Большинство суицидентов совершали суицидальные попытки во второй половине дня и вечернее время (p<0,001).

6.3. Особенности суицидальных попыток детей и подростков, повлекших госпитализацию в психиатрический стационар, Иркутска

Объектом исследования стали 93 пациента детского и подросткового возрастов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1 в 2006—2010 гг. В половом отношении пациенты распределились следующим образом: 42 – мужского пола (45,2 %) и 51 – женского пола (54,8 %). Дети в возрасте 12—14 лет составили 24 чел. (25,8 %); детей в возрасте младше 12 лет, совершивших суицидальные действия, на лечение не поступало. Подавляющее большинство пациентов составили подростки 15—19 лет (69 чел. – 74,2 %). Наибольшее число суицидальных попыток у юношей, поступивших на лечение в психиатрический стационар, наблюдалось в 18-летнем возрасте (11 – 26,2 %), у девушек – в 17-летнем возрасте (13 – 25,5 %).

Анализ социального статуса суицидентов показал, что большинство пациентов (41 – 44,1 %) являлись учащимися школ (общеобразовательных – 24 чел., коррекционных – 17 чел.). Реже пациенты учились в ПТУ и техникумах – 21,5 % (χ^2=9,97; p=0,0016) либо являлись студентами вузов – 8,6 % (χ^2=29,68; p<0,001). Около четверти лиц, совершивших покушение на самоубийство, нигде не учились и не работали, вели праздный образ жизни – 23,7 % (χ^2=8,04; p=0,0046).

Оценка семейного статуса детей и подростков, совершивших суицидальные действия, показала отсутствие семьи у трети пациентов (30,1 %) – 28 пациентов являлись биологическими или социальными сиротами и находились в детских домах, приютах, социально-реабилитационных центрах. Одним родителем (чаще всего матерью) воспитывались 24 чел. (25,8 %), другими членами семьи (бабушки, сестры и братья, тетки и пр.) – 8 чел. (8,6 %); матерью и отчимом – 9 чел. (9,7 %). Лишь у четверти детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, имелась полная семья (25,8 %). Анализируя психологический климат в полных семьях, установлено, что в каждой третьей семье наблюдались частые ссоры, эмоциональная холодность или агрессивность в межличностных отношениях, наличие в семье лиц с асоциальным поведением.

Те или иные формы отклоняющегося поведения (раннее знакомство с алкогольными напитками, побеги из дома либо приютов,

реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий – кражи, хулиганство и пр.) наблюдались у половины детей и подростков, совершивших суицидальные попытки – 47 чел. (50,5 %).

Все дети и подростки, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар, страдали той или иной формой психической патологии (табл. 151). У них наиболее часто диагностировались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрастах (несоциализированное и социализированное расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций) – 16 случаев (17,2 %) ($p>0,05$). Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте обнаружены у 15 пациентов (16,1 %) 18—19-летнего возраста: эмоционально неустойчивое – у 8 (53,3 %), истерическое – у 3 (20,0 %), диссоциальное – у 2 (13,3 %), шизоидное и зависимое – по 1 чел. (по 6,7 %).

Таблица 151

Структура психических расстройств у суицидентов

Психическое расстройство	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00—F09)	8	19,0	4	7,8	12	12,9
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20—F29)	11	26,2	3	5,9	14	15,0
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30—F39)	6	14,3	7	13,7	13	14,0
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—F48)	1	2,4	9	17,7	10	10,8
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—F69)	8	19,1	7	13,7	15	16,1
Умственная отсталость (F70—F79)	3	7,1	10	19,6	13	14,0
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90—F98)	5	11,9	11	21,6	16	17,2
Итого	42	100	51	100	93	100

Известно, что аффективные расстройства (в нашем случае речь идет исключительно о депрессивных расстройствах) занимают ведущее место в структуре психических заболеваний суицидентов. В данном исследовании расстройства настроения встретились в 14,0 %. В клиническом плане в 38,5 % случаев депрессия носила преимущественно тревожный характер, по 30,8 % – тоскливый и апатический. Более чем в половине случаев

(61,5 %) при депрессивных расстройствах у детей и подростков на первый план выступали психопатоподобные нарушения с конфликтностью, грубостью, делинквентным поведением и агрессивностью.

Больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами составили 15,0 %; суициденты с умственной отсталостью – 14,0 %. Органические психические расстройства были выявлены у 12,9 %, невротические и соматоформные – у 10,8 % детей и подростков, совершивших суицидальные попытки.

Коморбидность психических и наркологических расстройств наблюдалась в 7,5 % случаев (5 юношей и 2 девушки). Наркологические расстройства были представлены алкогольной зависимостью (алкоголизмом I-II ст.) – 6 чел. и героиновой наркоманией – 1 чел. Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, опиаты, каннабиноиды) в анамнезе наблюдалось у 46 суицидентов (49,5 %).

Большинство детей и подростков, предпринявших суицидальные действия, ранее в поле зрения психиатров не попадали. Лишь у 27 чел. (29,1 %) ранее были выявлены те или иные психические расстройства.

Поведенный анализ способов суицидальной попытки обнаружил равную представленность нанесения колото-резаных ран (шея, грудь, конечности) – 32 (34,4 %) и отравлений лекарственными препаратами – 31 (33,3 %). Реже отмечались такие способы, как повешение – 15 (16,1 %) ($\chi^2=7,71$; $p=0,005$) и падение с высоты – 8 (8,6 %) ($\chi^2=17,06$; $p<0,001$). В единичных случаях встречались иные способы парасуицидов (падение под транспорт, огнестрел) – 4 (4,3 %) ($\chi^2=27,32$; $p<0,001$). Сочетание нескольких способов парасуицидов наблюдалось у 3 суицидентов (3,2 %). У юношей и мальчиков доминировали самопорезы (33,3 %), несколько реже встречались отравления лекарственными препаратами и повешение (по 26,2 %) ($\chi^2=0,87$; $p=0,35$). Девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению (39,2 %), реже наносили себе резаные раны (35,3 %) и попытались повеситься (7,8 %) ($\chi^2=25,03$; $p<0,001$).

Анализ важнейших суицидогенных конфликтов у детей и подростков показал следующее. Ведущую роль в покушениях на самоубийство играли семейные конфликты (физическое или эмоциональное насилие со стороны членов семьи, развод, смерть одного или обоих родителей, эмоциональное отвержение членами семьи) – 39,8 %. Конфликты со сверстниками (жестокие отно-

шения в группе, оскорбления и насмешки, угрозы и вымогательство) встречались в 26,9 % (χ^2=3,23; p=0,072), а любовные конфликты – в 21,5 % (χ^2=7,64; p=0,0057). Значительно реже отмечались школьные конфликты (жестокое отношение со стороны преподавателей, публичное унижение преподавателями, конфликты на почве неуспеваемости или нарушений поведения) – 6,5 % (χ^2=28,48; p<0,001). Конфликты, связанные с состоянием психического и физического здоровья (патологическая мотивировка, установление психиатрического диагноза), составили 3,2 % (χ^2=38,39; p<0,001). Наиболее редко ведущей сферой суицидального поведения являлись криминальные конфликты (боязнь уголовного наказания, положение жертвы криминальных действий) – 2,1 % (χ^2=41,26; p<0,001).

По ведущим мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, предпринявшие суицидальные действия, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста, отражающее агрессивную позицию суицидента, наблюдалось в 45,2 % случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 34,4 % (χ^2=2,09; p=0,148). Реже выявилось избегание угрозы, страданий – 10,7 % (χ^2=27,01; p<0,001), отказ от жизни – 5,4 % (χ^2=40,55; p<0,001), самонаказание – 4,3 % (χ^2=43,25; p<0,001).

Изучение сезонного распределения частоты покушений на самоубийство показало следующее: большинство попыток приходилось на зиму (32,3 %), далее – на осень (25,8 %) и весну (24,7 %), наиболее редко парасуициды у детей и подростков встречались летом (17,2 %) (χ^2=5,3; p=0,021).

Повторные суицидальные попытки были зафиксированы у 46,2 % суицидентов, причем встречались с одинаковой частотой независимо от пола.

Клиническое наблюдение

Пациент Ю., 12 лет, учащийся 5-го класса средней общеобразовательной школы. Наследственность психопатологически отягощена: отец, дед и бабушка по линии отца злоупотребляют алкоголем, дядя отца и брат матери совершили законченные суициды путем повешения.

Мать – 30 лет, домохозяйка, находится в отпуске по уходу за детьми (годовалые близнецы), по характеру (со слов сына) – добрая, общительная, спокойная. Бывший муж характеризует ее как примитивную, равнодушную, спокойную.

Отец – 37 лет, работает на временных малоквалифицированных работах, злоупотребляет алкоголем, по характеру неуравновешенный, необязательный, вспыльчивый, общительный. Брат – 10 лет, учится в 3-м классе общеобразовательной школы, с учебой справляется посредственно, по характеру общительный, веселый, отношения с братом неровные («иногда можем и поругаться»).

Родился старшим из 2 детей от первой беременности. Беременность протекала с угрозой выкидыша, мать находилась на сохранении. Роды прошли без осложнений, раннее развитие без особенностей, ходить и говорить начал вовремя, грудное вскармливание до 8 месяцев. Сноговорение, снохождение отрицает. В детском возрасте перенес ОРЗ, ветрянку. До школы детский сад не посещал, большую часть времени проводил у бабушки и деда, так как родители стали злоупотреблять алкоголем. Когда нашему пациенту было 8 лет, родители разошлись: мать не имеет постоянной прописки, ушла жить к наркозависимому сожителю, от которого родила год назад близнецов, контактов с прежней семьей не поддерживает, живут на детские пособия. Наш пациент вместе с младшим братом остался жить с отцом и его родителями. Все взрослые члены семьи в настоящее время злоупотребляют алкоголем.

В школу пошел с 7 лет, учеба давалась с трудом, учился слабо, трудно давалась математика. Со сверстниками и учителями отношения хорошие, легко находит контакт, имеет много приятелей, «есть 2 друга, я с ними свободное время провожу, на улице гуляем, на речку ходим». Отмечает, что настроение перед тем, как пойти в школу (август 2011 г.) было «как-то не очень, какая-то скука, лень», просыпался по нескольку раз по ночам. В сентябре 2011 г. пошел в 5-й класс общеобразовательной школы, проблемы с математикой обострились – «в начальных классах я считал на калькуляторе, а теперь это категорически запретили делать, а я по математике дуб дубом, учитель ругается, совсем не могу учиться, лучше умереть». Поэтому приходил из школы расстроенный, со слезами на глазах, говорил о своих проблемах отцу, но тот никаких мер не предпринимал, с преподавателями по этому поводу не встречался.

5 сентября 2011 г. мальчик принял с суицидальной целью несколько таблеток феназепама, которые нашел у кого-то из взрослых членов семьи. Бригадой СМП помощь была оказана на месте (промыт желудок). Никакой информации о факте суицидальной попытки в школу либо другие заинтересованные организации сообщено не было. Бабушка мальчика отругала, отец узнал об этом факте на 3-й день, отнесся достаточно равнодушно, только спросил: «Тебе что больше делать нечего?».

26 сентября 2011 г., придя из школы, написал предсмертную записку: «Я сам убился. Я сам пишу записку. Никто не виноват. Я убился потому, что не могу учиться, учить таблицу умножения. Я плохо учусь, я не понимаю материал. Мне очень трудно учиться в школе. Если нужно, продайте мои вещи, я всех люблю, не плачьте из-за меня, никто меня не заставлял». Мальчик выпил все, что попалось под руку – настойку календулы, камфорное масло, неизвестные таблетки. В бессознательном состоянии

был обнаружен младшим братом на кровати, машиной СМП доставлен в реанимационную палату отделения острых отравлений городской Иваново-Матренинской детской клинической больницы. Находился на лечении с 26 по 29 сентября с диагнозом: Острое медикаментозное отравление тяжелой степени тяжести. Токсическая энцефалопатия I ст. Все время нахождения в стационаре оставался несколько заторможенным, со сниженным фоном настроения, сохраняющимися суицидальными мыслями. Проведена консультация детским психиатром: Умственная отсталость с чертами эмоционально-волевой неустойчивости. Депрессивный эпизод со стойкой суицидальной настроенностью.

29 сентября 2011 г. был переведен (с согласия отца) для дальнейшего обследования и лечения в детское отделение Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1.

При поступлении в психиатрический стационар предъявлял жалобы на нежелание жить. Сознание ясное, ориентирован во всех сферах правильно. Речь тихая, невнятная, темп речи замедлен, на глазах слезы. Мышление конкретное, тугоподвижное, малопродуктивное. Обобщает, сравнивает предметы больше по конкретным признакам. Уровень абстрагирования снижен, анализ и синтез сформированы слабо. Счетные операции в пределах 20. Состав чисел объяснить затрудняется. Пишет с грамматическими ошибками. Интеллект не соответствует возрасту. Эмоции малодифференцированные, лабильные. Внимание резко истощаемо. Работоспособность низкая, утомляем, вял. Активной психопродукции не выявляется. Суицидальная настроенность сохраняется, «потому что трудно, так не хочу жить».

В отделении: первое время в активный контакт с детьми не вступает, быстро привязывается к медицинскому персоналу – «ходит хвостиком», может подойти и спросить: «у врача есть укол для смерти?». Госпитализацией не тяготится, режиму отделения подчиняется. Настроение снижено. Тревожится за учебу – «пролежу тут и совсем не смогу считать», в то же время интересуется – «можно вообще в школу не ходить?». В дальнейшем настроение оставалось неустойчивым, часто менялось без видимых причин. Время проводил среди детей, но старался привлечь внимание персонала. Вместе с другими детьми под руководством воспитателя рисовал, лепил из пластилина, плел поделки.

Результаты обследования. *Лабораторные исследования*: без отклонений от нормы. *Электроэнцефалограмма*: зарегистрированы умеренные общемозговые диффузные изменения в организации биоэлектрической активности мозга. Достоверных признаков эпилептиформной активности не выявлено. Зарегистрированы признаки дисфункции неспецифических срединных структур диэнцефально-стволового уровня мозга. Признаки задержки формирования электрогенеза головного мозга отсутствуют. В левых височных отведениях регистрируется гиппокампальный альфа-ритм, как признак раздражения глубоких гиппокампальных структур левой височной области.

УЗС брюшной полости и почек: перегиб желчного пузыря.

Педиатр: патологии со стороны внутренних органов не найдено.

Невролог: рассеянная резидуальная микросимптоматика.

Психолог: обнаруживается умственное недоразвитие в степени легкой дебильности с выраженным эмоционально-волевым снижением депрессивного характера. *Логопед*: дислалия.

Лечение: амитриптилин в/в капельно 2,0 на физрастворе № 6, затем перорально 25 мг, депакин-хроно 150 мг, кортексин 10 мг в/м № 10, витамины группы В.

За 1,5 месяца лечения неоднократно посещался социальным педагогом, учителями своей школы, которые проводили с ним уроки, беседы, приносили фрукты и сладости. Периодически посещали родственники со стороны отца. Мать ребенка была проинформирована сотрудниками школы о случившемся, однако в больницу на свидание с сыном не пришла. Был представлен на медико-педагогическую комиссию, поставлен диагноз: Умственная отсталость легкой степени, рекомендовано обучение по программе коррекционной школы VIII вида.

Психический статус при выписке: сознание ясное. Ориентирован во всех сферах правильно. Охотно идет на контакт с детьми и взрослыми. Мышление конкретное, замедленное по темпу, тугоподвижное. Запас знаний об окружающем мире несколько ограничен. Внимание истощаемое. Эмоционально снижен, лабилен. Бредовой и галлюцинаторной симптоматики не выявляется. Настроение выровнялось, настроен на выписку и дальнейшую учебу по «облегченной» программе. Выписан с диагнозом: Умеренный депрессивный эпизод с истинным суицидальным поведением у ребенка с легкой умственной отсталостью (F31.3, F70). Покинул отделение в сопровождении отца с рекомендациями дальнейшего наблюдения и лечения по месту жительства.

Резюме. Наследственный круг нашего пациента показывает накопление личностной патологии, суицидов и алкоголизма: вспыльчивый, неуравновешенный, злоупотребляющий алкоголем отец, злоупотребляющие алкоголем бабушка и дед, совершившие законченные суициды дядя отца и брат матери, наконец, холодная, не интересующаяся судьбой своих старших детей мать.

По характеру педагоги описывают мальчика как недостаточно в себе уверенного, теряющегося при каких-либо сложных ситуациях, в то же время могущего постоять за себя и своего младшего брата в конфликтных ситуациях со сверстниками, недостаточно усидчивого, внимательного.

Злоупотребляющий алкоголем отец, проблемно протекающая беременность у матери (угроза прерывания), трудности обучения, начиная с начальной школы, углубившиеся в старшем классе – все это может свидетельствовать об органически неполноценном фоне головного мозга пациента.

Взаимоотношения в семье носят деструктивный характер: с 8-летнего возраста пациента в семье отсутствует мать, отец воспитанием сыновей не занимается, злоупотребляет вместе со своими родителями алкоголем, бабушка и дед безразличны к судьбе своих внуков. Ребенок предоставлен самому себе, контроль над его поведением, учебой крайне низкий. По словам педагогов, «ребенок никому не нужен – ни отцу, ни матери». Воспитание в семье носит характер гипоопеки. Свободное время мальчик проводит бесцельно на улице.

С августа 2011 г. у пациента развивается депрессивное состояние – «лень, скука», сниженный фон настроения, которое с началом учебы в школе усиливается из-за невозможности усвоить учебный материал по математике, напряженных отношений с учителем, безразличием и отсутствием помощи со стороны взрослых членов семьи. Пресуицидальный период носит острый характер, мысли о нежелании жить; поиск решения из сложившейся ситуации ребенок искал в течение нескольких недель. По мере углубления депрессии психологически понятный «крик о помощи» начального этапа (как возможный способ разрешения неблагоприятной ситуации) сменяется у ребенка отказом от жизни («лучше умереть»), суицидальное поведение определяется уже чувством безнадежности и бесперспективности.

Приведенный клинический пример может стать иллюстрацией исследования Д. Н. Исаева (2004) суицидального поведения умственно отсталых детей 10—15 лет, который показал, что причиной суицидального поведения является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга в процессе грубых нарушений воспитания. Из-за депривации и/или отвержения у умственно отсталых детей не формируется чувство уверенности и защищенности, привязанности к эмоционально значимой фигуре. Отсутствие глубокого чувства препятствует формированию личностного ядра, которое способно противостоять трудностям. В результате даже незначительные помехи на жизненном пути провоцируют стремление уйти из жизни.

Более того, в силу недостаточно дифференцированной эмоциональности они не могут даже оценить последствий своего ухода из жизни. Поэтому в их суицидах было меньше демонстративности и скрытого желания остаться жить, что отличает умственно отсталых от их здоровых сверстников.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить следующие особенности. Подавляющее число лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, составили подростки 15—19 лет (74,2 %). Наблюдается равная представленность лиц мужского и женского полов как среди детей, так и среди подростков, совершивших суицидальные действия и госпитализированных в психиатрический стационар (1:1,2). Большинство парасуицидентов не имели гармоничных внутрисемейных взаимоотношений, лишь у четверти из них были полные семьи. У половины суицидентов наблюдались те или иные формы отклоняющегося поведения, в том числе злоупотребление ПАВ. У всех детей и подростков, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрический стационар, были диагностированы те или иные формы психических расстройств. Значительную долю в структуре психической патологии суицидентов составили эмоциональные расстройства и расстройства поведения. Большинство суицидентов (2/3) ранее не попадали в поле зрения психиатров. Наиболее суицидогенными являлись семейные конфликты, конфликты со сверстниками и любовные конфликты. Ведущими мотивами суицидального поведения детей и подростков, предпринявших суицидальные действия, являлись протест и призыв. Наиболее частыми способами суицидальных попыток детей и подростков являлись нанесение колото-резаных ран (1/3) и отравление лекарственными препаратами (1/3). Девочки и девушки из всех способов суицидальных попыток чаще выбирали отравление медикаментами, мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам. Сезонное распределение покушений на самоубийство показало, что наибольшее их число было предпринято зимой, а наименьшее – летом.

В целом полученные результаты свидетельствуют о неблагополучной суицидальной ситуации в контингенте детей и подростков Иркутской области, что требует скорейшего принятия мер по ее улучшению. Необходимо решать вопросы создания отвечающего современным научным требованиям детско-подросткового звена региональной суицидологической службы области с учетом социально-экономической ситуации в регионе, уровня жизни населения, его этнокультуральных особенностей. Требуется скорейшая разработка дифференцированных программ кризисной интервенции и постинтервенции с включением семейной психотерапии (семейного психологического консультирования).

Высокий уровень суицидов детей и подростков диктует обязательное знакомство врачей-интернистов, педагогов, других специалистов, профессионально работающих с детьми и подростками, с факторами риска суицидального поведения данной возрастной категории, наработку навыков раннего распознавания признаков суицидального поведения детей и подростков. Необходимо проведение регулярной просветительской работы по профилактике суицидального поведения в СМИ (радио, телевидение, печать, интернет).

Глава 7

Кризис – это не только проклятие, но и благословение. Он заставляет многое переосмысливать, задуматься. Кризис может помочь людям выработать правильное отношение к труду. Мы должны хорошо научиться работать для того, чтобы строить свое благополучие.

Патриарх Московский и всея Руси Кирилл

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С КРИЗИСНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Проблема кризисных состояний является одной из актуальных проблем современности, что обусловливается непосредственной связью состояний психологического кризиса с феноменом самоубийства, а также со значительным ростом в последние десятилетия болезней «стресса», в частности психогенных расстройств различного генеза. Организационная структура суицидологической помощи была разработана в 1978 г. А. Г. Амбрумовой и сотрудниками Всесоюзного суицидологического центра. В ее основу положены 2 принципа: преемственность оказания медицинской, психотерапевтической, социальной помощи и оказание социально-психологической помощи суицидентам вне структур психиатрической службы. Я. И. Гилинский, П. И. Юнацкевич (1999) разработали и определили основные принципы оказания суицидологической помощи населению. К их числу относятся: 1) психопрофилактическая ориентированность работы всех задействованных специалистов; 2) дифференцированность (специализированность) оказания помощи пациентам различных возрастов и социальных слоев населения; 3) комплексность и преемственность – тесное взаимодействие и сотрудничество всех организаций, учреждений и отдельных специалистов при оказании суицидологической помощи; 4) этапность (ступенчатость) – организационно различные структурные звенья суицидологической службы должны оказывать помощь в соответствии с психическим и соматическим состоянием конкретного пациента и учитывать возможную динамику его изменения с вытекающими из этого состояния необходимыми лечебно-диагностическими, профилактическими и реабилитационными мероприятиями; 5) практичность – доступность суицидологической помощи и ее экономическая эффективность; 6) информационно-аналитическое, организационно-методическое и материально-техническое обеспечение оказания суицидологической помощи населению.

Нормативно-правовую базу для создания и функционирования кризисно-суицидологической помощи составили следующие регламентирующие документы: 1) Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; 2) Решение межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ № 4 от 23.07.1997 г. «Психическое здоровье населения России как проблема национальной безопасности»; 3) Приказ Минздрава РФ № 108 от 8.04.1998 г. «О скорой психиатрической помощи»; 4) Приказ Минздрава РФ № 148 от 6.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Согласно приложениям Приказа МЗ РФ № 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», определены основные подразделения суицидологической службы, приведены штатные нормативы персонала этих подразделений, предложена примерная программа обучения специалистов по суицидологии. Основными звеньями суицидологической службы являются «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи (КСПП), кризисный стационар.

7.1. Телефонная психотерапевтическая помощь взрослым в превентивной суицидологической службе Иркутска

Телефонная психологическая помощь возникла в США в первой половине XX в., когда пастор Уоррен основал лигу «Спасите жизнь» для оказания моральной и психологической поддержки по телефону. В 1958 г. английский священник Чад Вара с соратниками стал основателем движения «Самаритяне», а австралийский священник А. Уокер организовал телефонную «Линию жизни», которая также стала всемирной сетью (Моховиков А. Н., 2001). В настоящее время роль телефонов доверия (ТД) признана во всем мире; большинство служб, оказывающих психологическую телефонную помощь, имеет статус добровольческих, волонтерских.

Создание службы телефонов доверия в России прежде всего связано с превенцией суицидов, инициатором создания подобных служб в 1980-х гг. стала профессор А. Г. Амбрумова. До 1985 г. в стране работали 4 телефонные службы психологической помощи (Москва, Ленинград), все они имели профессиональную медицинскую направленность. В последнее десятилетие телефоны доверия получили широкое распространение во многих городах

России и наряду с профессиональными медицинскими сообществами стали работать волонтерские службы психологической помощи, что позволило Российской ассоциации телефонов экстренной психологической помощи (РАТЭПП) стать ассоциированным членом Международной федерации служб неотложной телефонной помощи (IFOTES).

Психологическая телефонная помощь обладает рядом преимуществ, которые по сравнению с очной терапией крайне важны для пациентов с кризисными состояниями: абонент, где бы он не находился, может в любое время соединиться с психотерапевтом. Гарантируются анонимность обращения и возможность в любой момент контакт прервать, акустический характер взаимодействия способствует лучшему осознанию переживаемой проблемы, уменьшает чувство тревоги и напряжения, формирует доверительную атмосферу беседы (Амбрумова А. Г., Полеев А. М., 1986, 1988). Основными задачами телефонной терапии являются помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, коррекция неадаптивных личностных установок, обусловливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций (Старшенбаум Г. В., 2005).

В Томске были сформулированы основные принципы построения межведомственной неотложной антикризисной социально-психологической (суицидологической) службы (МНАСП(с)С). Основным практическим звеном МНАСП(с)С является отдел неотложной социально-психотерапевтической помощи, включающий систему специализированных кабинетов, осуществляющих диагностику и комплексную терапию кризисных состояний. Этот отдел расположен в территориальном центре социального обслуживания населения и непосредственно связан с Телефоном доверия, отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья СО РАМН, на базе которого развернуты койки «кризисной интервенции» (Попова Н. М.,1997).

Н. А. Корнетовым (1993) были разработаны клинико-психопатологические критерии пролонгированного кризисного состояния, которые являлись показаниями к направлению телефонного абонента в КСПП или в кризисный стационар. При наличии 3 из нижеперечисленных критериев психотерапевтическая помощь оказывалась в КСПП. Наличие 5 характеристик затяжного кризисного состояния являлось показанием к стационарной кризисной интервенции на специализированные койки отделения аффективных состояний.

Перечислим данные критерии: 1) психическое напряжение, окрашенное сниженным настроением и характеризующееся усилением раздражительности, обидчивости, тревожности; 2) повышенная утомляемость, сопровождающаяся чувством общего дискомфорта, снижением тонуса и удовольствия от обычной приятной деятельности, уменьшением двигательной активности; 3) заострение личностных черт, ухудшающих отношения с окружающими (вспыльчивость, неуравновешенность, злопамятность, застреваемость, эгоистичность, пугливость, демонстративность, замкнутость); 4) изменение мироощущения с возникновением односторонней мрачной окраски мировоззрения, суждений и оценок, препятствующих инструктивной деятельности и продуктивному планированию жизни; 5) субъективно переживаемая или объективно определяемая дезорганизация привычного жизненного ритма со снижением мотивации разных видов деятельности; 6) навязчиво-принудительное стремление к фиксации формальной и неформальной информации в форме пассивности восприятия и эгоцентрической переработки, приводящее к ухудшению коммуникации и межличностных отношений; 7) возникновение аддиктивного поведения с поиском душевного комфорта путем изменения психического состояния с помощью наркотических веществ (алкоголь, наркотики, бензодиазепины) или психологических средств (психоделические переживания, магия, колдовство, экстрасенсорные воздействия, религиозное сектантство) с постепенным нарушением эмоциональных отношений и бегством от жизни; 8) изменение отношений к ценности жизни со склонностью к агрессии, аутоагрессии, насилию, мотовству, распутству, антисоциальным действиям; 9) преходящее увеличение или уменьшение сна, аппетита, массы тела, сексуальной активности.

Нами проведено изучение динамики показателей работы Телефона доверия (ТД) ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»: анализ числа обращений, структуры обращаемости по видам проблем, анализ процесса консультирования и применяемые психотерапевтические методики. Объектом исследования стали абоненты, обратившиеся на ТД Иркутска в 2004—2008 гг. Телефон доверия в Иркутске начал работать в 1998 г. Количество обращений абонентов составляет в среднем от 20 до 30 звонков за сутки. Консультантами ТД являются специалисты с высшим медицинским (психиатры, психотерапевты) или психологическим (медицинские психологи) образованием со специальной психотерапевтической подготовкой.

Круглосуточная психотерапевтическая помощь в виде неотложной телефонной психотерапии, долгосрочной поддерживающей, проблемной терапии составила в разные годы от 33 до 49 %; информационное консультирование для дальнейшей работы абонента с медицинскими и социальными учреждениями города и области – от 25 до 35 %; справочно-информационные звонки – 8—12 %; «немые», ошибочные и хулиганские – до 5 % всех звонков.

Анализ звонков на Телефон доверия Иркутска за 2004—2008 гг. (табл. 152) показал, что их количество остается стабильным, колеблясь от 4 115 в 2004 г. до 4 649 в 2008 г. и достигая максимума в 2006 г. – 4 877 обращений. Подавляющее большинство (2/3) обратившихся лиц за помощью составляют женщины (χ^2=30,4; p<0,001).

Таблица 152

Количество обращений на ТД Иркутска за 2004—2008 гг.

Абоненты	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		Среднее значение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	1296	31,5	1080	26,7	1566	32,1	1209	28,1	1553	33,4	1341	30,5
Женщины	2819	68,5	2971	73,3	3311	67,9	3095	71,9	3096	66,6	3058***	69,5
Всего	4115	100	4051	100	4877	100	4304	100	4649	100	4399	100

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

В специальном журнале регистрируются социально-демографические характеристики абонента, содержание телефонных разговоров с указанием проблемы, по поводу которой обращается абонент, его эмоциональное состояние во время разговора, кризисность ситуации для абонента, эффективность оказываемой телефонной терапии. Кроме того, отражаются длительность существующей проблемы, периодичность обращения абонента и динамика его переживаний.

Количество обращений на ТД неравномерно и зависит от времени года, дня недели, времени суток. Осенью и зимой количество звонков возрастает примерно в 1,5 раза по сравнению с весенне-летним периодом. Неравномерность распределения звонков на ТД отмечается по дням недели: наибольшее их количество приходится на первую половину недели. Меньше обращений бывает в выходные и праздничные дни. Преимущественное время телефонных звонков приходится на дневное и вечернее время, пик обращаемости (до 50 % звонков) наблюдается между 16.00 и 24.00 часами.

Наибольшая доля звонков приходится на людей в активном и трудоспособном возрасте (21—60 лет) – от 64,6 до 75,1 % всех обращений, реже к услугам ТД прибегают люди пожилого возраста (старше 60 лет) – 0,4—3,1 % обращений ($p<0,001$). Количество детей, подростков, молодежи (в возрасте до 20 лет), обратившихся на ТД, за анализируемые годы снизилось с 15,9 % в 2005 г. до 4,1 % в 2008 г. ($\chi^2=6,72$; $p<0,01$). В целом же небольшой процент обращений данной возрастной группы (что расходится с результатами работы ТД других регионов, где эта возрастная категория наиболее активна) можно объяснить существованием в Иркутске отдельной детской линии ТД в структуре кризисного центра для женщин, а с 2010 г. самостоятельного детского ТД. Анализ телефонных звонков на ТД за 5 лет показал следующее распределение проблем, с которыми абоненты обращались на ТД (табл. 153).

Таблица 153

Распределение проблем абонентов ТД Иркутска за 2004—2008 гг. (%)

Содержание проблем абонентов	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее значение
Психическое и соматическое здоровье	11,4	12,5	13,2	12,9	13,7	12,8
Взаимоотношения с родственниками и близкими	18,6	20,7	17,5	19,4	17,0	18,6
Супружеские отношения	11,7	14,6	10,5	9,8	11,3	11,5
Сексуальные отношения	1,9	2,4	1,9	2,6	2,2	2,2
Социальная адаптация	10,7	8,2	10,5	13,9	16,2	12,0
Проблемы принятия себя	3,9	2,2	3,7	4,9	6,0	4,2
Суицидальные переживания	4,1	3,9	3,6	4,2	4,6	4,1
Насилие	3,6	2,5	4,6	4,0	3,7	3,7
Синдром зависимости	12,7	14,2	12,1	10,4	8,2	11,4
Любовные отношения	7,9	11,1	8,6	8,9	6,7	8,6
Учебно-профессиональные проблемы	2,1	1,8	2,8	1,7	2,3	2,1
Разное	11,4	5,9	11,0	7,3	8,1	8,8
Всего	100	100	100	100	100	100

Наиболее актуальной на протяжении рассматриваемых лет была проблема взаимоотношений с родственниками и близкими, которая в среднем встречалась в 18,6 %. Звонки были связаны с конфликтными ситуациями самого звонившего с близкими и родными либо с переживаниями по поводу конфликтных отношений с ними. В эту же группу входили переживания по поводу изоляции детей в детские дома и приюты, смерть одного из родителей, полное сиротство, другие проблемы детско-родительских отношений. Второй по значимости за эти годы была группа про-

блем «психическое и соматическое здоровье», среднее значение – 12,8 % обращений (p>0,05). Абоненты обращались по поводу возможного или уже имеющегося психического или соматического заболевания, грозящей или уже полученной инвалидности. Отдельно в этой группе можно выделить абонентов, обратившихся по поводу предполагаемого или имеющегося венерического заболевания либо ВИЧ-инфекции (СПИД).

Следующими по значимости были звонки, касающиеся социальной адаптации: переживание в связи с нарушением социальных норм (бродяжничество, воровство), социальной напряженностью, боязнью суда, службы в армии, межнациональными проблемами, миграцией, материальными трудностями, плохими жилищными условиями, вынужденной изоляцией (тюрьма, интернат и пр.) – среднее значение 12,0 % (p>0,05). Также часто (в среднем 11,5 % звонков) встречались проблемы супружеских отношений, включающие в себя конфликты в семье, разводы, измены супругов, сексуальные и/или психологические дисгармонии между супругами и пр. В связи с высокой частотой обращений в отдельную группу были выделены звонки по поводу различных зависимостей: алкогольной, наркотической, игровой, созависимости. В среднем данная категория звонков встречалась в 11,4 % случаев, причем звонки разделились примерно поровну: обращались как сами зависимые, так и их родственники (p>0,05). Практически не менее значимыми были любовные проблемы: неразделенная любовь, измены любимых, разрыв отношений, ревность, охлаждение чувств, нерешительность в проявлении чувств, несовпадение взглядов на институт брака – 8,6 % обращений.

Значительно реже зарегистрированы обращения по поводу проблем, связанных с принятием себя (внешняя непривлекательность, несоответствие ожиданиям окружающих, трудности личностного роста, одиночество, поиск, отсутствие или утрата смысла жизни, вопросы веры и пр.) – 4,2 %, суицидальными переживаниями – 4,1 %, физическим и сексуальным насилием – 3,7 %, сексуальными отношениями (половая идентичность, первый сексуальный опыт, сексуальные дисгармонии, особенности сексуального поведения) – 2,2 %, учебно-профессиональными проблемами – 2,1 % обращений в среднем за анализируемый период (p<0,01). Анализ длительности существования проблем обращающихся показал, что в большинстве случаев (39,5 %) проблема, с которой абонент обращался за психологической помощью, длилась от 1 недели до 1 года (p<0,01) (табл. 154).

Таблица 154

Длительность существования проблемы абонентов при обращении на ТД Иркутска за 2004—2008 гг.

Длительность существования проблемы	Среднее значение числа абонентов за 2004—2008 гг.	
	абс.	%
До 1 недели	985	22,4***
До 3 месяцев	173	3,95
До 1 года	840	19,1***
Свыше 1 года	620	14,1
Не определена	217	4,9
Всего	4399	100

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

В 53,8 % случаев отмечалось нарастание актуальности существующих проблем, в 21,6 % – их стабильное состояние.

Результаты работы ТД за 2004—2008 гг. свидетельствуют о том, что число суицидальных абонентов (896 чел. за 5 лет) остается стабильным и колеблется от 3,6 до 4,6 % (среднее значение 4,1 %). Большинство обратившихся по этому поводу оказались женщинами – 512 абонентов (57,1 %) (χ^2=3,38; p=0,06). С равной частотой встречались суицидальные абоненты двух возрастных интервалов: возраст до 30 лет – от 28,8 до 37,6 %; 31—40 лет – от 24,3 до 37,9 %. Немного реже обращалась группа 41—60-летних – от 21,3 до 26,9 % (p>0,05), в единичных случаях – абоненты старше 60 лет (от 1,4 до 3,0 %) (p<0,001).

Проблемы, порождающие суицидальные тенденции, достаточно разнообразны: чаще всего предъявлялись жалобы на отсутствие или потерю смысла жизни, целей, чувство одиночества, ненужности близким и родным – 47,0 % (χ^2=7,74; p<0,01). Трудности в любовных взаимоотношениях составили ядро кризисной ситуации в 26,8 % случаев. Источником суицидальных настроений в 9,3 % случаев являлись проблемы со здоровьем, в 7,1 % – супружеские отношения и в 5,1 % – сексуальные отношения.

В работе с кризисными пациентами сотрудники ТД Иркутска используют программу кризисной психотерапии, разработанную в Федеральном суицидологическом научно-методическом центре и включающую 4 этапа беседы (Старшенбаум Г. В., 2005). На начальном этапе с абонентом устанавливается терапевтический контакт, проводится исследование суицидального риска, мобилизуется личностная защита и заключается терапевтический договор об отказе от самоубийства. Следующий этап кризисного вмешательства включает в себя рассмотрение неопробованных пациентом способов решения кризиса, выявление и коррекцию не-

адаптивных установок. Второй этап беседы завершается, когда психотерапевт высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации. Третий этап предполагает планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации. На заключительном этапе психокоррекционной работы суммируются достижения пациента, составляются планы на будущее, проводится коррекция суицидальных установок абонента.

Анализ полученных данных дал представление о необходимости дальнейшей организации деятельности одного из подразделений региональной суицидологической службы – Телефона доверия и позволил организовать в 2011 г. ТД в 4 наиболее крупных городах Иркутской области (Ангарск, Братск, Усть-Илимск, Тулун). Выявленные особенности и тенденции оказания суицидологической помощи в регионе могут существенно оптимизировать программы суицидальной превенции.

7.2. Телефонная психотерапевтическая детско-подростковая помощь в превентивной суицидологической службе Иркутска

Детский Телефон доверия – служба экстренной психологической помощи детям и родителям по телефону. Она играет важную роль в решении задач, поставленных в Послании Президента РФ Федеральному собранию по выявлению и профилактике детского неблагополучия, нарушений прав детей, жестокого обращения с ними. В нашей стране работает свыше 280 служб детских ТД, которые ежегодно принимают более полумиллиона звонков от детей и подростков. Более 35 тысяч звонков содержат информацию о жестоком обращении по отношению к ребёнку или о пренебрежении правами ребёнка.

В 2007 г. Национальный фонд создал Всероссийское профессиональное объединение «Российская ассоциация детских телефонов доверия». В 2010 г. в рамках Общенациональной информационной кампании по противодействию жестокому обращению с детьми Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, совместно с субъектами РФ был создан единый общероссийский номер детского телефона доверия. Это придало импульс развитию службы, повысило доступность экстренной психологической помощи, позволило эффективно выявлять детей и подростков, нуждающихся в преодолении актуальной психотравмирующей ситуации.

Нами проведено изучение динамики показателей работы детской линии Телефона доверия ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»: анализ частоты обращений, структуры обращаемости по видам проблем, анализ процесса консультирования. Объектом исследования стали абоненты 7—18 лет, обратившиеся на ТД Иркутска в 2009—2011 гг.

С декабря 2010 г. в Иркутске открыта детская (подростковая) линия ТД с подключением к единому общероссийскому детскому ТД с единым общероссийским номером. Звонок для населения бесплатный, анонимный со стационарного или мобильного телефона. Психологическая помощь предоставляется круглосуточно. Консультантами ТД являются специалисты с высшим медицинским (психиатры, психотерапевты) или психологическим (медицинские психологи) образованием со специальной психотерапевтической подготовкой.

Круглосуточная психотерапевтическая помощь в виде неотложной телефонной психотерапии, долгосрочной, проблемной терапии среди детей и подростков составила в разные годы 18—24 %, справочно-информационные звонки – 2—4 %; «немые», ошибочные или хулиганские звонки – 75—80 % от всех звонков. Это кардинально отличает детскую линию ТД от взрослой службы ТД. По результатам анализа звонков взрослых за 2004—2008 гг. психотерапевтическая помощь составила 33—49 %, информационное консультирование для дальнейшей работы абонента с медицинскими и социальными учреждениями – 25—35 %, справочно-информационные звонки – 8—12 %, «немые», ошибочные и хулиганские – до 5 % всех звонков. Анализ звонков на детскую линию ТД за 2009—2011 г. показал, что их количество увеличилось в 2011 г., что можно объяснить выделением отдельной детской линии и проведением более широкой и активной информационной кампании всего населения в целом, и детско-подростковой аудитории в частности (табл. 155).

Таблица 155

Количество обращений детей и подростков на детскую линию ТД Иркутска «по существу» (абс., %)

Абоненты	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	92	26,0	159	31,4	181	28,4
Девочки	262	74,0	348	68,6	457***	71,6
Всего	354	100,0	507	100,0	638	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.*

Кроме детей и подростков, на детскую линию ТД обращаются и взрослые: родители, родственники, друзья, соседи. Необходимо отметить, что в 2009—2011 гг. чаще звонили девочки, чем мальчики, это соотношение составило от 2,2:1 до 2,8:1 ($p<0,001$). Анализ звонков несовершеннолетних на ТД показал, что в 86,1 % случаев это были учащиеся школ, профессиональных училищ, студенты колледжей ($p<0,001$). Дети до 15-летнего возраста составили 31,4—46,1 %, с 15 до 18-летнего возраста – 53,9—68,6 %. Распределение основных проблем, с которыми дети и подростки обращались на ТД в 2009—2011 гг., показано в таблице 156.

Изучение звонков детей и подростков на ТД Иркутска выявило, что на протяжении 3 лет наиболее актуальными выступали переживания по поводу неблагополучных отношений с другими: взаимоотношения с друзьями, желание пользоваться большим успехом у сверстников, изоляция, противостояние, давление или угрозы, отсутствие одобрения со стороны референтной группы, затруднения в общении, установлении контактов (35,0, 30,2 и 32,6 %).

Таблица 156

Распределение проблем абонентов ТД детского и подросткового возраста Иркутска за 2009—2011 гг. (абс., %)

Содержание проблем абонентов	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Субъективные переживания по поводу неблагополучных отношений с другими	124*	35,0	153*	30,2	208*	32,6
Взаимоотношения в семье	69**	19,5	117**	23,1	130**	20,4
Проблемы взаимоотношений «он-она»	61**	17,2	74**	14,6	127**	19,9
Сексуальные отношения	14	4,0	12	2,3	17	2,7
Учебные и профессиональные проблемы	34	9,6	60	11,8	39	6,1
Зависимости	4	1,1	7	1,4	10	1,6
Досуг и молодежная культура	1	0,3	2	0,4	5	0,8
Психическое и соматическое здоровье	35	9,9	66	13,0	75	11,7
Суицидальные переживания	5	1,4	6	1,2	12	1,9
Прочие	7	2,0	10	2,0	15	2,3
Всего	354	100,0	507	100,0	638	100,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Второй по значимости за эти годы явилась группа проблем, связанных с взаимоотношениями в семье – от 19,5 до 23,1 % обращений ($p<0,05$). Звонки были посвящены вопросам непонимания со стороны родителей, жестким запретам взрослых, уходам

из дома. Часто дети и подростки сообщали о нестабильной семейной ситуации, выражали беспокойство за членов семьи, в том числе в связи с патологическим пристрастием родителей (алкоголь). Часть звонков этой группы была посвящена отсутствию поддержки со стороны взрослых близких людей и необходимости рассчитывать только на себя.

Следующими по значимости были звонки, посвященные проблемам взаимоотношений «он-она»: ссора с любимым человеком, ревность, соперничество, безответные чувства, нерешительность и незнание каким образом привлечь внимание противоположного пола (17,2, 14,6 и 19,9 %) ($p<0,01$). Несколько реже встречались звонки, связанные с проблемой психического и физического здоровья (9,9—13,0 %). Дети жаловались на сниженное настроение, чувство тоски, вины, одиночества, переживания по поводу своего внешнего вида, различные по содержанию страхи (темноты, грабителей, приведений и т. п.), нарушения сна. Часть звонков, как со стороны детей, так и со стороны взрослых, была посвящена жалобам психосоматического характера: головные боли, боли в животе, периодические головокружения. Проблемы, связанные с учебными и профессиональными вопросами, встречались в 6,1—11,8 % звонков детей и подростков: несправедливое отношение учителей, низкая успеваемость, боязнь сдачи ЕГЭ, выбор дальнейшей профессии.

Значительно реже дети и подростки обращались на ТД по поводу проблем, связанных с сексуальными отношениями, в том числе и сексуальным насилием (2,3—4,0 %); суицидальными переживаниями (1,2—1,9 %); вопросам зависимостей (1,1—1,6 %) и молодёжной культуры (0,3—0,8 %) ($p<0,001$). Настораживает крайне малое количество звонков на ТД, посвященных употреблению психоактивных веществ (никотин, алкоголь, наркотики). Учитывая высокие значения числа потребителей ПАВ в Иркутской области и Иркутске, можно предположить, что на ТД обращаются дети и подростки, осознавшие свою проблему, проявляющие беспокойство о том, что происходит с ними или с их друзьями.

Другой, не менее значимой проблемой у детей и подростков являются вопросы жестокого обращения с ними как со стороны взрослых, так и со стороны сверстников. Число звонков такого характера колеблется от 10 до 20 ежемесячно. Дети и подростки жалуются на агрессию, насилие (физическое и психологическое) одноклассников или старшеклассников, старших членов семьи (родителей, братьев, сестер), незнакомых людей. Чаще всего

объектом жестокого обращения становятся дети и подростки в возрасте 8—13 лет. Нередко информация о жестоком обращении с несовершеннолетними поступает от взрослых абонентов: родственников, соседей. В случаях, когда абонент в процессе консультации решается нарушить анонимность, специалисты ТД передают информацию в организации и службы, способные оказать дальнейшую профильную помощь (педагоги, сотрудники правоохранительных органов, отдела опеки и попечительства и т. п.).

Число суицидальных абонентов (33 человека за 3 анализируемых года) колеблется от 1,2 до 1,9 % всех звонков детской линии ТД. Большинство обратившихся по этому поводу – подростки 15—18 лет, чаще – девушки. Проблемы, вызвавшие суицидальные тенденции, достаточно разнообразны: чувство одиночества, несчастная любовь, потеря смысла жизни, сексуальное насилие, нежеланная беременность.

Приемы и методы, используемые при работе на детской линии ТД, соответствуют приемам и методам, используемым при очном консультировании. Пошаговая модель консультирования, стратегии психологии принятия решения, использование вербальных техник для взаимопонимания с абонентом, использование психотерапевтической метафоры и методов гештальттерапии – всё это с успехом используется в работе ТД. Анализ полученных данных дал представление о необходимости дальнейшего развития деятельности детской линии ТД Иркутска с широким распространением информации о ней в детской и подростковой аудитории. Остаётся актуальной задача налаживания взаимодействия детского ТД с органами и учреждениями различных ведомств социальной сферы в целях интеграции ТД в систему защиты детства.

7.3. Организация работы кабинетов социально-психологической помощи в структуре суицидологической службы Иркутской области

Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) является основным структурным подразделением суицидологической службы и предназначен для выявления и амбулаторного обслуживания лиц с кризисными и суицидоопасными состояниями среди контингентов населения, не нуждающихся в диспансерном наблюдении (Амбрумова А. Г., 1983; Попова Н. М., 1997). Кабинеты, как правило, располагаются в территориальных поликлиниках, медсанчастях предприятий или учебных заведений.

В КСПП работают: врач-психиатр, имеющий специализацию по психотерапии и суицидологии, медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

Первый кабинет социально-психологической помощи в Иркутской области был организован в 2008 г. в Ангарске на базе психотерапевтического центра Ангарской областной психиатрической больницы. Еще 4 КСПП были организованы в Иркутской области в 2011 г. В Иркутске начали свою работу 1 кабинет социально-психологической помощи на базе психотерапевтического амбулаторного отделения Иркутского областного ПНД и 1 кабинет суицидолога на базе амбулаторного психиатрического отделения Иркутского областного ПНД, предназначенный для обслуживания суицидентов и больных с суицидоопасными состояниями, находящихся под наблюдением ПНД. В Братске и Усть-Илимске кабинеты социально-психологической помощи были организованы на базе амбулаторных отделений областных психоневрологических диспансеров. Информацию о работе кабинетов при их открытии население получало через средства массовой информации (газеты, радио, телевидение, информация на сайтах психиатрических учреждений), путем широкого информирования лечебно-профилактических учреждений вышеуказанных городов, а также через ТД.

В обязанности сотрудников КСПП входит проведение амбулаторного обследования, терапевтического и реабилитационного ведения всех лиц, совершивших суицидальные попытки и находящихся в кризисных состояниях, а также проведение санитарно-просветительской работы среди всех слоев населения. Для активного выявления лиц с суицидальным поведением и кризисными состояниями были налажена тесная связь сотрудников КСПП с токсикологическими, реанимационными, соматическими, хирургическими отделениями больниц; городскими станциями скорой и неотложной медицинской помощи вышеуказанных городов Иркутской области. Установлены широкие контакты с психологами средних и среднеспециальных учебных заведений Иркутской области. В случаях, когда на приеме в КСПП у пациента выявлялись психотические расстройства, они направлялись либо на прием в кабинет суицидолога ПНД (в Иркутске), либо на амбулаторный прием психиатра, либо в психиатрический стационар.

В связи с более продолжительным периодом работы нами проведен анализ работы кабинета социально-психологической помощи Ангарска за 2009—2011 гг. После первичного клинического-

го обследования пациента в КСПП врач квалифицирует состояние его психического здоровья и определяет возможности лечения в амбулаторных, полустационарных либо стационарных условиях. При проведении амбулаторного лечения врачом-суицидологом устанавливался один из предложенных А. А. Лопатиным (2000) видов амбулаторного наблюдения в КСПП.

Профилактическое наблюдение устанавливалось в тех случаях, когда состояние пациента не требовало систематического наблюдения. Показаниями для посещений являлось отсутствие суицидальных мыслей или намерений у пациента, но при этом у него присутствовали устойчивые факторы риска (семейные, профессиональные, учебные и пр.). Динамическое наблюдение назначалось пациентам, психическое состояние которых требовало определенной периодичности встреч пациента со специалистами.

Диспансерное наблюдение назначалось в случаях: 1) непосредственно после выписки из стационара при наличии аффективных расстройств с высоким суицидальным риском либо если пациент находился в стационаре в постсуицидальном периоде; 2) актуальность суицидальных мыслей, замыслов и намерений оставалась высокой, но по каким-либо причинам госпитализация пациента не могла быть осуществлена; 3) при проведении активного амбулаторного лечения лицам с кризисными состояниями с высокой степенью суицидального риска.

Таблица 157

Клинико-нозологическая структура психических расстройств лиц, обратившихся в КСПП Ангарска в 2009—2011 гг.

Диагноз по МКБ-10	Консультации	%	К-во чел.	К-во человек с посещением		
				1-кратным	2-кратным	3-кратным и ›
Органические расстройства (F00—F09)	270	13,0	73	46	6	21
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F10—19)	80	3,9	37	18	10	9
Шизофрения и шизотипические расстройства (F20—29)	41	2,0	31	20	7	4
Расстройства настроения (F30—39)	151	7,3	58	31	13	14
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—49)	1389	67,2	527	319	69	139
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—69)	137	6,6	55	33	9	13
Всего	2068	100	781	467	114	200

Клинико-нозологическая структура психических расстройств у обратившихся в кабинет социально-психологической помощи приведена в таблице 157. Наиболее часто пациенты обращались по поводу расстройств невротического уровня (острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации) – 67,2 %. Значительно реже встречались обращения пациентов с органическими и депрессивными расстройствами – 13,0 и 7,3 % ($p<0,001$).

В каждом медицинском учреждении Ангарска назначено лицо, ответственное за передачу информации о лицах, совершивших суицидальные действия, в кабинет социально-психологической помощи амбулаторного психотерапевтического отделения и в амбулаторное психиатрическое отделение ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница». В случаях незавершенных суицидальных действий медицинские учреждения города обеспечивают поступившим после суицидальной попытки пациентам консультативную медико-психологическую помощь, подавая заявку в кабинет социально-психологической помощи амбулаторного психотерапевтического отделения ОГБУЗ «Ангарская ОПБ».

1. Регистратор амбулаторного психотерапевтического отделения фиксирует заявку, сообщает сведения о лице, находящемся в лечебном учреждении города и нуждающемся после совершения суицидальной попытки в консультации, медицинскому психологу.

2. Медицинский психолог осуществляет медико-психологическую помощь лицу, совершившему суицидальную попытку. В случае подозрения психического расстройства у консультируемого или при необходимости психотерапевтического вмешательства, при согласии консультируемого, медицинский психолог направляет пациента на консультацию к врачу-психиатру КСПП, а также заполняет тематическую карту (Приложение 1).

3. Врач-психиатр кабинета социально-психологической помощи осуществляет прием, обследование, терапевтическое и реабилитационное ведение пациентов, направленных психологом после консультации в непсихиатрическом стационаре. Осуществляет информационно-просветительскую работу среди сотрудников медицинских учреждений города. Ежемесячно проводит сверку количества незавершенных суицидальных попыток по медицинским учреждениям Ангарска и количества заявок на осуществление консультативной медико-психологической помощи лицам, поступившим в лечебное учреждение после суицидальной попытки.

При совершении суицидальной попытки пациентами, состоящими под диспансерным наблюдением в ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница» и госпитализированными в медицинские учреждения города, сведения о суицидальных действиях лица сообщаются в амбулаторное психиатрическое отделение ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница».

В амбулаторном психиатрическом отделении ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница»:

1. Регистратор принимает данные от медицинской организации города (в том числе морга) обо всех случаях как завершенных, так и незавершенных суицидов. О лицах, совершивших суицидальную попытку и состоящих на учете в ОГБУЗ «Ангарская ОПБ», сообщается участковому врачу-психиатру, психиатру-наркологу.

2. Врач-психиатр, психиатр-нарколог приглашает на прием пациента, проводит профилактику повторных суицидальных действий, заполняет краткую форму тематической карты (Приложение 2). Индивидуальная тактика ведения суицидентов варьирует в зависимости от типа постсуицида, степени выраженности суицидального риска, особенностей течения реакции, психического статуса и конкретных микросоциальных условий.

3. Врач-статистик проводит обработку полученной информации о лицах, совершивших суицидальные действия.

Моделью помощи в консультировании является краткосрочная кризисная психотерапия. Цель психотерапевтической беседы – анализ и понимание причин, приведших к суицидальной попытке, отреагирование чувств и переживаний пациента, работа с чувством безысходности, развенчание мифа бессмертности, исправление ошибочных представлений и иррациональных убеждений пациента, предоставление информации о возможностях получения помощи и психологической поддержки в будущем.

Другая отличительная особенность суицидального пациента заключается в том, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей. Для такого человека суицид является своего рода наркотиком, единственно возможной и желанной формой «избавления». В этом случае основной целью работы будет поиск других социально приемлемых способов решения проблемы.

Психолог в своей работе «вживается» во внутренний мир пациента, пытается «прочувствовать» его отчаяние и безысходность. Такой подход позволяет адаптировать терапевтические стратегии медицинского психолога к нуждам пациента и дает па-

циенту ощущение, что он «понят». Консультирующий должен «вжиться» в образ мыслей пациента настолько, чтобы не считать его суицидальные намерения «ненормальными». Напротив, он должен понять и принять логику суицидальных причинно-следственных связей. И только после этого психолог вместе с пациентом начинает работу по поиску ошибок в посылках и умозаключениях, лежащих в основе суицидального импульса.

За весь период работы службы (2009—2011 гг.) было проконсультировано 132 человека, совершивших суицидальные попытки. Все консультации проводились психологами кабинета социально-психологической помощи амбулаторного психотерапевтического отделения ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница» в стационарах соматического профиля, где находился пациент после совершенной суицидальной попытки. Как уже отмечалось выше, в консультациях применялись принципы кризисной психотерапии. Время, затраченное на консультацию, составляло 3—3,5 часа. На учете у психиатра состояли 9 чел. из проконсультированных лиц. Из 132 суицидентов, совершивших суицидальные попытки, 27 % составляли мужчины и 73 % – женщины. Анализ возрастной структуры показал, что 68 % суицидентов находились в возрасте до 30 лет (лица до 18 лет – 32 %, 19—30 лет – 36 %), значительно реже суицидальные попытки совершали лица в возрасте 31—45 лет (14 %), 45—60 лет (11 %) ($p<0,001$). Наиболее редко суицидальные действия предпринимались лицами старше 60 лет (7 %) ($p<0,001$). Основными сферами суицидогенного конфликта являлись две – личная (46,2 %) и семейная (36,4 %), случаи возникновения конфликта в других сферах были значительно более редкими ($p<0,001$).

Анализ суицидального поведения с позиций категории «личностного смысла» (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980) показал, что наиболее часто встречающимися категориями суицидального поведения являлись протест (31,8 %) и призыв (29,5 %) ($p>0,05$). Из 132 обследованных пациентов, госпитализированных в связи с суицидальной попыткой в соматические стационары, 26,5 % в качестве объяснения назвали причины, принадлежащие к категории бегства/избавления. У остальных пациентов (12,2 %) обнаружилась та или иная комбинация мотивов.

Анализируя способы совершения попыток суицида, следует отметить, что 91,7 % суицидентов пытались отравиться лекарственными веществами или бытовыми химическими препаратами ($p<0,001$), 8,3 % лиц – нанести самопорезы либо броситься с вы-

соты. У 26,5 % суицидентов попытки суицида были повторными. Большая часть повторных суицидальных действий приходилась на детей (34,3 %), доля молодёжи (19—30 лет) составляла 25,7 % ($p>0,05$), люди зрелого (31—60 лет) и пожилого (старше 60 лет) возраста имели следующую численность: 28,6 % ($p>0,05$) и 11,4 % ($p<0,001$).

У проконсультированного суицидента всегда есть возможность придти на очную повторную консультацию к медицинскому психологу либо психиатру или позвонить на Телефон доверия. Этой возможностью воспользовались 6 суицидентов (4,5 %), было проведено от 1 до 4 встреч, на ТД позвонили 30 чел. (22,7 %). В дальнейшем за психофармакологической и психотерапевтической помощью обратились 6 чел. (4,5 %).

7.4. Организация работы кризисного стационара Иркутска

Кризисный стационар был организован как структурное подразделение Иркутского областного ПНД в конце 2010 г. Он представляет собой отделение на 55 коек и предназначен для проведения краткосрочной неотложной помощи людям, которые находятся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций, или уже совершили суицидальные попытки. Отделение организовано по открытому типу, имеет обстановку, приближенную к домашней, что способствует созданию особого психологического климата. Как врачи, так и пациенты находятся в стационаре в собственной цивильной одежде, что способствует установлению быстрейшего контакта. Основой психологического климата в отделении служит фактор человеческого общения, т. е. «лечение средой» (Кабанов М. М., 1987). Прием в стационар организован как в плановом, так и экстренном порядке. В отделении используется бригадный метод работы: работа осуществляется группой в составе психиатра, психотерапевта и медицинского психолога при ведущей роли психиатра. Перспективным в дальнейшем развитии этого подхода видится оказание социально-правовой помощи путем включения в бригаду социального работника. Продолжительность лечения составляет 21—28 дней. Целью деятельности стационара является не только купирование кризиса путем оптимальных для личности способов разрешения ситуации, но и использование определенных возможностей, содержащихся в самом кризисе, для коррекции личности, повышения уровня ее адаптации.

Комплексная программа антисуицидальной неотложной помощи, используемая сотрудниками данного отделения, базируется на основных принципах купирования кризисных суицидоопасных состояний, разработанных сотрудниками Федерального научно-методического суицидологического Центра (Старшенбаум Г. В., Скибина Г. Л., Паршин А. Н., Гилод В. М., 1986, 2005, 2006). Программа строго дифференцирована в соответствии с характером и динамикой кризиса, степенью суицидального риска, личностными особенностями суицидентов, проводится как индивидуально, так и в группе. Кризисная терапия осуществляется поэтапно: кризисная поддержка – кризисное вмешательство – повышение уровня адаптации. Купирование кризиса может быть успешным только при совместном применении адекватных психотерапевтических методов и психофармакотерапии.

На начальном этапе купирования кризиса на первый план выходит психофармакотерапия для купирования психопатологических проявлений и снижения суицидального риска, так как чаще всего пациенты поступают в состоянии напряженности, тревоги, растерянности, сниженного фона настроения, психомоторного беспокойства. Попытки по разрешению кризиса могут привести в ряде случаев к ухудшению общего психического состояния и повышению степени суицидального риска. Поэтому психотерапевтическое вмешательство осуществляется в виде кризисной поддержки, которая базируется на безусловном принятии пациента и направлена на снятие ощущения безнадежности, одиночества, установление терапевтического контакта, выяснение суицидоопасных переживаний. Врачу необходимо мобилизовать личностную защиту пациента путем актуализации антисуицидальных факторов, заключить терапевтический договор для локализации кризисной проблемы, повышения самооценки пациента. Выбор психофармакотерапии в условиях кризисного стационара построен по синдромальному принципу и направлен на купирование острых болезненных переживаний. Наиболее эффективными препаратами, назначаемыми в части случаев парентерально, являются транквилизаторы с анксиолитическим действием (феназепам, алпразолам, клоназепам), транквилизаторы-гипнотики (имован, ивадал, нитразепам, радедорм), нейролептики с седативным эффектом (терален, хлорпротиксен, тизерцин), а также антидепрессанты-седатики (амитриптилин, анафранил, флувоксамин, ливерон). Задачи первого этапа считаются выполненными, когда купируются аффективные переживания, значительно снижается

актуальность суицидоопасных тенденций и есть возможность перейти ко второму этапу кризисной терапии – кризисному вмешательству.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента, решает следующие задачи: рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы; выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса; коррекция неадаптивных установок; активизация терапевтической установки для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению.

Психофармакотерапия на этом этапе имеет цель нормализовать аффективность пациента, повысить активность психической деятельности и включает дневные транквилизаторы (медазепам, гидазепам) и антидепрессанты (флуоксетин, пароксетин, сертралин, эсциталопрам), имеющие анксиолитическое, тимоаналептическое действие со стимулирующим компонентом, не оказывающие седативного действия и негативного влияния на психомоторную активность.

Заключительный этап кризисной терапии – тренинг навыков адаптации – начинается тогда, когда пациент приходит к решению об изменении своей позиции в конфликте и у него возникает потребность в расширении своих адаптационных возможностей. Используются такие методы терапии, как коммуникативный тренинг, ролевой тренинг, аутогенная тренировка, гипнотерапия, рационально-эмотивная терапия. Применение психотропных препаратов проводится с целью повышения функциональной активности барьера психической адаптации (улучшения общего самочувствия, концентрации внимания, психической и моторной активности, адаптационных возможностей) и включает в себя нейрометаболические церебропротекторы (кавинтон, ноотропил, мексидол, кортексин, ноопепт), обладающие ноотропным эффектом с транквилизирующим, антиастеническим, адаптогенным спектром действия.

Лечение пациентов с высоким риском суицидального поведения представляет собой сложный многокомпонентный процесс. Рекомендации по применению антидепрессантов и нормотимиков, в первую очередь при расстройствах настроения, сводятся к следующему: 1) диагностика и мониторинг суицидального риска должны проводиться на регулярной основе; 2) проведение посто-

янного наблюдения за пациентом, особенно на протяжении первого месяца назначения антидепрессанта или после смены одного препарата на другой; 3) отдавать предпочтение антидепрессантам с низким уровнем токсичности и малой вероятностью намеренной передозировки ими; 4) при сочетании расстройств настроения и психотической симптоматики необходимо добавление антипсихотиков, предпочтительно атипичных; 5) любые препараты рекомендуется выписывать или выдавать в небольших количествах на регулярных частых встречах с пациентом, обеспечить контроль над хранением препаратов и приемом их пациентами.

Особого внимания требует назначение антидепрессантов лицам молодого возраста. Метаанализ 372 рандомизированных плацебо-контролируемых курсов терапии антидепрессантами показал, что в целом по всей возрастной группе (18 лет и старше) риск суицидальности не только не повышен, но даже несколько ниже по сравнению с плацебо. Однако среди пациентов моложе 25 лет риск суицида и суицидального поведения повышен по сравнению с плацебо в 2 раза. По-видимому, это может быть связано с относительной незрелостью ряда систем головного мозга у больных подростково-юношеского возраста, что может лежать в основе их не вполне адекватной реакции ПФТ.

На основании результатов, свидетельствующих о возможном повышенном риске суицидальности у детей при коротких курсах лечения антидепрессантами, Комитет по психофармакологическим препаратам США в 2004 г. рекомендовал FDA (Управление по пищевым продуктам и лекарствам США) добавить в аннотации антидепрессантов специальное, заключенное в рамочку, предостережение и при продаже требовать врачебное назначение этих препаратов у возбужденных пациентов, членов их семей и оказывающих им помощь социальных работников. По данным R. Gibbons, C. Brown (2012), за пятилетку (с 1998 г.) потребление антидепрессантов в США выросло на 91 % и привело к снижению количества самоубийств на 33 %. В Нидерландах сокращение назначений антидепрессантов группы СИОЗС детям и подросткам за 2 года (с 2005 г.) привело к увеличению числа самоубийств в этой группе на 49 %. Авторы полагают, что антидепрессанты способны уменьшить уровень самоубийств, если они предназначены именно для лечения депрессии. Если лечение не помогает, риск самоубийств остается прежним или растет. Более того, антидепрессанты, по всей видимости, влияют на детей несколько иначе, чем на взрослых, в плане самоубийств.

7.5. Этапность оказания суицидологической помощи в Иркутске

7.5.1. Догоспитальный этап суицидологической помощи в Иркутске

Диагностика суицидального поведения имеет свои особенности в зависимости от условий, в которых она проводится (амбулатория, стационар, СМП), задач, стоящих перед врачами и другими специалистами, а также от этапа суицидологической помощи. Рассмотрим догоспитальный и госпитальный этапы суицидологической помощи, оказываемой лицам с кризисными состояниями (рис. 31).

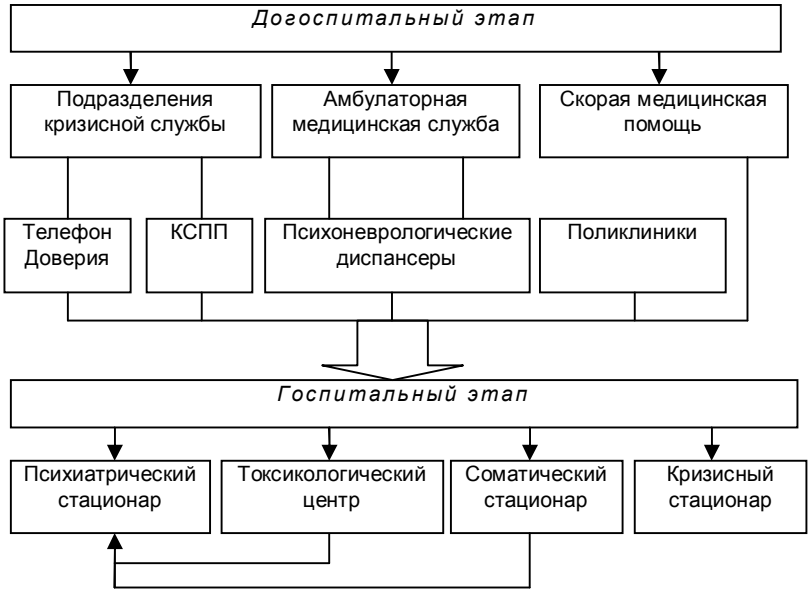

Рис. 31. Этапы суицидологической помощи в Иркутске

1. Телефон Доверия. Большая часть ($p<0,05$) суицидальных абонентов приходится на два возрастных интервала: до 30 лет – от 28,8 до 37,6 % и 31—40 лет – от 24,3 до 37,9 %. Абоненты старше 60 лет встречаются в единичных случаях. Число суицидальных абонентов, обращающихся на ТД, стабильно и колеблется от 3,6 до 4,6 %, большинство из них женщины (среднее значение за 5 лет –

57,1 %). При работе с кризисными пациентами сотрудники ТД Иркутска устанавливают терапевтический контакт, исследуют суицидальный риск абонентов, заключают терапевтический договор об отказе от самоубийства, формулируют проблемы пациента и планируют действия для преодоления критической ситуации. Лица, имевшие суицидальные тенденции и в дальнейшем обратившиеся по совету сотрудников ТД Иркутска в кабинет социально-психологической помощи, кабинет суицидолога ПНД либо сделавшие вызов бригады скорой помощи, составляли немногочисленную группу – 8—10 %.

2. Кабинет социально-психологической помощи. Врач кабинета активно выявляет и проводит лечение лиц с суицидальным поведением и кризисными состояниями, обратившихся на прием, и обеспечивает, при необходимости, своевременную госпитализацию в кризисный стационар ИОПНД или психиатрический стационар согласно районированию. Из общего числа обратившихся в КСПП за 2011 г. 14 % пациентов были госпитализированы в кризисный стационар. Кроме того, врачом КСПП проводится активное динамическое наблюдение лиц, выписанных из стационара.

3. Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера. Врач суицидологического кабинета наблюдает две группы пациентов. Одну группу составляют больные, совершившие суицидальные попытки и не госпитализированные в психиатрический стационар. Индивидуальная тактика ведения суицидентов зависит от типа постсуицида, степени выраженности суицидального риска, психического статуса и конкретных микросоциальных условий. Другую группу составляют больные, не совершившие попыток самоубийства, но обнаруживающие суицидальные тенденции. При наличии показаний такие больные госпитализируются в психиатрический или кризисный стационар.

4. *Областная поликлиника, городские поликлиники, амбулаторное отделение факультетских клиник медицинского университета, амбулаторные подразделения негосударственных медицинских учреждений*. Лица, направляемые участковыми врачами поликлиник, врачами общей практики для дальнейшего наблюдения и лечения в кабинет социально-психологической помощи, кабинет суицидолога или в кризисный стационар, составляют единицы. Это может говорить о слабой выявляемости пациентов с кризисными состояниями, недостаточной настороженности на выявление депрессивных, тревожных и других суицидоопасных состояний врачами данных учреждений.

5. Городские станции скорой медицинской помощи. Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП Иркутска за 2005—2007 гг. В большинстве случаев требовалась токсикологическая помощь (36,5, 32,4 и 3,6 %). В психиатрическую больницу госпитализировано от 7,6 до 8,4 % пациентов. Для трети суицидентов достаточным оказалось оказание медицинской помощи по месту вызова бригад ГССМП. Эту группу, как правило, составляли демонстративные попытки.

Результаты вызовов бригад ГССМП при суицидальных попытках у мужчин и женщин были различными. Женщины в 2,1—2,9 раза чаще мужчин госпитализировались в токсикологический центр ($p<0,001$), а также в 1,3—3,0 раза чаще мужчин им оказывалась медицинская помощь на месте ($p<0,001$). Мужчинам, совершившим суицидальную попытку, в 1,3—2,1 раза чаще оказывалась помощь в травмпунктах ($p<0,001$), они в 1,5—4,5 раза чаще женщин госпитализировались в стационары соматического ($p<0,001$) и психиатрического ($p<0,001$) профиля. Таким образом, у мужчин чаще встречались серьезные суицидальные попытки, требующие госпитализации в хирургические, реанимационные, психиатрические отделения.

7.5.2. Госпитальный этап суицидологической помощи в Иркутске

Кризисный стационар был организован как структурное подразделение Иркутского областного ПНД. Он предназначен для проведения краткосрочной неотложной помощи людям, которые находятся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальный тенденций, или уже совершившим суицидальные попытки. Большинство поступивших пациентов направляется врачом КСПП (54—57 %) ($p>0,05$), несколько меньшее число – врачом суицидологического кабинета либо участковыми психиатрами ИОПНД (41—43 %), в единичных случаях – врачами общесоматических поликлиник (1—2 %).

Неотложную помощь суициденты Иркутска получают в соматических отделениях многопрофильных стационаров, в том числе в токсикологическом центре МСЧ Иркутского авиазавода. Именно в это учреждение поступает большинство лиц, совершивших суицидальную попытку. В связи с тем, что суициденты для врачей представляют интерес только в связи с коррекцией соматического

состояния, многие из пациентов (27—35 %) при улучшении соматического статуса выписываются в первые сутки лечения, не будучи осмотренными психиатрами или психотерапевтами. Лишь небольшая часть пациентов (7—9 %) после проведения соматического лечения добровольно или в порядке недобровольной госпитализации переводится для продолжения лечения в психиатрический стационар. Основная часть суицидентов после осмотра психиатром получает назначенное лечение в условиях соматического стационара с рекомендацией при выписке продолжить наблюдение и лечение в условиях кабинета социально-психологической помощи.

Многолетний анализ числа пациентов, поступивших в психиатрический стационар (Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1) в связи с наличием у них суицидоопасных состояний либо после совершения ими суицидальной попытки, показал, что 92—98 % пациентов доставляются машиной СМП и 2—8 % поступают по направлению ПНД, врача кабинета КСПП либо обращаются самостоятельно. Доля лиц, предпринявших суицидальные попытки, от общего числа пациентов, получающих стационарное лечение в психиатрическом стационаре, составляет 3—4,5 % ежегодно.

Б. Д. Цыганков, С. В. Ваулин (2012) путем анкетирования врачей-психиатров получили критерии, на которые они опирались при решении вопроса о госпитализации в психиатрический стационар суицидентов. В первую очередь врачи ориентировались на наличие стойкого характера суицидальных намерений. На втором месте был выбор критерия «психотический уровень расстройств», который считается прямым показанием для госпитализации, так как зачастую подразумевает непосредственную опасность больного для себя и окружающих. Третье место занимало отсутствие у пациента критического отношения к совершенной попытке самоубийства. Далее перечислялись такие критерии, как серьезность суицидальных намерений при совершении суицидальной попытки и повторно осуществленная суицидальная попытка.

Одним из факторов успешной деятельности городской суицидологической службы является разработка и внедрение профилактических и лечебно-реабилитационных программ для пациентов с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Программы ориентированы на конкретные клинические проявления больных, находящихся в кризисных состояниях, используют комплекс психологических, психотерапевтических и психиатриче-

ских воздействий на личность пациента и его окружение, при этом основным принципом программ является индивидуальный подход. Индивидуально выбранные программы лицам с суицидальным поведением и кризисными состояниями позволяют снижать суицидальную напряженность в обществе и уменьшать уровень завершенных суицидов.

Первая программа проводится медицинским психологом/психотерапевтом либо на Телефоне доверия, либо на амбулаторном приеме в кабинете социально-психологической помощи пациентам, не имеющим проявлений психических расстройств или психогенно обусловленные состояния без суицидальных проявлений. Она включает в себя беседы пациента со специалистами, психологическое тестирование, а при необходимости проведение индивидуальных или групповых психокоррекционных занятий. Основная цель программы – активное формирование личностных установок, мобилизация резервных возможностей психики, предупреждение негативного влияния конкретных факторов риска.

Вторая программа направлена на купирование психогенно обусловленных психических расстройств с наличием суицидальных мыслей и намерений и включает в себя следующие этапы: 1) психологическое и психиатрическое консультирование; 2) краткосрочное стационарное лечение в кризисном стационаре с проведением психотерапевтических методик, психологической коррекции, назначением психофармакотерапии; 3) амбулаторное наблюдение после выписки из стационара в кабинете социально-психологической помощи с последующим продолжением проведения терапии психотропными препаратами, при необходимости проведением семейной психотерапии. Цель программы – поэтапное купирование психических расстройств, сопровождающихся суицидальными проявлениями.

Третья программа антикризисных мероприятий предназначена для пациентов, совершивших суицидальную попытку, и включает в себя: 1) психологическое, психотерапевтическое либо психиатрическое консультирование (по возможности, но далеко не всегда); 2) обязательное стационарное лечение в кризисном или психиатрическом стационаре с проведением адекватного психофармакологического и психотерапевтического лечения; 3) обязательное амбулаторное лечение и наблюдение после выписки из стационара. Целью программы является предупреждение совершения повторного суицида путем достижения стабильного со-

стояния психики и выработки устойчивости к различного рода психогениям.

Свое нынешнее оформление суицидологическая служба Иркутской области получила с момента выхода приказа Министерства здравоохранения Иркутской области № 355-мпр от 28.12.2010 г. «Об организации социально-психологической и медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Иркутской области», в котором были утверждены ряд регламентирующих документов: 1) примерное положение о кабинете суицидолога ПНД; 2) примерное положение о круглосуточном отделении кризисных состояний (кризисных койках отделений пограничных состояний); 3) форма сообщения при выявлении лиц с кризисными состояниями, поступивших в учреждения здравоохранения; 4) схема организации кризисно-суицидологической помощи в Иркутской области.

Согласно распоряжению Министерства здравоохранения Иркутской области № 81-мр от 01.02.2011 г. «Об организации социально-психологической и медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Иркутской области» были организованы кабинеты социально-психологической помощи в городах Иркутске, Братске, Усть-Илимске, продолжил свою работу организованный ранее аналогичный кабинет в Ангарске; отделения Телефон доверия в городах Братске, Усть-Илимске, Тулуне, скоординирована работа ранее организованных ТД Иркутска и Ангарска; кризисный стационар в Иркутске (ИОПНД), а также кризисные койки в психиатрических стационарах городов Ангарска, Братска, Усть-Илимска. Организован ежемесячный мониторинг пациентов Иркутской области, совершивших суицидальные попытки и поступивших в учреждения здравоохранения, налажена тесная связь между всеми структурными и функциональными звеньями суицидологической службы области. Организационно-методическая работа возложена на Министерство здравоохранения Иркутской области, а также на главного внештатного психиатра Министерства здравоохранения Иркутской области.

Таким образом, кризисно-суицидологическая помощь в Иркутской области организована в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (рис. 32).

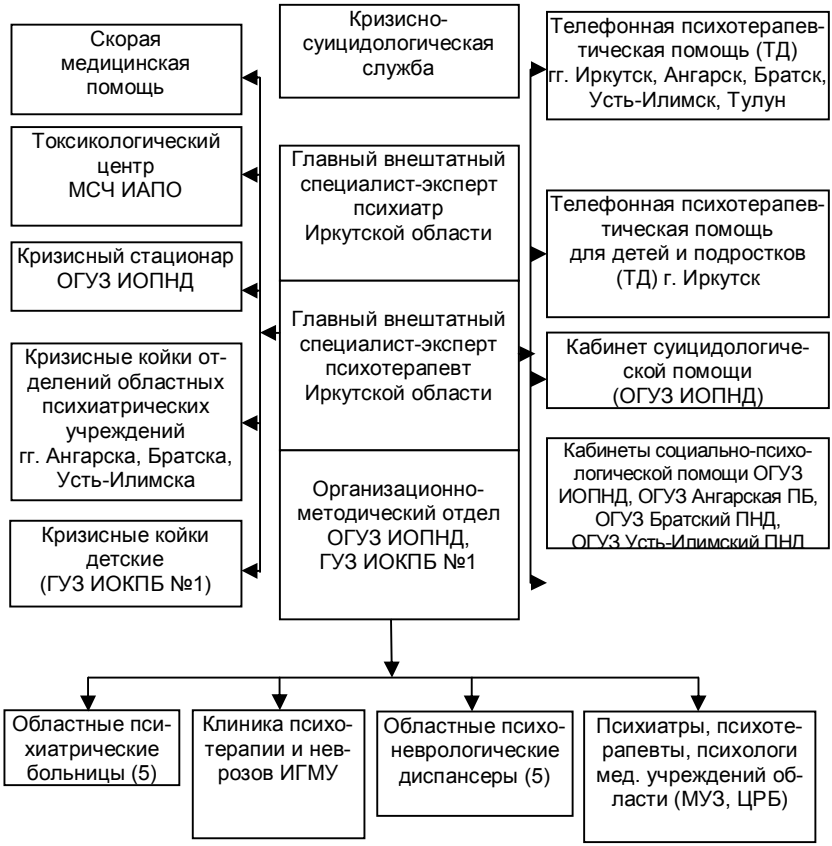

Рис. 32. Схема организации кризисно-суицидологической помощи Иркутской области

В дальнейшем в аспекте развития суицидологической службы в Иркутской области необходимо уделять внимание следующим вопросам: 1) в первую очередь разработать программу мер по предупреждению самоубийств; 2) широко привлекать общественность к проблемам суицидального поведения населения области; 3) широко привлекать внимание специалистов к разработке и внедрению превентивных мер по предупреждению самоубийств на межведомственном уровне. Деятельность такой специализированной суицидологической службы позволит не только успешно купировать кризисные состояния, но и позитивно влиять на уровень суицидальной активности населения Иркутской области.

Заключение

> Среди влияний, укорачивающих жизнь, преимущественное место занимают страх, печаль, уныние, тоска, малодушие, зависть, ненависть.
>
> *Христоф Гуфеланд*

Проведенное изучение эпидемиологических, социально-демографических, клинических и этнокультуральных особенностей суицидального поведения взрослого и детского населения Иркутской области дало следующие результаты. Установлен сверхвысокий уровень распространенности завершенных суицидов среди жителей Иркутской области. Показатели распространенности завершенных суицидов в Иркутской области превышают таковые как в СФО, так и по РФ. Интенсивные показатели частоты суицидов среди мужчин превышали аналогичные показатели среди женщин в 4,2—5,8 раза ($p<0,001$). В 2010 г. группами риска по совершению завершенных самоубийств в населении области являются группы 20—29 лет и 30—39 лет. У мужчин группами риска так же, как и среди всего населения области, были лица в возрасте 20—29 и 30—39 лет. У женщин максимальные значения завершенных суицидов отмечались в возрастном интервале 20—29 и 70 лет и старше.

Динамика завершенных самоубийств в Иркутской области за 20-летний период остается неблагоприятной (темп прироста с 1991 к 2010 г. – 15,5 %), несмотря на наметившееся улучшение ситуации (снижение уровня суицидов в 1,5 раза за последние 8 лет анализируемого периода). Данную картину определяет динамика завершенных самоубийств у мужчин, где темп прироста за 20 лет составил 18,9 %, а среди женских суицидов тенденции роста нет.

В 2010 г. интенсивные показатели завершенных суицидов среди сельского населения Иркутской области были в 2 раза выше, чем среди городского (мужчины – 1,9:1, женщины – 2:1). У городских жителей максимальные показатели уровни суицидов наблюдаются в старших возрастных группах – 70 лет и старше (у мужчин еще и в возрастных интервалах 30—39 и 20—29 лет). У сельских жителей, как среди мужчин, так и среди женщин, пик суицидов приходится на возраст 20—29 лет и 30—39 лет, т. е. на селе наблюдается «омоложение» суицидов. Сельские суициденты более часто прибегали к наиболее брутальным методам самоубийств (в 82,2 % случаев – повешение).

Сравнительный анализ динамики завершенных суицидов среди городских и сельских жителей области показал, что на протяжении 20 лет интенсивные показатели завершенных суицидов среди сельского населения превышали таковые у городских жителей. 20-летняя динамика городских и сельских суицидов отличалась: показатели городских самоубийств уменьшились в 1,2 раза (темп прироста составил -5,2 %), а сельские суициды увеличились в 1,7 раза (темп прироста составил 69,5 %). Динамика сельских суицидов как среди мужчин, так и среди женщин имеет крайне негативную тенденцию: темп прироста мужских суицидов составил 66 %, а женских – 112 %.

Выявлена высокая распространенность завершенных суицидов среди жителей Иркутска, хотя их интенсивные показатели уступают таковым среди жителей области. Это объясняется тем, что уровень показателей по области определяется не только городскими, но и сельскими суицидами, уровень которых значительно выше.

Наибольшие интенсивные показатели отмечались, так же как и среди всего населения области, в возрастных группах 20—29 лет и 30—39 лет. К группам риска среди мужчин Иркутска относились лица 20—29 лет и 30—39 лет. Однако второй пик суицидов в возрасте 70 лет и старше, который присутствует у мужчин Иркутской области, у мужчин Иркутска отсутствует. Группами риска среди женщин Иркутска были старшие возрастные группы (70 лет и старше), что соответствовало средним областным показателям.

Во всех возрастных группах Иркутска (начиная с 15-летнего возраста) показатели завершенных суицидов у мужчин превышали таковые у женщин в 2,1— 27,3 раза. В возрастном интервале 10—14 лет среди жителей Иркутска отсутствовали как мужские, так и женские суициды. Среди женщин отсутствовали и суицидентки 15—19 лет, что свидетельствует о более благоприятных показателях уровня детских и подростковых суицидов в Иркутске по сравнению с областью.

Изучение 20-летней динамики завершенных суицидов Иркутска показало, что наибольшие показатели наблюдались в 1995 г., а затем началось их медленное снижение. Это особенно заметно стало с 2003 г., когда за последние 8 лет анализируемого периода уровень суицидов снизился в 2 раза. Динамика суицидов Иркутска отражает положительные тенденции в снижении данного показателя (темп прироста составил -42,6 %): среди мужского населения темп прироста – -41,9 %, среди женщин – -46,3 %.

Изучение социально-демографических характеристик лиц, совершивших завершенные суициды, выявило следующее: большинство суицидентов имели среднее и незаконченное среднее образование, социальный статус безработных и пенсионеров, не состояли в браке. Более половины завершенных суицидов были совершены в состоянии алкогольного опьянения. Преобладающим способом завершенных суицидов было самоповешение, ему отдавали предпочтение суициденты обоих полов. Наибольшее число лиц, совершивших законченные суициды, совершали самоубийства дома (71,7 %). Максимум завершенных суицидов наблюдался в весенне-летний период.

Интенционные характеристики завершенных суицидов были следующие: основной сферой суицидогенных конфликтов оказалась личностно-семейная (60,5 %), наиболее часто выявляемыми категориями личностного смысла были протест (34,9 %) и призыв (31,25 %). Продолжительность пресуицидального периода наиболее часто варьировала от нескольких часов до суток (39,1 %).

Лица с психическими расстройствами, совершившие завершенные суициды, характеризовались преобладанием депрессивного и бредового синдромов, расстройств шизофренического спектра и органических психических расстройств, высокой распространенностью соматических заболеваний в целом, и сердечно-сосудистых заболеваний в частности.

Небольшая представленность среди лиц, совершивших законченные суициды, случаев алкоголизма и наркоманий на фоне высокого уровня смертности от суицидов в состоянии алкогольного опьянения можно объяснить недостаточным уровнем выявления этой патологии среди населения. Небольшой удельный вес аффективных расстройств также, вероятно, объясняется низким уровнем диагностики данной патологии.

Результаты исследования распространенности суицидальных попыток позволили выявить их высокий уровень среди жителей Иркутска в 2005—2007 гг. (197,2—210,0 на 100 тысяч населения), у женщин этот показатель равнялся 199,0—218,3 на 100 тысяч, а у мужчин – 195,0—217,2 на 100 тысяч населения. Соотношение завершенных суицидов к суицидальным попыткам составило от 1:5,9 до 1:7,5.

Группами риска, в которых установлены максимальные показатели парасуицидов, являлись группы 15—19 лет (408,2—521,1 на 100 тысяч населения) и 20—29 лет (358,2—380,3 на 100 тысяч населения). У мужчин наиболее высокие показатели стабильно

наблюдались в возрастной группе 20—29 лет, у женщин – максимальные интенсивные показатели распространенности суицидальных попыток отмечались в 15—19 лет.

Мужские суицидальные попытки превалировали в возрасте 20—29 лет, 30—39 лет и 60—69 лет, а женские – в возрастных интервалах 10—14 лет, 15—19 лет, 40—49 лет, 50—59 лет. Уровень суицидальных попыток в возрасте 70 лет и старше в зависимости от пола существенно не различался.

Структура способов покушений на самоубийство жителей Иркутска традиционна для отечественных суицидентов: в большинстве случаев это были отравления, самопорезы и повешение. У мужчин в течение 3 лет доминировали самопорезы, реже встречались отравление и повешение. Женщины наиболее часто в качестве способа суицида выбирали отравление, реже – наносили самопорезы и пытались повеситься. Мужчины чаще совершали более серьезные суицидальные попытки, требующие госпитализации в специализированные стационары.

Группами риска совершения суицидальных попыток по социальному положению были безработные, у мужчин также отмечается увеличение доли рабочих и служащих за анализируемый период, а у женщин – студенток. Факторами риска являлись статус холостяка, развод и вдовство.

Более трети лиц, совершивших парасуициды, находились в состоянии алкогольного опьянения, чаще – мужчины.

Анализ суицидогенеза пациентов, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, показал, что в большинстве случаев (3/4) формированию суицидального поведения предшествовали отчетливый досуицидальный период и наличие антивитальных переживаний. Подавляющее количество суицидентов сообщали о наличии желания совершить суицидальную попытку (97,4 %). Неотступное желание умереть высказывали лишь 14,9 %, у остальных суицидальные мысли носили мимолетный характер либо существовали более продолжительный период.

Среди суицидентов, поступивших в психиатрический стационар, из суицидальных реакций наиболее часто встречалась реакция негативных интерперсональных отношений.

Наиболее распространенными мотивами суицидального поведения у суицидентов являлись призыв и протест, т. е. чаще всего истинной причиной было желание изменить ситуацию или отношение к ней, а не лишать себя жизни.

Ведущей сферой суицидального конфликта среди суицидентов, поступивших в психиатрический стационар, оказалась личностно-семейная. Наиболее часто у парасуицидентов выявлялись психопатоподобные состояния, реже – депрессивные, психотические и невротические синдромы.

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у суицидентов показал преобладание органических психических расстройств различного генеза, а также шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств. В когорте мужчин наиболее часто встречались больные с органическим поражением головного мозга и шизофренией, у женщин – аффективные расстройства и шизофрения.

Анализ способов суицидальных попыток психически больных выявил преобладание нанесения суицидентами телесных повреждений в виде колото-резаных ран, реже встретились отравление и повешение.

Три четверти суицидентов впервые попали в поле зрения психиатров (74,7 %). Проходили лечебно-консультативное лечение 3,2 % и 22,0 % находились под диспансерным наблюдением.

По результатам комплексного клинико-психопатологического и социально-демографического исследования лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, прогностически значимыми факторами риска рецидивирования суицидального поведения у суицидентов с психическими расстройствами явились: возраст совершения первой суицидальной попытки до 30 лет, наличие расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве, злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе, наличие тяжелой соматической патологии.

Изучение особенностей суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа выявило следующие особенности. Установлен сверхвысокий уровень распространенности завершенных суицидов в УОБО. Наиболее уязвимой возрастной группой как у мужчин, так и у женщин, совершивших самоубийства в 2005—2009 гг., являлась молодежь 20—29 лет.

Выявлено снижение количества суицидов за 6 лет в большинстве возрастных групп трудоспособного возраста у мужчин (20—59 лет) в 1,3—2,1 раза, у женщин такая картина наблюдается в возрастных интервалах 15—29 и 40—49 лет. Однако в возрастных интервалах 30—39 и 50—59 лет у женщин наблюдается увеличение показателей суицидов за анализируемый период в 2,1—

3,2 раза. Наблюдается отрицательная динамика самоубийств в старших возрастных группах мужчин (с 60 лет и старше) в 1,9—2 раза, наряду со стабильными показателями суицидов в данной возрастной категории у женщин.

Распространенность суицидов за 2002—2007 гг. у лиц бурятской национальности превышала аналогичные показатели у славян в 1,2—1,4 раза. За анализируемый период частота суицидов у бурят уменьшилась в 1,7 раза ($p<0,001$), у славян – в 1,4 раза ($p<0,05$), Максимальные показатели распространенности завершенных суицидов как среди лиц бурятской, так и славянской субпопуляции наблюдались в возрастном интервале 20—29 лет.

Соотношение завершенных суицидов и суицидальных попыток составило от 1:1,7 до 1:2,1, что свидетельствует о высокой частоте попыток, доведенных до конца. Соотношение числа суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами, также отличалось от общепринятого и составляло 1,2:1—1,5:1. Наиболее уязвимой возрастной группой пациентов, предпринявших суицидальные попытки, являлась молодежь 20—29 лет, как у мужчин, так и у женщин УОБО. Самый высокий показатель суицидальных попыток отмечается у мужчин 20—29 лет (477,1— 516,0 на 100 тысяч населения).

Наибольший уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей. Распространенность суицидальных попыток в славянской субпопуляции в 1,4 раза превышает аналогичный показатель у бурят ($p<0,01$).

Большинство суицидентов, как совершивших законченные суициды, так и суицидальные попытки, в обеих этнических группах имели среднее и среднеспециальное образование ($p<0,001$). Статистически достоверно среди бурят с завершенными суицидами чаще встречались лица со средним образованием ($p<0,05$), а среди славян – с начальным ($p<0,05$). Доля славян, совершивших законченные суициды, имевших начальное образование, в 3 раза превышала аналогичную долю славян, предпринявших суицидальные попытки ($p<0,01$). Подавляющее большинство суицидентов УОБО обеих этнических субпопуляций являлись лицами трудоспособного возраста, но лишь 26,9 % лиц, совершивших законченные суициды, и 28,4 % лиц, предпринявших суицидальные попытки, были адаптированы в трудовом отношении.

Подавляющее число лиц, совершивших суицид (55,7 %) и покушение на самоубийство (61,8 %), в обеих этнических группах были одиноки.

Большинство суицидентов с завершенными суицидами обеих этнических групп независимо от пола использовали такой высоколетальный способ суицидальных действий, как повешение (буряты – 97,9 %, славяне – 94,5 %), а наиболее частым способом суицидальных попыток было отравление медикаментами либо уксусной эссенцией (буряты – 50,7 %, славяне – 53,9 %).

Чаще всего, как при завершенных суицидах, так и при попытках, независимо от национальности, суициды совершались в местах, скрытых от посторонних лиц. Максимальное число суицидов в обеих субпопуляциях приходилось на летнее время года ($p<0,001$), а у бурят – еще и весной ($p<0,05$); минимальное количество наблюдалось зимой. Максимум попыток суицидов у лиц славянских национальностей приходился на весну, минимум – на лето ($p<0,01$), а у бурят наблюдалось незначительное преобладание летом и неубедительное снижение зимой. Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток у лиц бурятской и славянских национальностей показало превалирование их у бурят летом ($p<0,05$), а у славян – весной ($p>0,1$). Анализ суицидальной активности в группах совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки показал, что сезонные пики не совпадают как среди славян, так и среди бурят, что может свидетельствовать о существенных различиях в механизмах возникновения разных форм суицидального поведения.

Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам. Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп, совершивших завершенные суициды и попытки самоубийства, принадлежало к личностно-семейной сфере ($p<0,001$). У лиц бурятской национальности с завершенными суицидами чаще встречалась категория отказа от жизни ($p<0,05$), а у лиц с суицидальными попытками – отказ от жизни и избегание наказания ($p<0,05$), т. е. у бурят чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций, что можно объяснить национальными чертами, присущими народам монгольской и тунгусо-маньчжурской групп. Продолжительность пресуицидального периода не отличалась в сравниваемых группах; чаще всего пресуицид продолжался от нескольких часов до нескольких суток.

Показатели законченных суицидов детей и подростков Иркутской области стабильно высокие и превышают мировые (дети – 0,4—1,5 случая на 100 тысяч населения, подростки – 7,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста) и российские показатели (частота суицидов несовершеннолетних в РФ составила в 2010 г. 3,9 случая на 100 тысяч населения). Законченные суициды детей и подростков Иркутской области за 1991—2009 гг. увеличились у детей в 1,4 раза ($p>0,5$), у подростков – в 1,7 раза ($p<0,05$). Число мальчиков, совершивших суициды, превышало аналогичные показатели девочек за анализируемый период в 1,2—12,6 раза; число юношей, совершивших самоубийство, превышало показатели девушек в 3,1—5,9 раза. Число законченных суицидов мальчиков за 19 лет увеличилось в 1,3 раза ($p>0,5$), юношей – в 1,7 раза ($p<0,01$). Показатели законченных суицидов девочек за анализируемый период при достаточно сильных колебаниях (от 0,8 до 7,2 на 100 тысяч населения) к 2009 г. сравнялись с показателями 1991 г.; у девушек число самоубийств выросло в 1,8 раза ($p<0,001$). Сельские суициды превышали городские среди детей – в 1,3—5 раз, среди подростков – в 1,1—3,4 раза. Показатели самоубийств сельских детей за 19 лет при сильных колебаниях (от отсутствия суицидов до 22,0 на 100 тысяч населения) к 2009 г. сравнялись с показателями 1991 г.; суициды сельских подростков за 1991—2009 гг. увеличились в 3,7 раза ($p<0,001$). Показатели самоубийств городских детей за 19 лет увеличились в 1,3 раза, городских подростков – в 1,2 раза ($p=0,44$).

Анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших завершенные суициды, показал следующее. На первом месте у суицидентов находились лица, нигде не работающие и не учащиеся – 41,6 %, реже суициденты являлись учащимися школ либо работали ($p<0,001$). Большинство детей и подростков на момент совершения ими самоубийства жили дома с родителями (82,5 %) ($p<0,001$). Деструктивные формы семейного взаимодействия встретились у половины суицидентов. Психопатологическая отягощенность наследственности обнаружена у четверти детей и подростков, совершивших завершенные суициды (27,1 %). В структуре психической патологии, имевшей место у ближайших родственников покончивших с собой детей и подростков наиболее часто встречалась алкогольная зависимость (74,4 %) ($p<0,001$). Воспитание в родительских семьях суицидентов в 89,2 % случаев являлось патологическим, наиболее часто встречались авторитарный тип (51,2 %) и гипоопека (23,5 %) ($p<0,001$). Различные проявления девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий) наблюдались у 31,9 % пациентов. В структуре

психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида детей и подростков, чаще всего встретились умственная отсталость и злоупотребление психоактивными веществами (по 30,4 %) ($p<0,001$). Ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 50,6 %, призыва – в 37,3 % случаев. Подавляющее число суицидентов предпочли повешение (89,2 %) ($p<0,001$). Изучение сезонного распределения частоты самоубийств показало, что большинство суицидов дети и подростки предпринимали летом (32,6 %) и весной (30,7 %).

Анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, показал следующее. Подавляющее число в детско-подростковой выборке Иркутска лиц, совершивших суицидальные попытки, составляли подростки 15—19 лет ($p<0,001$). Наблюдалось преобладание среди парасуицидентов лиц женского пола в соотношении 1:3,7 – среди детей и 1:2,1 – среди подростков. Большинство лиц, совершивших суицидальные попытки, были дезадаптированы в учебной и профессиональной сферах. Две трети суицидентов прибегли к такому способу покушения на самоубийство, как отравление медикаментозными препаратами, 1/3 суицидентов – к самопорезам. Девочки и девушки в 72—78 % случаев из всех способов суицидов выбирали отравление медикаментами ($p<0,001$), мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам (51,4—61,5 %) ($p<0,001$). Наиболее суицидогенными для детей и подростков являлись конфликты в семье ($p<0,001$). Продолжительность психотравмирующих ситуаций более чем в половине случаев составляла от нескольких дней до 1 месяца ($p<0,001$). Треть лиц, совершивших суицидальную попытку, находились в алкогольном опьянении. Сезонное распределение частоты покушений на самоубийство показало, что наибольшее число парасуицидов было предпринято весной, осенью и зимой, наименьшее – летом. Большинство суицидентов совершали суицидальные попытки во второй половине дня и вечернее время ($p<0,001$).

Анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, показал следующее. Подавляющее число лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, составили подростки 15—19 лет (74,2 %). Наблюдается равная представленность лиц мужского и женского полов как среди детей, так и среди подростков, совершивших суицидальные действия и госпитализированных в психиатрический стационар (1:1,2). Большинство парасуицидентов не имели гармоничных внутрисемейных взаимоотношений, лишь у четверти из них были полные семьи. У половины суицидентов наблюдались те или иные формы отклоняющегося поведения, в том числе злоупотребление психоактивными веществами. У всех детей и подростков, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрический стационар, были диагностированы те или иные формы психических расстройств. Значительную долю в структуре психической патологии суицидентов составили эмоциональные расстройства и расстройства поведения. Большинство суицидентов (2/3) ранее не попадали в поле зрения психиатров. Наиболее суицидогенными являлись семейные конфликты, конфликты со сверстниками и любовные конфликты. Ведущими мотивами суицидального поведения детей и подростков, предпринявших суицидальные действия, являлись протест и призыв. Наиболее частыми способами суицидальных попыток детей и подростков являлись нанесение колото-резаных ран (1/3) и отравление лекарственными препаратами (1/3). Девочки и девушки из всех способов суицидальных попыток чаще выбирали отравление медикаментами, мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам. Сезонное распределение покушений на самоубийство показало, что наибольшее их число было предпринято зимой, а наименьшее – летом.

Разработаны и внедрены профилактические и лечебно-реабилитационные программы для пациентов с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Программы ориентированы на конкретные клинические проявления больных, находящихся в кризисных состояниях, используют комплекс психологических, психотерапевтических и психиатрических воздействий на личность пациента и его окружение. Основной принцип программ – индивидуальный подход. Индивидуально выбранные программы лицам с суицидальным поведением и кризисными состояниями позволяют снижать суицидальную напряженность в обществе и уменьшать уровень завершенных суицидов.

Первая программа проводится медицинским психологом/психотерапевтом либо на Телефоне доверия, либо на амбулаторном приеме в кабинете социально-психологической помощи пациентам, не имеющим проявлений психических расстройств или с психогенно обусловленными состояниями, но без суицидальных

проявлений. Основная цель программы – формирование личностных установок, мобилизация резервных возможностей психики, предупреждение негативного влияния конкретных факторов риска.

Вторая программа направлена на купирование психогенно обусловленных психических расстройств с наличием суицидальных мыслей и намерений. Цель программы – поэтапное купирование психических расстройств, сопровождающихся суицидальными проявлениями.

Третья программа антикризисных мероприятий предназначена для пациентов, совершивших суицидальную попытку. Целью программы является предупреждение совершения повторного суицида путем достижения стабильного состояния психики и выработки устойчивости к различного рода психогениям.

По результатам проведенного исследования сделаны выводы.

1. Распространенность суицидального поведения среди населения Иркутской области характеризуется рядом особенностей.

1.1. Отмечается сверхвысокий уровень суицидальной активности населения, в основном за счет взрослого мужского населения. Интенсивный показатель завершенных суицидов составил 43,1 на 100 тысяч населения (с преобладанием среди способов самоубийств повешения, $p<0,001$), суицидальных попыток – 205,7 на 100 тысяч населения (с превалированием среди способов совершения суицидальных попыток отравления, $p<0,001$).

1.2. Установлен сверхвысокий уровень суицидальной активности населения Усть-Ордынского Бурятского округа преимущественно за счет взрослого мужского населения. Интенсивный показатель завершенных суицидов составил 86,3 на 100 тысяч населения (с преобладанием случаев повешения, $p<0,001$), суицидальных попыток – 139,0—159,3 на 100 тысяч населения (с превалированием случаев отравления, $p<0,001$). Соотношение числа суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами УОБО, отличалось от общероссийского показателя (1:4–1:5) и составляло 1,2:1–1,5:1.

1.3. Интенсивные показатели завершенных суицидов среди детей и подростков составили 5,2 и 43,6 на 100 тысяч населения, суицидальных попыток – 68,0 и 473,2 на 100 тысяч населения. При этом за 1991—2009 гг. наблюдается увеличение показателя завершенных суицидов детей в 1,4 раза ($p>0,05$), подростков – в 1,7 раза ($p<0,05$). В качестве методов завершенного суицида и суицидальной попытки чаще выбирались повешение и отравление ($p<0,001$).

2. Жители Иркутской области с суицидальным поведением имели особенности социально-демографического профиля.

2.1. Случаи завершенного суицида в 2 раза чаще встречались среди сельского населения по сравнению с проживающими в городе (68,8±5,0 и 34,6±1,3 на 100 тысяч населения, $p<0,001$). При этом наибольшая частота завершенных суицидов городских жителей отмечалась в возрасте 20—39 лет, а также 70 лет и старше ($p<0,05$), в то время как среди сельских жителей – в возрасте 20—39 лет ($p<0,05$). При завершенных суицидах преобладали лица со средним (32,4 %) и незаконченным средним (28,1 %) образованием ($p>0,05$), безработные (31,1 %) ($p>0,05$), не состоящие в браке (66,1 %) ($p<0,001$).

2.2. Наибольшая частота суицидальных попыток наблюдается у мужчин в возрасте 20—29 лет ($p<0,01$), у женщин в возрасте 15—19 лет ($p<0,001$). Для лиц, совершивших суицидальные попытки, характерны среднее специальное (36,3 %) и неполное среднее (30,9 %) образование, социальный статус безработных (48,4 %), в брачном статусе: отсутствие (44,7 %) или наличие (32,0 %) брака ($p<0,05$).

2.3. Наибольшая частота завершенных суицидов и суицидальных попыток в контингенте населения Усть-Ордынского Бурятского округа приходится на возраст 20—29 лет ($p<0,001$). При этом среди лиц с суицидальным поведением преобладали лица со средним и средним специальным образованием (65,5 %, $p<0,001$), безработные (53,8 %, $p<0,01$) и одинокие (55,7 %, $p<0,01$).

2.4. Дети и подростки, совершившие завершенные суициды и суицидальные попытки, имели следующие социальные характеристики: статус нигде не обучающихся и не работающих (41,6 и 38,3 %) ($p<0,05$), живущих дома с родителями (82,5 и 80,4 %) ($p<0,001$), наличие деструктивных форм семейного взаимодействия (51,8 и 65,2 %), патологические типы семейного воспитания (89,2 и 93,5 %) ($p<0,001$).

3. Лица с психическими расстройствами, совершившие завершенные суициды и суицидальные попытки, имели следующие клинические особенности.

3.1. Суицидальное поведение лиц, совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки, характеризовалось следующими интенционными особенностями: в подавляющем большинстве случаев суицидогенный конфликт был обусловлен реальными событиями ($p<0,001$), чаще психогенная ситуация разворачивалась в личностно-семейной сфере (60,5 и 65,0 %)

(p<0,01), наиболее частыми категориями личностного смысла были протест и призыв (34,9 и 31,2 %; 29,8 и 34,6 %), длительность пресуицидального периода составляла от нескольких часов до суток.

3.2. Лица, совершившие завершенные суициды, жители Иркутской области, характеризовались преобладанием расстройств шизофренического спектра (41,0 %) и органических психических расстройств (26,2 %) (p<0,01), превалированием депрессивного (42,6 %) и бредового (34,4 %) (p<0,01) синдромов, высокой представленностью соматических заболеваний (50,8 %) (чаще сердечно-сосудистых) (p<0,001). К моменту совершения суицида более половины из них находилось в состоянии алкогольного опьянения (51,2 % – среди проживающих в городе, 62,4 % – среди жителей сельской местности).

3.3. В случае суицидальных попыток у лиц, проживающих в Иркутске, преобладали (p>0,05) органические психические расстройства и расстройства шизофренического спектра (по 22,2 %), а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (18,2 %). В качестве ведущего психопатологического синдрома чаще выступали психопатоподобный (43,6 %, p<0,001) и депрессивный (28,9 %, p<0,001) синдромы. Более трети суицидальных попыток было совершено в состоянии алкогольного опьянения.

3.4. В структуре психической патологии детей и подростков, совершивших завершенные суициды, чаще всего встречались умственная отсталость и злоупотребление психоактивными веществами (по 30,4 %) (p<0,001). У детей и подростков, предпринявших суицидальные попытки, наиболее часто наблюдались ситуационные реакции на личностно значимые психогении (67,4 %) (p<0,001). Среди детей и подростков, совершивших завершенные суициды и суицидальные попытки, различные проявления девиантного поведения в анамнезе отмечались в 31,9 и 28,3 % случаев. Алкогольное опьянение при завершенном суициде выявлено в 27,1 % случаев, а при суицидальной попытке – в 30,4 %.

4. Клинико-эпидемиологический анализ выявил следующие этнокультуральные особенности суицидального поведения славянского и бурятского населения Усть-Ордынского Бурятского округа, проживающего в аналогичных климатогеографических и социально-экономических условиях.

4.1. Частота завершенных суицидов в популяции лиц бурятской национальности (141,7—84,3 на 100 тысяч населения) в 1,2—1,4 раза превышала соответствующие показатели у славян (101,8–73,3 на 100 тысяч населения) (p=0,01). При этом частота суицидов у мужчин-бурят (184,3 на 100 тысяч) в 1,3 раза превышала аналогичный показатель у мужчин-славян (144,5 на 100 тысяч) (p<0,05). В то же время отсутствовали статистически значимые различия у бурятских и славянских женщин (29,0 и 29,4 на 100 тысяч населения, p>0,05). В состоянии алкогольного опьянения совершено 63,9 % суицидов (p<0,001).

4.2. Наибольший уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей, в 1,4 раза превышающий аналогичный показатель у бурят (180,5 и 124,6 на 100 тысяч населения, p<0,01). Самый высокий уровень распространенности суицидальных попыток зарегистрирован среди славянских мужчин (204,1 на 100 тысяч населения), что в 1,3 раза больше, чем среди мужчин-бурят УОБО (154,7 на 100 тысяч) (p=0,01). Частота суицидальных попыток среди женщин-славянок УОБО (159,2 на 100 тысяч) также превышала аналогичные показатели бурятских женщин (96,7 на 100 тысяч) (p<0,001).

4.3. Сравнение нозологической структуры психических расстройств у лиц славянских и бурятской национальностей, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар, выявило у славян преобладание более чем в 3 раза реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации (32,4 и 10,8 %, p<0,01). В то время как у бурят превалировали психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (12,3 и 2,0 %, p<0,05).

4.4. У славян, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в психиатрический стационар, наблюдалась примерно одинаковая частота психопатоподобного (41,2 %) и депрессивного (39,2 %) синдромов. У лиц бурятской национальности превалировал депрессивный синдром (46,2 %), реже встречался психопатоподобный синдром – 33,8 % (p>0,05).

4.5. У лиц бурятской национальности чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций суицидального поведения: при завершенных суицидах – категория отказа от жизни (20,5 и 8,2 %, p<0,05), при суицидальных попытках – отказ от жизни (9,0 и 4,4 %, p>0,05) и избегание наказания (20,2 и 10,1 %, p<0,05).

4.6. Этнокультуральными особенностями, способствующими высокой суицидальной активности бурят, проживающих в Усть-Ордынском Бурятском округе, являются особенности религиозной морали (шаманизм, буддизм), предполагающие достаточно терпимое отношение к самостоятельному уходу из жизни; разрушение традиционной ценностной системы, нравственных представлений и норм, потеря религиозно-культурных корней; низкое качество жизни в сочетании с маргинализацией и алкоголизацией населения.

5. Прогностически значимыми факторами риска рецидивирования суицидального поведения у больных психическими расстройствами являются: деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве ($p<0,05$), наличие расстройств личности и поведения в зрелом возрасте ($p<0,05$), злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе ($p<0,01$), совершение первой суицидальной попытки в возрасте до 30 лет ($p<0,001$), наличие тяжелой соматической патологии ($p<0,001$). Статистически значимые различия у пациентов с первичными и повторными суицидальными попытками выявлялись по следующим факторам: частота госпитализаций в психиатрический стационар ($p<0,001$), отклоняющееся поведение в анамнезе ($p<0,01$), тип аффекта после реализации суицидальной попытки «холодное спокойствие» ($p<0,05$).

6. Разработанная и внедренная организационная модель региональной суицидологической службы (Телефон Доверия, кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар) с использованием клинически дифференцированных профилактических и лечебно-реабилитационных программ (комбинированная психофармакотерапия, психотерапевтическая помощь, социальная и психологическая поддержка) обеспечивает снижение суицидальной активности населения.

Для повышения эффективности профилактики суицидального поведения среди населения Иркутской области предложены следующие практические рекомендации.

1. Систематически проводить обучение врачей-интернистов по вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики депрессий и других суицидоопасных состояний.

2. Регулярно повышать квалификацию врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов амбулаторных и стационарных звеньев службы по вопросам суицидологии (тематические циклы усовершенствования по основам суицидологии, семинары

по вопросам оказания эффективной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением с учетом этнокультурального фактора).

3. Врачам-психиатрам рекомендуется в своей работе учитывать прогностически значимые факторы рецидивирования суицидального поведения у больных психическими расстройствами: возраст совершения первой суицидальной попытки до 30 лет, наличие расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве, злоупотребление ПАВ в анамнезе, наличие тяжелой соматической патологии.

4. Детским и подростковым врачам психиатрам и интернистам рекомендуется учитывать повышенный риск суицидального поведения у детей и подростков, нигде не обучающихся и не работающих, имеющих деструктивные формы семейного взаимодействия, патологические типы семейного воспитания, различные проявления девиантного поведения, злоупотребление ПАВ.

5. Эффективное лечение психических расстройств, связанных с высоким риском суицидального поведения, обеспечивается применением комплексной терапии (психофармако- и психотерапия), учитывая этнокультуральные особенности населения, проживающего в соответствующем регионе, с соблюдением преемственности в работе отдельных звеньев суицидологической службы.

6. Органам здравоохранения Иркутской области рекомендуется использовать накопленный опыт при организации суицидологической службы в других городах Иркутской области, а также совершенствовать систему мониторинга завершенных суицидов и суицидальных попыток для усиления контроля за суицидологической ситуацией в области и своевременного принятия мер по ее коррекции.

Список использованной литературы

1. *Амбрумова А. Г.* Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Акт. проблемы суицидологии: тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 44—59.
2. *Амбрумова А. Г.* Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР // Науч. и орг. проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 7—20.
3. *Амбрумова А. Г.* Комплексное исследование в суицидологии : сб. науч. тр. – М., 1986. – С. 7—25.
4. *Амбрумова А. Г.* Возрастные аспекты суицидального поведения // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии : сб. науч. тр. – М., 1989. – С. 8—24.
5. *Амбрумова А. Г.* Психология самоубийства // Мед. помощь. – 1994. – № 3. – С. 15—19.
6. *Амбрумова А. Г.* Пути и становление отечественной суицидологии // Соц. и клин. психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 53—59.
7. *Амбрумова А. Г., Вроно Е. М.* О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1985. – Вып. 10. – С. 1557—1560.
8. *Амбрумова А. Г., Гилод В. М. и др.* Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 г. // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 76—81.
9. *Амбрумова А. Г., Полеев А. М.* Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: метод. рекомендации. – М., 1986.
10. *Амбрумова А. Г., Полеев А. М.* Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон Доверия в системе социально-психологической службы : метод. рекомендации. – М., 1988.
11. *Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И.* Семейная диагностика в суицидологической практике : метод. рекомендации. – М., 1983. – 52 с.
12. *Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И.* Социальные и клинико-психопатологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1991. – № 4. – С. 26—38.
13. *Амбрумова А. Г., Руженков В. А.* Клинические критерии и практическое значение дифференциации невротических и психогенных реакций с суицидальными проявлениями у больных язвенной болезнью // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 74—79.
14. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Акт. проблемы суицидологи : тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 6—28.
15. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Диагностика суицидального поведения : метод. рекомендации. – М., 1980. – 48 с.

16. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения // Акт. проблемы суицидологии : тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 203—209.
17. *Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А.* Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: метод. рекомендации. – М., 1980. – 16 с.
18. *Анискин Д. Б.* Социально-психиатрические аспекты проблем самоубийств в России // Соц. и судеб. психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 13—16.
19. *Алтер А.* Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман. – М. : «Смысл», 2005. – С. 192—208.
20. *Артемьев И. А.* Эпидемиология психических заболеваний и миграция населения в Сибири и на Дальнем Востоке: автореф. дис. … д.м.н. – Томск, 1995. – 35 с.
21. *Артемьев И. А., Бабанова Ф. П., Бохан Н. А. и др.* Атлас психического здоровья населения Республики Бурятия. – Томск; Улан-Удэ, 2007. – 140 с.
22. *Афанасьева Е. В., Пронин В. Н., Уткин А. А.* О значении алкогольной интоксикации при некоторых видах завершенных суицидальных действий // Науч. тр. Омского мед. института. – Омск, 1980. – № 140. – С. 99—101.
23. *Бачериков Н. Е., Бровина Н. Н., Матузок Э. Г. и др.* Некоторые характеристики психически больных, совершивших суицид // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип. 4. – С. 43—46.
24. *Бачериков Н. Е., Згонников П. Т.* Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия / под ред. Н. Е. Бачерикова. – Киев : Здоров'я, 1989. – С. 456—465.
25. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. – СПб. : Питер, 2003. – С. 183—185.
26. *Беляков С. А.* О самоубийстве и несчастных случаях в психиатрических заведениях // Вест. клин. и судеб. психиатрии и невропатологии. – 1983. – № 10. – С. 12—144.
27. *Богоявленский Д. Д.* Российские самоубийства и российские реформы // Социол. исследования. – 2002. – № 5. – С. 76—80.
28. *Бойко И. Б.* Суицид как социально-медицинская проблема в современном обществе и его предупреждение : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Рязань, 1998. – 48 с.
29. *Бородин С. В., Михлин А. С.* Мотивы и причины самоубийства // Акт. проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 28—43.

30. *Бровина Н. Н., Бачериков А. Н. и др.* Особенности структуры завершенных суицидов у лиц с психическими заболеваниями // Український медичний альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 13—14.

31. *Васильев В. В.* Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии // Культуральные и этнические проблемы психические здоровья. – М.; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 312—314.

32. *Васильев В. В.* Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.

33. *Вассерман Д.* Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / пер. с англ. Е. Райне. – М. : Смысл, 2005. – 279 с.

34. *Виноградова И. Ю.* Обобщение работы по профилактике суицидов несовершеннолетних в Республике Коми // Здоровье человека на Севере. – 2008. – № 1. – С. 38—40.

35. *Витер В. И., Прошутин В. Л., Дремина Н. А. и др.* Системный подход к изучению проблемы самоубийства и перспективы его использования // Судебно-мед. экспертиза. – 1997. – № 33. – С. 39—40.

36. *Войцех В. Ф.* Динамика и структура самоубийств в России // Соц. и клин. психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22—27.

37. *Войцех В. Ф.* Клиническая суицидология. – М. : Миклош, 2007. – 277 с.

38. *Войцех В. Ф., Амбрумова А. Г.* Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ суицидальных попыток в городе Москве за 1978 и 1998 годы // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 15—18.

39. *Войцехович Б. А., Редько А. Н.* Пусть умирает тот, кто не хочет жить? (медико-социальный взгляд на проблему самоубийств). – Краснодар, 1994. – 149 с.

40. *Ворсина О. П.* Телефонная психотерапевтическая помощь в превентивной суицидологической службе Иркутска // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 57—60.

41. *Гилинский Я. И.* Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – СПб., 2004.

42. *Гилинский Я., Гурович И., Русакова М. и др.* Девиантность подростков: Теория, методология и эмпирическая реальность. – СПб. : Медицинская пресса, 2001.

43. *Гладышев М. В.* Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990—2003 гг.) : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.

44. *Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита, 2008. – 178 с.

45. *Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С.* Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Томск : Иван Федоров, 2009. – 200 с.

46. *Голдни Р.* Предупреждение суицидов. – М. : «Проссима». – 129 с.

47. *Голенков А. В. и др.* Клинико-социальные аспекты суицидального поведения // Вопросы клин. медицины. – Чебоксары, 1994. – С.278—279.

48. *Голенков А. В., Кашина Е. В.* Половозрастные закономерности распространения самоубийств // Психическое здоровье на рубеже веков. – Чебоксары, 2000. – С. 13—15.

49. *Голосов А.* Грешить можно безъязыко // Восточно-Сибирская правда. – 15.01.2000.

50. *Гольдштейн Р. И.* Причины смертности больных алкоголизмом // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1985. – Вып. 8. – С. 1235—1238.

51. *Данилова М. Б., Пепеляева Т. И.* Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией : метод. рекомендации. – М., 1987. – 17 с.

52. *Дашиева Б. А.* Пограничные нервно-психические расстройства у бурят и русских, учащихся сельских общеобразовательных школ: транскультуральный аспект : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 31 с.

53. *Демина Л. Д., Супрун А. П.* Психическая адаптация. – Новосибирск : НГУ, 1991. – 130 с.

54. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. – ВОЗ, 2001. – 215 с.

55. *Дубравин В. И.* Этнокультуральные особенности распространенности суицидов среди городского и сельского населения Республики Коми // Культуральные и этнические проблемы психические здоровья. – М.; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 315—317.

56. *Дубравин В. И.* Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2001. – 31 с.

57. *Дурнов А. Н.* Суицидальное поведение психопатических личностей // Акт. проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 239.

58. *Ештокин Н. А.* Суицидальная активность населения г. Ростова-на-Дону и области – проблемы и парадоксы статистики // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – 503 с.

59. *Жабо Е. А., Хритинин Д. Ф.* Клинические особенности постсуицидального периода у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга // Вопросы наркологии. – 2004. – № 1. – С. 27—34.

60. *Жариков Н. М., Иванова А. Е., Анискин Д. Б.* Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1997. – Вып. 6. – С. 9—15.

61. *Жезлова Л. Я.* К вопросу о самоубийствах детей и подростков // Акт. проблемы суицидологи : сб. науч. тр. – М., 1978. – С. 93—104.

62. *Зиновьев С. В.* Суицид. Попытка системного анализа. – СПб. : Сотив, 2002. – 135 с.

63. *Зотов П. В.* Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.

64. *Зотова О. И., Кряжева И. К.* Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности // Психологические механизмы регуляции социального поведения. – М., 1979. – 222 с.

65. *Иванов О. В., Егоров А. Ю.* Клинико-статистический анализ суицидов в популяции психически больных (по данным ПНД) // Психическое здоровье. – 2010. – № 1. – С. 14—18.

66. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства. – СПб., 2001. – С. 505—507.

67. *Иовчук Н. М., Северный А. А.* Депрессия у детей и подростков. – М. : «Школа-пресс», 1999. – 80 с.

68. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия : в 2-х т. / пер. с англ. В. Б. Стрелец. – М. : Медицина,1998. – Т. 2. – 672 с.

69. *Касимова Л. Н.* Распространенность депрессивного синдрома в населении крупного промышленного города // Акт. проблемы психиатрии, наркологии и неврологии : сб. науч. тр. – М.; Хабаровск, 2000. – С. 15—19.

70. *Кензин Д. В.* Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 25 с.

71. *Кибрик Н. Д.* Дезадаптация и суициды у студентов вузов // Науч. и орг. проблемы суицидологи : сб. науч. тр. / под ред. В. В. Ковалева. – М., 1983.

72. *Кокорина Н. П., Лопатин А. А., Угушев Е. В.* Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока // Материалы конф. с междунар. участием / под ред. В. Я. Семке. – Сургут; Томск, 1998. – С. 132—135.

73. *Кокорина Н. П., Лопатин А. А., Угушев Е. В., Зорохович И. И.* Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – М.; Ижевск : Ижевский полиграф. комбинат, 1997. – Вып. II. – С. 317—320.

74. *Конева О. В., Семке А. В.* Качество жизни больных постшизофренической депрессией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3 (46). – С. 11—13.

75. *Конончук Н. В.* Эмоциональное состояние в пресуициде у лиц с острыми ситуационными реакциями // Сб. науч. трудов Ленингр. НИ Психоневрологического ин-та им. Бехтерева. – Л., 1986. – Т. 115. – С. 144—149.

76. *Конончук Н. В.* О суицидальных попытках при депрессиях // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Вып. 4. – С. 76—80.

77. *Конончук Н. В.* Суицидальное поведение подростков, страдающих малопрогредиентной шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1994. – Т. 94, вып. 3. – С. 85—88.

78. *Конончук Н. В., Мягер В. К.* Профилактика эмоционального стресса // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. – Л., 1977. – С. 140—146.

79. *Корнетов А. Н.* Распространенность и клинико-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Томск, 1999. – 24 с.

80. *Корнетов А. Н.* Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Соц. и клин. психиатрия. – 1999. – № 2. – С. 75—90.

81. *Корнетов А. Н.* Суицидальное поведение у подростков: эпидемиологическое изучение // Акт. проблемы детской и подростковой психиатрии : материалы юбил. симп. – Томск; Челябинск, 2001. – С. 80—82.

82. *Корнетов А. Н., Попова Н. М., Цуброви*ч *А. В.* К вопросу о суицидах психически больных в Западной Сибири // Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока : материалы конф. с междунар. участием / под ред. В. Я. Семке. – Сургут; Томск, 1998. – С. 140—142.

83. *Корнетов Н. А.* Методологические предпосылки и система организации специализированной помощи пациентам с аффективными расстройствами и суицидальным поведением // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 79—80.

84. *Корнетов Н. А.* Социально индуцированные пролонгированные кризисные состояния в период кардинального переустройства общества // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. – Владивосток; Томск, 1996. – С. 50—53.

85. *Корнетов Н. А., Попова Н. М.* Томская модель антикризисной социально-психологической (суицидологической) помощи населению // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 1. – С. 76—79.

86. *Короленко Ц. П., Галин А. Л.* К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1978. – Вып. 3. – С. 26—30.

87. *Крыжановская Л. А.* Особенности суицидального поведения в США // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97—105.

88. *Кузнецов В. Н.* Неотложная помощь в психиатрии // Скорая и неотложная медицинская помощь / под ред. проф. И. С. Зозули, И. С. Чекмана. – Киев: Здоров'я, 2002. – С. 514—532.

89. *Куликов А. В.* Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2008. – 25 с.

90. *Кутько И. И., Бухреев В. И., Ситченко Н. М.* Суицидальные действия у больных алкоголизмом // Неврология и психиатрия : респ. межвед. сб. – Киев : Здоровья, 1988. – Вып. 17. – С. 70—72.

91. *Кутько И. И., Ситченко Н. М.* Критерии социальной опасности суицидентов, страдающих различными типами психопатий // Архив психиатрии. – 1995. – № 9. – С. 79—80.

92. *Лазаришвили И. С.* Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 105—114.

93. *Лазебник А. И.* Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2000. – 25 с.

94. *Лазебник А. И., Сунцов А. А. и др.* Современная суицидная ситуация в г. Ижевске и ее прогнозирование // Психическое здоровье населения России. – М.; Ижевск, 1994. – С. 120—124.

95. *Лазебник А. И., Сунцов А. А. и др.* Суициды, совершенные в детском и подростковом возрасте // Материалы Рос. научно-практ. конф. – М.; Хабаровск, 1995. – С. 46—48.

96. *Лапицкий М. А., Ваулин С. В.* Суицидальное поведение. – Смоленск, 2000. – 156 с.

97. *Ласый Е. В., Новодворская М. В.* Анализ протоколов расследования по факту суицида // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2. – С. 4—21.

98. *Липанов Р. Г.* К вопросу о частоте суицидальных действий при психозах // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. 80, вып. 8. – С. 1204—1208.

99. *Личко А. Е.* Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.

100. *Лопатин А. А.* Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 3. – С. 26—28.

101. *Лопатин А. А.* Суициды и парасуициды (клинико-эпидем. и социально-орг. аспекты) : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Кемерово, 2000. – 43 с.

102. *Лопатин А. А., Кокорина Н. П.* Распространенность суицидов в Кузбассе // Соц. и клин. психиатрия. – 1996. – № 3.

103. *Маклаков А. Г.* Общая психопатология. – СПб. : Питер, 2001. – 592 с.

104. *Мальцев А. Е., Шешунов И. В., Зыков В. В.* Региональные особенности завершенных самоубийств в Кировской области // Социологические аспекты здоровья населения : электронный науч. журн. – 2010. – № 3. – http://content/view/225/30/lang.ru.

105. Международный день детского телефона доверия. – http://www.sirotstvo.ru/td2010/17May/index.shtml

106. *Мишина Т. М., Самохина Т. В.* Социально-психологическое исследование родительских семей суицидентов // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – М., 1980. – Т. 93. – С. 105—109.

107. *Молин Ю. А.* Судебно-медицинская экспертиза повешения. – СПб. : НПО Мир и Семья – 95, 1996. – 336 с.

108. *Моховиков А. Н.* Телефонное консультирование. – М. : Смысл, 2001.

109. *Мягков А. Ю., Ерофеев С. В.* Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов // Социологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 37—38.

110. *Мягков А. Ю., Журавлева И. В., Журавлева С. Л.* Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 48—70.

111. *Налчаджян А. А.* Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегия). – Ереван : Изд-во АН Армянской ССР, 1988. – 263 с.

112. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Э. Г. Круга, Л. Л. Дальберг, Д. А. Мерси и др. – Женева : ВОЗ; М. : Изд-во «Весь мир», 2003. – 349 с.

113. *Немцов А. В.* Самоубийства и потребление алкоголя // Demoscope Weekly (электрон. версия бюллетеня «Население и общество»). – 2002. – № 73—74.

114. *Немцов А. В.* Алкогольный урон России. – М. : Nalex, 2003. – 136 с.

115. *Ниссен Г.* Агрессивность и аутоагрессивность у детей и подростков // Соц. и клин. психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 4. – С. 13—20.

116. *Ниязов И. Н.* Клиническая и социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом, совершивших аутоагрессивные действия : автореф. дис… канд. мед. наук. – Самарканд, 1992. – 18 с.

117. Новое зеркало ХРОНОСа. Буряты. Краткий очерк. – http://www.hrono.ru/ etnosy/buryaty.html

118. Основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений Иркутской области за 2006 год. – Иркутск, 2007. – 10 с.

119. *Остроглазов В. Г., Лисина М. А.* Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 6. – С. 18—20.

120. *Панченко Е. А.* Особенности суицидального поведения в современном обществе // Социальные преобразования и психическое здоровье : науч. материалы II нац. Конгресса по соц. психиатрии. – М., 2006. – С. 126—127.

121. *Панченко Е. А.* Особенности досуицидального периода лиц, совершивших незавершенное самоубийство // Психическое здоровье. – 2010. – № 1. – С. 26—29.

122. *Паровая О. И.* Эпидемиология суицидального поведения – гендерные различия: обзор литературы и ситуация в Республике Беларусь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2. – С. 93—104.

123. *Пелипас В. Е., Мирошниченко Л. Д., Калачев Б. П.* Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 804—805.

124. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств / пер. О. Ю. Донец. – М. : Смысл, 2002. – 127 с.

125. *Пилягина Г. Я.* Механизмы патологического приспособления и детская психическая травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 6 (38). – С. 49—56.

126. *Погодин И. А.* Суицидальное поведение: психологические аспекты. – М. : «Флинта», 2008. – 336 с.

127. *Полищук Ю. И.* О так называемых непатологических суицидоопасных ситуационных реакциях // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1993. – № 3. – С. 156—158.

128. *Положий Б. С.* Макросоциальные детерминанты частоты суицидов в России // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 446—447.

129. *Положий Б. С.* Суицидальная ситуация в современной России // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения : материалы научно-практ. конф.. – М., 2006. – С. 40—44.

130. *Положий Б. С.* Интегративная модель суицидального поведения // Рос. психиатр. журнал. – 2010. – № 4. – С. 55—62.

131. *Положий Б. С.* Суицидальное поведение. – М., 2010. – 229 с.

132. *Положий Б. С.* Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья // Рос. психиатр. журнал. – 2011. – № 6. – С. 11—17.

133. *Положий Б. С.* Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8—12.

134. *Положий Б. С., Лазебник А. И.* Особенности суицидального поведения сельского населения Удмуртии // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 5. – С. 17—20.

135. *Положий Б. С., Панченко Е. А.* Дифференцированные подходы к профилактике суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 41—44.

136. *Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С.* Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Рос. психиатр. журнал. – 2008. – № 2. – С. 16—20.

137. *Полякова И. В., Балашова М. Г.* Клинико-психологический анализ суицидальных попыток и принципы реабилитации суицидентов в скоропомощном отделении // Тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1989. – С. 77—87.

138. *Попик И. Г.* Особенности постсуицидального периода у лиц с различным состоянием психического здоровья : автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 25 с.

139. *Попов П. М., Самсонова И. В.* Общественная опасность больных шизофренией с суицидальными тенденциями // Судебно-психиатрическая экспертиза. – М., 1979.

140. *Попова Н. М.* К вопросу об истинных суицидальных попытках у практически здоровых лиц // Актуальные вопросы психиатрической практики. – Полтава, 1993. – Вып. 7. – С. 109.

141. *Попова Н. М.* Клинико-социальные аспекты организации суицидологической службы Томской области : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 25 с.

142. *Попова Н. М.* Структура и организация антикризисной суицидологической службы в Томской области: итоги и перспективы // Психологический кризис, депрессия и суицидальное поведение: интеграция усилий : материалы научно-практ. конф. – Томск, 1999. – С. 73—76.

143. *Попова Н. М. и др.* Саморазрушающее поведение, его превенция и психотерапевтическая коррекция // Совр. проблемы пограничных и аддиктивных состояний : тез. конф. – Томск, 1996. – С. 107—108.

144. *Постовалова Л. И.* Распространенность самоубийств в СССР // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 124—133.

145. *Прошутин В. Л.* Тенденции показателей самоубийств в сельской местности Удмуртии в зависимости от национальной принадлежности // Акт. аспекты судеб. медицины. – Ижевск : Экспертиза, 2000. – Вып. 6. – С. 56—58.

146. *Прошутин В. Л., Артамонова О. В.* Медико-социальный анализ завершенных суицидов на территории Удмуртии // Акт. аспекты судеб. медицины. – Ижевск, 1992. – Вып. 2. – С. 26—28.

147. *Пятницкая И. В., Ласый Е. В., Навицкая Е. В., Данилова Е. Л.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения у подростков. Инструкция / под ред. С. А. Игумнова. – Минск, 2009.

148. *Разводовский Ю. Е.* Суицид и смертность от ишемической болезни сердца: популяционный уровень связи // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 1. – С. 56—63.

149. *Разводовский Ю. Е. и др.* Распространенность злоупотребления психоактивными веществами в Беларуси // Здравоохранение. – 2011. – № 6. – С. 25—27.

150. *Разводовский Ю. Е., Дукорский В. В.* Социально-эидемиологические и психопатологические корреляты парасуицида // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2010. – № 2. – С. 22—28.

151. *Рахмазова Л. Д.* Транскультуральное изучение психических расстройств в Сибирских регионах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 96—99.

152. *Редько А. Н.* Самоубийства как социально-гигиеническая проблема : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Краснодар, 1992.

153. *Руженков В. А.* Суицидальное поведение в соматической клинике // Врач. – 1998. – № 4. – С. 34—36.

154. *Салмина-Хвостова О. И., Калашникова Т. В.* Типы пищевого поведения телеутов Кузбасса при наличии аффективных расстройств // Вестник Кузбасского научного центра. – Кемерово, 2008. – С. 171—173.

155. *Салмина-Хвостова О. И., Семке В. Я.* К вопросу превенции нарушений пищевого поведения студентов кузбасских вузов путём повышения стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4. – С. 65—68.

156. *Сахаров А. В., Говорин Н. В.* Некоторые клинико-эпидемиологические аспекты завершенных суицидов в Чите // Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока : материалы научно-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 25-летию ГУ НИИ псих. здоровья ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2006. – С. 245—246.

157. *Семке А. В., Мальцева Ю. Л.* Соматические расстройства при шизофрении. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 180 с.

158. *Семке В. Я.* Превентивная психиатрия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – С. 265—273.

159. *Семке В. Я.* Транскультуральные проблемы современной психологии и психиатрии // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 33—34.

160. *Семке В. Я.* Этнокультуральное возрождение малых этносов Севера Сибири и Дальнего Востока – национальная идея // Совр. проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии : материалы 1-й Всерос. научно-практ. конф. – Томск, 2012. – С. 5—7.

161. *Семке В. Я., Бохан Н. А.* Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.

162. *Семке В. Я., Епанчинцева Е. М.* Душевные кризисы и их преодоление. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2005. – 212 с.

163. *Семке В. Я., Эрденэбаяр Л., Бохан Н. А., Семке А. В.* Транскультуральная наркология и психотерапия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2001. – 162 с.

164. *Сидорюк О. В., Пронина Л. А.* // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – М.; Ижевск, 1997. – Вып. 2. – С. 59—62.

165. *Сливко К. Ю.* Клиническая классификация нефатальных суицидентов : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Владивосток, 2003. – 22 с.

166. *Снегирёва Т. В.* Подростковый телефон доверия как форма работы практического психолога // Рабочая книга школьного психолога / под ред. И. В. Дубровиной. – М. : Просвещение, 1991. – 303 с.

167. Социальный атлас российских регионов. Иркутская область и Усть-Ордынский Бурятский автономный округ (социальный портрет-описание). – http://atlas.socrol.ru/portraits/irk.shtml

168. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.

169. Статистический сборник Иркутской области по полу и возрасту (Иркутскстат). – Иркутск, 2006. – 83 с.

170. *Столяров А. В., Ворохов А. Д., Жаманбаев Е. К.* Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, вып. 2. – С. 55—58.

171. *Суходолова Г. Н.* Особенности острых отравлений лекарствами у детей: Лекции для практических врачей // Человек и лекарство: материалы Рос. Национального конгресса. – М., 1998. – С. 59—65.

172. *Трайнина Е. Г.* Клиника и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманией // Науч. и орг. проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 121—128.

173. *Тюлькин Е. П., Витер В. И.* Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1989. – Вып. 4. – С. 184—186.

174. *Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – С. 193—197.

175. *Цыганков Б. Д., Ваулин С. В.* Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – Смоленск : СГМА, 2012. – 232 с.

176. *Чудин А. С.* Суицидальные дебюты инволюционных психозов // IV Всероссийский съезд невропатологии и психиатрии : тез. докл. – М., 1980. – Т. 1. – С. 628—630.

177. *Чумак С. А., Пилягина Г. Я.* Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 13—18.

178. *Чхартишвили Г.* Писатель и самоубийство. – М. : Захаров, 2006. – 463 с.

179. *Шейдер Р.* Предотвращение самоубийства // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М. : Практика, 1998. – С. 212—221.

180. *Шир Е.* Суицидальное поведение у подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1984. – Вып. 10. – С. 1556—1559.

181. *Шульга А. И., Сонник Г. Т.* О суицидальных действиях психически больных // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1986. – Т. 86, вып. 8. – С. 1216—1217.

182. *Шустов Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М. : Когито-центр, 2005. – 214 с.

183. *Шустов Д. И., Валентик Ю. В.* Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86—93.

184. *Шустов Д. И., Меринов А. В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – М., 2000. – С. 2—5.

185. *Юнкеров В. И., Григорьев С. Т.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб., 2002. – 267 с.

186. *Юрьева Л. Н.* Кризисные состояния. – М. : Медицина, 2001. – 129 с.

187. *Юрьева Л. Н.* Клиническая суицидология. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.

188. *Юшковский В. О., Гриненко А. Я., Заславский Г. И. и др.* Самоубийство: судебно-медицинский и социально-экономический взгляд. – СПб. : Международная академия интегративной антропологии, 2003.

189. *Abramson L. Y., Alloy L. B., Hogan M. E. et al. Suicidality* and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study // J. Adolescence. – 1998. – V. 21. – P. 473—487.

190. *Agerbo E.* Unemployment and suicide // J. Epidemiology and Community Health. – 2003. – V. 57. – P. 560—561.

191. *Alfonso C. A., Cohen M. A. et al.* HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital // Psychosomatica. – 1994. – V. 35 (4). – P. 368—373.

192. *Allerbeck P., Varla A. et al.* Risk factors for suicide among patients with schizophrenia – 1987 // Acta Psych. Scand. – 1987. – V. 7 (4). – P. 414—419.

193. *Amador X. F., Friedman J. H. et al.* Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness // Amer. J. Psychiatry. – 1996. – V. 153 (9). – P. 1185—1188.

194. *Apter A., Ofek H.* Personality constellations and suicidal behavior // Heeringen K. V. Understanding Suicidal Behavior: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention. – New York : Wiley, 2001. – P. 94—120.

195. *Apter A., Wasserman D.* Suicide in Psychiatric disorders During Adolscents // Suicide in Psychiatric Disorders / R. Tatarelli, M. Pompili et al. (eds.). – 2001. – P. 3—17.

196. *Arsenault-Lapierre G., Kim C. et al.* Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis // BMC Psychiatry. – 2004. – V. 4. – P. 4—37.

197. *Ashford J. R.* Aspects of the epidemiology of suicide in England and Wales // Int. S. Epidemiol. – 1979. – V. 5 (2). – P. 133—144.

198. *Maris R. W. et al.* Assessment and prediction of suicide. – N. Y., 1992. – P. 362—380.

199. *Bagley C. et al.* Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: a controlled study // Brit. Med. J. – 1971. – Feb. – V. 1 (5744). – P. 310—312.

200. *Barraclough B., Harris E.* Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – V. 170. – P. 205—228.

201. *Beautrais A. L., Joyce P. R., Mulder R. T.* Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people // Suicide and Life – Threatening Behavior. – 1999. – V. 29 (1). – P. 37—47.

202. *Beck A. T.* Hopelessness as a predictor of eventual suicide // Annals of the New York Academy of Sciences. – 1986. – V. 487. – P. 90—96.

203. *Beck A. T., Kovacs M., Weissman A.* Hopelessness and suicidal behavior. An overview // J. American Medical Association. – 1975. – V. 234 (11). – P. 1146—1149.

204. *Beck A. T., Lester D.* Components of depression in attempted suicides // J. Psychology. – 1975. – V. 85. – P. 257—260.

205. *Beck A. T., Steer R. A. et al.* Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1993. – V. 23 (2). – P. 139—145.

206. *Beck A. T., Weissman A., Lester D., Trexler L.* Classification of suicidal behaviors. II. Dimensions of suicidal intent // Arch. Gen. Psychiatry. – 1976. – V. 33 (7). – P. 835—837.

207. *Berman A. I., Schwarts R. H.* Suicide attempts among adolescent drug users // Am. J. Diseases of Children. – 1990. – V. 144. – P. 310—314.

208. *Bertolote J. M.* Suicide in the world: an epidemiological overview, 1995—2000 // Suicide: An Unnecessary Death / Ed. D. Wasserman. – London : Martin Dunitz, 2001. – P. 3—10.

209. *Bertolote J. M., De Leo D.* Global Suicide Mortality Rates – A Lightbat the End of the Tunnel? // Crisis. – 2012. – V. 33, № 3. – P. 249—253.

210. *Bertolote J. M., Freishmann A. A.* Global perspective on the magnitude of suicide mortality // D. Wassermann eds. // Suicidology and Suicide Prevention. – Oxford : University Press, 2009. – P. 91—98.

211. *Biener K.* Suicide – epidemiology and prevention // Ther. Umsch. – 1969. – Oct. – V. 26 (10). – P. 573—579.

212. *Bille-Brahe U., Kerkhof A. et al.* A repetition-prediction study on European parasuicide population. Part II of the WHO Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide // Crisis. – 1996. – V. 17, № 1. – P. 22—31.

213. *Binitie A.* A factor-analytical study of depression across cultures (African and European) // Brit. J. Psychiatry – 1975. – V. 127. – P. 559—563.

214. *Blakely T. A., Collings S. C. et al.* Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? // J. Epidemiology and Community Health. – 2003. – V. 57. – P. 594—600.

215. *Bleuler E.* Zur Theorie des Schizophrenen negativismus // Psychiatrish-Neurologische Wochenschrift. – 1910. – V. 12. – P. 18—21.

216. *Bleuler E.* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / G. von Aschafferburg (Eds.) // Handbuch der Psychiatrie. – Leipzig, Vienna : Deutike (reprinted Nijmegen: Art&Boeve), 2001. – Special Part, division 4.1.

217. *Borowsky I. W., Resnick M. D. et al.* Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors // Arch. Pediatrics and Adolescent Medicine. – 1999. – V. 153 (6). – P. 573—580.

218. *Brent D., Baugher M. et al.* A. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide // J. Amer. Acad. Child Adolescent Psychiatry. – 1999. – V. 54 (9). – P. 877—885.

219. *Brent D. A., Kolko D. J. et al.* A clinical trial for adolescent depression: Predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial // J. Amer. Acad. Child Adolescent Psychiatry. – 1999. – V. 38 (3). – P. 263—270.

220. *Brent D. A., Perper J. A., Allman C. J.* Alcohol, firearms, and suicide among youth: Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983 // J. Amer. Med. Assoc. – 1987. – V. 257 (24). – P. 3369—3372.

221. *Bronisch T.* The relationship between suicidality and depression // Arch. Suicide Research. – 1996. – V. 2. – P. 235—254.

222. *Burke A. W.* Socio-cultural aspects of attempted suicide among women in Trinidad and Tobago // Br. J. Psychiat. – 1974. – V. 125. – P. 374—377.

223. *Burvill P. W., Armstrong B. K. et al.* Attempted suicide and immigration in Perth, Western Australia, 1969—1978 // Acta Psych. Scand. – 1983. – V. 68. – P. 89—99.

224. *Caces P. et al.* A time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984—1987 // J. Studies Alcohol. – 1998. – V. 59. – P. 455—461.

225. *Caldwell C. B., Gottesman I. I.* Schizophrenia – a high-risk factor for suicide: Clues to risk reduction // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1992. – V. 22 (4). – P. 479—493.

226. *Carlini-Cotrum B. et al.* Blood alcohol content (bac) and deaths from external causes: a study in the metropolitan area of Sao Paulo, Brasil // J. Suicides on Alcohol. – 2000. – V. 32, № 1. – P. 24—32.

227. *Carre J.-R., Zucker E.* Mortalite et morbidite violentes dans la population des jeunes de 15 a 24 ans. Accidents de la route et suicids: des causes evitables. – Paris : Haut Conseil de la Population et la Famile, La Documentation Francaise, 1989.

228. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (2007). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). – Retrieved 22 October 2007. – http://www.cdc. gov/ncipc/wisqars

229. *Charlton J.* Trends and patterns in suicide in England and Wales // International Journal of Epidemiology. – 1995. – V. 24. – Suppl. 1. – P. 45—52.

230. *Cheng A. T., Chen T. N. et al.* Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study // Brit. J. Psychiatry. – 2000. – V. 177. – P. 360—365.

231. *Chochinov H. M., Wilson K. G.* Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill // Psychosomatics. – 1998. – V. 39 (4). – P. 366—370.

232. *Christian E.* Black suicide. In: Hatton C. Suicide: Assessment and prevention. – New York, 1977. – V. 6. – P. 143—159.

233. *Christiansen E., Jensen B. F.* Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis // Austral. and New Zeal. J. Psych. – 2007. – V. 41, № 3. – P. 257—265.

234. *Clarke, R. V., Lester D.* Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide // J. epidemiology and community health. – 1987. – V. 41. – P. 114—120.

235. *Clarke R. V., Mayhew P.* The British gas suicide story and its criminological implications // Crime & Justice. – 1988. – V. 10. – P. 79—116.

236. *Clarkin J. F., Friedman R. C. et al.* Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients // The J. Clinical Psych. – 1984. – V. 45. – P. 19—22.

237. *Conwell Y. et al.* Age differences in behaviors leading to competed suicide // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 1998. – V. 6. – P. 122—126.

238. *Coppen A. et al.* Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders? // J. affective disorders. – 1991. – V. 23. – P. 1—7.

239. *Crumley F.* The adolescent suicide attempt: Acardinal symptom of serious psychiatric disorder // Amer. J. Psychiat. – 1982. – V. 36, № 2. – P. 158—165.

240. *Daigle M. S., Cote G.* Nonfatal suicide – related behavior among Inmates: testing for gender and type differences // Suicide and Life Threat. Behavior. – 2006. – V. 36. – P. 670—681.

241. *De Leo D. et al.* Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services. – Brisbane : Australian institute for suicide Research and Prevention, 1999.

242. *De Leo D. et al.* Suicidal Behaviour: theories and search findings. – Hogrefe & Huber, 2004. – 326 p.

243. *Diehl L. W.* Unfall oder getarnter suizid // Munch. Med. Wschr. – 1985. – Bd. 127 (11). – S. 248—250.

244. *Diekstra R. F. W.* Epidemiology of attempted suicide in the EEC // New trends in suicide prevention / J. Wilmotte, J. Mendlewiez (Eds.). – Basel : Karger, 1982. – P. 1—16.

245. *Diektra R. F. W.* Suicide and suicide attempts in the European Economic Community : an analysis of trends, with special emphases upon trends among the young // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1985. – V. 15. – P. 27—42.

246. *Diekstra R. F. W.* The epidemiology of suicide and parasuicide // Arch. Suicide Research. – 1996. – V. 2, № 1. – P. 1—29.

247. *Diekstra R. F. W., Gulbinat W.* The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents // World Health Statistics Quarterly. – 1993. – V. 46. – P. 52—68.

248. *Dinges N. G., Duong-Tran Q.* Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska Native adolescents // Culture, Medicine & Psychiatry. – 1992. – V. 16. – P. 487—502.

249. *Drake R. E., Gates C. et al.* Suicide among schizophrenics: A review // Comprehensive Psychiatry. – 1985. – V. 26 (1). – P. 90—100.

250. *Dramalata C. P., Milner D. A. et al*. Suicide in Blantyre, Malawi (2000—2003) // J. Clinical Forensic Medicine. – 2006. – V. 13. – P. 63—69.

251. *Dunner D. L., Gershon E. S., Goodwin F. K.* Heritable factors in the severity of affective illness // Biological Psychiatry. – 1976. – V. 11 (1). – P. 31—42.

252. *Erlemeier N.* Suicidal behavior in the aged // Zeitschrift für Gerontologie. – 1988. – V. 21 (5). – P. 267—276.

253. *Etzersdorfer E., Sonneck G., Nagel-Kuess S.* Newspaper reports and suicide // New England journal of medicine. – 1992. – V. 327. – P. 502—503.

254. *Falloon I. R., Talbot R. E.* Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management // Psychological Medicine. – 1981. – V. 11 (2). – P. 329—339.

255. *Farberow N. L*. Vital Processin Suicise Prevention: Group Psychotherapy as a Community of Concern // Suicide and Life – Threatening Behavior. – 1972. – V. 2. – Iss. 4. – P. 239—251.

256. *Fenton W. S., McGlashan T. H. et al.* Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders // Amer. J. Psychiatry. – 1997. – V. 154 (2). – P. 199—204.

257. *Fergusson D. M., Horwood L. J. et al.* Unemployment and Psychosocial Adjustment in Young Adults: Causation or Selection? // Social Science and Medicine. – 2001. – V. 53. – P. 305—320.

258. *Fernando R.* National Poisons Information Centre in a developing Asian country the first year's experience // Hum. Exp. Toxicol. – 1990. – V. 9, № 3. – P. 161—163.

259. Figures and facts about suicide. – Geneva : World Health Organization, 1999.

260. *Forman E. M. et al.* History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology // Am. J. Psych. – 2004. – V. 161. – P. 437—443.

261. *Frances R. J., Franklin J., Flavin D. K.* Suicide and alcoholism // J. Drug Alcohol Abuse. – 1987. – V. 13. – P. 327—341.

262. *Frank E. et al.* Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990. – V. 17. – P. 1093—1099.

263. *Freeman D. G*. Determinants of youth suicide: The easterlin-holinger cohort hypothesis reexamined // Amer. J. Economics and Sociology. – 1998. – V. 57, № 2. – P. 183—199.

264. *Funahashi T., Ibuki Y. et al.* A clinical study on suicide among schizophrenics // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2000. – V. 54 (2). – P. 173—179.

265. *Gaynes, B. N., West S. L. et al.* Preventive services task force. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force // Annals of Internal Med. – 2004. – V. 140. – P. 822—835.

266. *Gibbons J., Butler J., Urwin P. et al.* Evaluation of a social work service for self-poisoning patients // Brit. J. Psychiatry. – 1978. – V. 133. – P. 111—118.

267. *Glerget S., Valet G. et al.* Adolescence et suicide a la re' U // Neuropsychiat. enfance at adolescente. – 1997. – V. 45, № 9. – P. 483—486.

268. *Goldman S., Beardslee W. R.* Suicide in children and adolescents / D. G. Jacobs Ed. // The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers,. 1999. – P. 417—442.

269. *Goldney R. D.* Suicide prevention: A pragmatic Review of Recent Studies // Crisis. – 2005. – V. 26 (3). – P. 128—140.

270. *Goodwin F. K., Jamison K. R.* Manic-Depressive Illness. – New York : Oxford University Press,. 1990.

271. *Graafsma Tl., Kerkhof A. et al.* High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America // Crisis. – 2006. – V. 27. – in press.

272. *Green J.* Ethnic aspects of suicide statistics // Suicide assessment and prevention. – New York, 1977. – P. 138—143.

273. *Grollman E. A.* Suicide: Prevention, Intervention, Postvention. – Boston : Beacon Press, 1988.

274. *Guiao I. Z., Esparza D.* Suicidality correlates in Mexican American teens // Issues in Mental Health Nursing. – 1995. – V. 16 (5). – P. 461—479.

275. *Gunnell D., Bennewith O., Hawton K. et al.* The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review // Intern. J. Epidemiology. – 2005. – V. 34. – P. 433—442.

276. *Gunnell D., Eddleston M.* Suicide by international ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries // Intern. J. Epidemiology. – 2003. – V. 32. – P. 903—909.

277. *Gururaj G., Isaac M. K. et al.* Risk factors for completed suicides: A Case-control study from Bangalore, India // Internat. J. injury control and safety promotion. – 2004. – V. 11. – P. 183—191.

278. *Guse S. B., Robins E.* Suicide and primary affective disorders // Brit. J. Psychiatry. – 1970. – V. 117. – P. 437—448.

279. *Guyer B. et al.* Prevention of childhood injuries: evaluation of the statewide childhood injury prevention program (SCIPP) // Am. J. Public Health. – 1989. – V. 79. – P. 1521—1527.

280. *Hansen W., Wong A. G.* Suicide attempts in a Danish region // Social Psychiatry. – 1984. – V. 19. – P. 197—201.

281. *Harkavy-Friedman J. M., Restifo K., Malaspina D. et al.* Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide // Amer. J. Psychiatry. – 1999. – V. 156 (8). – P. 1276—1278.

282. *Harrington R., Kerfoot M., Dyer E. et al.* Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves // J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1998. – V. 37 (5). – P. 512—518.

283. *Harris E. C., Barraclough B.* Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – V. 170. – P. 205—228.

284. *Harris E. C., Barraclough B.* Excess mortality of mental disorder // Brit. J. Psychiatry. – 1998. – V. 173. – P. 11—53.

285. *Harwood D., Hawton K., Hope T.* Suicide in older people without psychiatric disorder // Int. J. Geriatr. Psychiatr. – 2006. – V. 21. – P. 363—367.

286. *Hawtan K., Fagg J.* Suicide and other causes of death, following attempted suicide // Br. J. Psychiatry. – 1988. – V. 152. – P. 359—366.

287. *Hawton H., Fagg J.* Repetition of attempted suicide: the performance of the Edinburgh predictive scales in patients in Oxford // Arch. Suic. Res. – 1995. – V. 1. – P. 261—272.

288. *Hawton K. E.* Suicide and attempted suicide among children and adolencents. – Beverly Hills, etc. : Sage Publication, 1986. – P. 32—33.

289. *Hawton K. E.* Why has suicide increased in young males? // Crisis. – 1998. – V. 19, № 3. – P. 119—124.

290. *Heath D.* A critical review of ethnographic studies of alcohol use / R. J. Gibbins et al. eds. // Research Advances in alcohol and Drug Problems. – New York : John Wiley and Sons, 1975. – V. 11.

291. *Heikkinen M. E., Isometsa E. T., Marttunen M. J., Aro H. M., Lonnqvist J. K.* Social factors in suicide // Brit. J. Psychiatry. – 1995. – V. 167 (6). – P. 747—753.

292. *Heila H., Isometsa E. T., Henriksson M. M. et al.* Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia // Amer. J. Psychiatry. – 1997. – V. 154 (9). – P. 1235—1242.

293. *Heila H., Isometsa E. T., Henriksson M. M. et al.* Antecedents of suicide in people with schizophrenia // Brit. J. Psychiatry. – 1998. – V. 173. – P. 330—333.

294. *Hendin H.* Black suicide // Arch. Gen. Psychiatry. – 1969. – V. 21, № 4. – P. 407—422.

295. *Hendin H.* Differences in death rates due to injury among blacks and whites, 1984 // JAMA. – 1989. – V. 261. – P. 214—216.

296. *Henriksson M. M., Aro H. M., Marttunen M. J.* Mental disorders and comorbidity in suicide // Am. J. Psychiatry. – 1993. – V. 150. – P. 935—940.

297. *Holinger P. C.* Epidemiological issues in youth suicide // Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1989. – P. 41—62.

298. *Hollan D.* Indignant suicide in the Pacific: An example from the Tonaja Highlands of Indonesia // Cult. Med. Psychiatry. – 1990. – V. 14, № 14. – P. 365—379.

299. *Hovey J. D., King C. A.* Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents // J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1996. – V. 35. – P. 1183—1192.

300. *Hoyert D. L., Arias E., Smith B. L. et al.* Deaths: Final data for 1999 // National Vital Statistics Reports. – 2001. – V. 49 (8). – P. 1—113.

301. *Hoyert D. L., Kochanek K. D., Murphy S. L.* Deaths: Final data for 1997 // Nat. Vital Statistics Reports. – 1999. – V. 47 (19). – P. 1—104.

302. *Hufford M. R.* Alcohol and suicidal behavior // Clinical psychology review. – 2001. – V. 21 (5). – P. 797—811.

303. *Hurley W., Monahan T. M.* Arson: The criminal and the crime // Brit. J. Criminology. – 1969. – V. 9. – P. 4—21.

304. *Isometsä E. T. et al.* Suicide among subjects with personality disorders // Amer. J. psychiatry. – 1996. – V. 153 (5). – P. 667—673.

305. *Isometsä E. T., Lönngvist J. K.* Suicide in mood disorders // Suicide: Biopsychosocial approaches. – 1997. – V. 1145. – P. 33—45.

306. *Isometsä E. T., Lönngvist J. K.* Suicide attempts preceding completed suicide // Br. J. Psych. – 1998. – V. 173. – P. 531—535.

307. *Jacobs D.* Suicide and clinical practice. – Washington : American Psychiatric Press, 1992.

308. Janlert U. Unemployment as a Diseases and Diseases of the Unemployed // Scand. J. Work, Environment& Health. – 1997. – V. 23. – Suppl. 3. – P. 79—83.

309. *Jeyaratham J.* Health problems of pesticide usage in the third world // Brit. J. Industrial Medicine. – 1985. – V. 42. – P. 505—506.

310. *Ji J. L., Kleinman A., Becker A. E.* Suicide in contemporary China: a review of China's distimitive Suicide demographics in their socio-cultural context // Harvard Review of Psychiatry. – 2001. – V. 9. – P. 1—12.

311. *Jin L. M. et al.* The Impact of unemployment on Health: A Review of the Evidence // Canad. Med. Assoc. J. – 1995. – V. 153. – P. 529— 540.

312. *Kaplan M. S., Geling O.* Firearm suicides and homicides in the United States: regional variation and patterns of gun ownership // Soc. sci. med. – 1998. – V. 46. – P. 1227—1233.

313. *Kastenbaum R.* Death, Suicide, and the older adult // Suicide& Life – Threat. Behavior. – 1992. – V. 22 (1). – P. 1—14.

314. *Kellerman A. L. et al.* Suicide in the home in relation to gun ownership // New Engl. J. Medicine. – 1992. – V. 327. – P. 467—472.

315. *Kessel N. et al.* Suicide in alcoholics // Brit. Med. J. – 1965. – V. 2. – P. 1671—1672.

316. *Kessler R. C. et al.* Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity Survey // Arch. Gen. Psych. – 1999. – V. 56. – P. 617—626.

317. *Kettl P., Bixter E.* Suicide in Alaska Natives (1979—1984) // Psychiatry. – 1991. – V. 54. – P. 55—63.

318. *Kim S. Y., Kim M.-H., Kawachi I. et al.* Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods // Crisis. – 2011. – V. 32, № 1. –P. 5—14.

319. *Kingsbury S., Steinhardt K. et al.* The psychological characteristics of adolescents who take overdoses: comparison with community and psychiatric controls // J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1999. – V. 38. – P. 1125—1131.

320. *Kissin B., Begleiter H.* Social Aspects of Alcoholism / B. Kissin et al. (eds.) // The Biology of Alcoholism. – New York; London : Plenum Press, 1976. – 643 p.

321. *Klerman G. L.* Clinical epidemiology of suicide // Clinical psychiatry. – 1987. – V. 48. – Suppl. – P. 33—38.

322. *Komiti A., Judd F., Grech P. et al.* Suicidal behavior in people with HIV/AIDS: a review // Austr. New Zeal. J. Psychiatry. – 2001. – V. 35. – P. 747—757.

323. *Kposowa A. J.* Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study // J. Epidemiol. and Commun. Health. – 2000. – V. 54. – P. 254—261.

324. *Kposowa A. J.* Research on unemployment and suicide // J. Epidemiol. Community Health. – 2003. – V. 57. – P. 559—560.

325. *Kraus R.* Suicidal behavior in Alaska natives // Alaska Medicine. – 1974. – V. 16 (1). – P. 2—6.

326. *Kraut A., Walld R.* Influence of Lack of Full-Time Employment on Attempted Suicide in Manitoba, Canada // Scand. J. Work, Environment& Health. – 2003. – V. 29 (1). – P. 15—21.

327. *Kreitman N., Smith P. et al.* Attempted suicide as language: an empirical study // Brit. J. Psychyiatry. – 1970. – May. – V. 116 (534). – P. 465—473.

328. *Krug E. G. et al.* World report on violence and health. – Geneva : World Health Organization. – 331 p.

329. *Kryzhanovskaya L., Pilyagina G.* Suicidal behavior in the Ukraine, 1988—1998 // Crisis. – 1999. – V. 20 (4). – P. 184—190.

330. *Laitinen J., Ek E. et al.* Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of this Behavior // Preventive Medicine. – 2002. – V. 34 (1). – P. 29—39.

331. *Landmark J., Cernovsky Z. Z., H. Merskey* Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia // Brit. J. Psychiatry. – 1987. – V. 151. – P. 18—20.

332. *Leenaars A. A., Lester D.* Domestic integration and suicide in the provinces of Canada // Crisis. – 1999. – V. 20 (2). – P. 59—63.

333. *Leenaars A. A., Yang B., Lester D.* The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States // J. Clinical Psychology. – 1993. – V. 49 (6). – P. 918—921.

334. *Lerner M. S., Clum G. A.* Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach // Behav. Therapy. – 1990. – V. 21 (4). – P. 403—411.

335. *Lester D.* Can we prevent suicide?. – New York : AMS Press, 1989.

336. *Lester D.* The effect of the detoxification of domestic gas in Switzerland on the suicide rate // Acta Psych. Scand. – 1990. – V. 82. – P. 383—384.

337. *Lester D.* The association between platelet imipramine binding sites and suicide // Pharmacopsychiatry. – 1991. – V. 24. – P. 232.

338. *Lester D.* Preventing suicide by restricting access to methods for suicide / Diekstra R et al. (eds.) // Preventive strategies on suicide. – Leiden : Brill, 1995. – P. 163—172.

339. *Lester D., Abe K.* The effect of restricting access to lethal methods for suicide // Acta Psych. Scand. – 1989. – V. 80. – P. 180—182.

340. *Lester D., Frank M. L.* The use of motor vehicle exhaust for suicide and the availability of cars // Acta Psych. Scand. – 1989. – V. 79. – P. 238—240.

341. *Lester D., Moksony F.* Ecological correlates of suicide in the United States and Hungary // Acta Psych. Scand. – 1989. – V. 79 (5). – P. 498— 499.

342. *Lester D., Murrell M. E.* The influence of gun control laws on suicidal behavior // Amer. J. psychiatry. – 1980. – V. 137. – P. 121—122.

343. *Linehan M. M., Rizvi S. L., Welch S. S. et al.* Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders / K. Hawton, K. van Heeringen editors // The International Handbook of suicide and Attempted Suicide. – Chichester, UK, 2000. – P. 147—178.

344. *Litman R. E. et al.* Suicide after contact with a suicide prevention center // Arch. Gen. Psychiatry. – 1973. – V. 28. – P. 735—739.

345. *Lönnqvist J. K.* Suicide in Helsinki: An epidemiological and sociopsychiatric study of suicides in 1960—1961 and 1970—1971. – Helsinki : Meder – Offset Espoo, 1977. – 182 p.

346. *Lönnqvist J. K.* Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression / Editors K. Hawton, K. van Heeringen // Internat. Handbook Suicide and Attempted Suicide. – Chi Chester, UK : John Wiley and Sons, 2000. – P. 107—120.

347. *Lönnqvist J. K.* Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters / D. Wasserman, C. Wasserman (Eds.) // Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A Global perspective. – New York : Oxford University Press, 2009. – P. 275—286.

348. *Lunetta P., Pentilla A. et al.* The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2001. – V. 25, № 11. – P. 1654—1661.

349. *Makinen I. H., Wasserman D.* Some social dimensions of suicide // In Suicide – An unnecessary death. – Martin Dunitz, 2001. – P. 29—34.

350. *Makinen I. H., Wasserman D.* Labor market, work environment and suicide / D. Wasserman, C. Wasserman (Eds.) // Oxford textbook of suicidology and prevention. – New York : Oxford University Press, 2009. – P. 221—229.

351. *Mann J. J.* The neurology of suicide // Nature medicine. – 1998. – V. 4. – P. 25—30.

352. *Mann J. J., Waternaux C., Haas G. L., Malone K. M.* Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Amer. J. Psychiatry. – 1999. – V. 156 (2). – P. 181—189.

353. *Maris R. W.* Suicide // Lancet. – 2002. – V. 360. – P. 319—326.

354. *Marzuk P. M. et al.* The effect of access to lethal methods of injury on Suicide rates // Arch. Gen. Psychiatry. – 1992. – V. 49. – P. 451—458.

355. *Masson D., Gollard M.* Jeues suicidentset leur famille // Soc. Psychiatry. – 1987. – V. 22, № 2. – P. 85—92.

356. *McCauley J., Kern D. E. et al.* The «battering syndrome»: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices // Annals of Internal Medicine. – 1995. – V. 123 (10). – P. 737—746.

357. *McIntire M. S., Angle C. R.* The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective / C. F. Wells, I. R. Stuart eds. // Self-destructive behavior in children and adolescents. – New York : Van Nostrand Reinhold, 1981. – P. 224—249.

358. *McIntosh J. L. et al.* Elder suicide research, theory and treatment. – Washington, D. C. : American Psychological Association, 1994.

359. *Mechri A., Mrad A. et al.* Repeat suicide attempts: characteristics of repeaters versus first-time attempters admitted in the emergency of a Tunisian general hospital // Encephale. – 2005. – V. 31. – P. 65—71.

360. *Menninger K. A.* Man against Himself. – New York : Harcourt, Brace, 1938.

361. Mental Health Policy, Plans and Programmes. – Geneva : World Health Organization, 2004.

362. *Moller-Leimkuhler A. M.* The Gender Gap in suicide and Premature Death or: Why Are Men so Vulnerable? // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2003. – V. 253 (1). – P. 1—8.

363. *Moller H., Kurz A.* Help-seeking behavior and compliance of suicidal patients // Psych. Praxis. – 1984. – V. 11. – P. 6—13.

364. *Morrell S. et al.* Suicide and unemployment in Australia 1907—1990 // Social Science and Medicine. – 1993. – V. 36. – P. 749—756.

365. *Motohashi Y.* Effects of socioeconomic factors on secular trends in suicide in Japan, 1983—86 // J. Biosocial Science. – 1991. – V. 23 (2). – P. 221—227.

366. *Muelleman R. L., Lenaghan P. A., Pakieser R. A.* Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships // Amer. J. Emergency Medicine. – 1998. – V. 16 (2). – P. 128—131.

367. *Mullahy J., Sindelar J.* Employment, unemployment and problem drinking // J. Health Economics. – 1996. – V. 15. – P. 409—434.

368. *Müller-Oerlinghausen B. et al.* Reduced mortality of manic-depressive patients in long-term treatment: an international collaborative study by IGSLI // Psychiatry research. – 1991. – V. 36. – P. 329—331.

369. *Murphy E., Lindesay J., Grundy E.* 60 years of Suicide in England and Wales // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – V. 43 (10). – P. 969—976.

370. *Murphy G. E.* Suicide in Alcoholism. – New York : Oxford University Press, 1992.

371. *Murphy G. E.* Why women are less likely than men to commit suicide // Comprehensive Psychiatry. – 1998. – V. 39. – P. 165—175.

372. *Murphy G. E.* Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse / K. Hawton, K. Van Heeringen (Editors) // International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. – Chichester, UK : John Wiley and Sons, 2000. – P. 135—146.

373. *Murphy G. E., Athanasou J. A.* The effect of unemployment on mental health // J. Occupational organizational psychology. – 1999. – V. 72. – P. 83—99.

374. National injury mortality reports, 1987—1998. – Atlanta, GA : Centers of Disease Control and Prevention, 2000.

375. NCHS (National Center for Health Statistics). Advance report of final V mortality statistics NCHS. – Monthly Vital Statistics Report, 1992. – Report № 40.

376. *Neulinger K., De Leo D.* Suicide in Elderly and Youth Population – How Do They Differ? //Suicide and Euthanasia in Older Adults: A Trauscultural Journey. – Hogrefe & Huber Publishers, 2001. – 216 p.

377. *O´Carroll P. W., Berman A. L. et al.* Beyound the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology // Suicide and Life – Threatening Behavior. – 1996. – V. 26. – P. 237—252.

378. *Ohara K.* Suicide in Japan // Suicidology: Proc. Of the 3th Intern. Congress of soc. psychiatry. – Zagreb, 1971. – P. 56—59.

379. *Oliver R. G., Hetzel B. S.* Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability // Medical J. Australia. – 1972. – V. 2. – P. 919—923.

380. *Osvath P., Kelemen G. et al.* The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre study on suicidal behavior // Crisis. – 2003. – V. 24. – P. 151—154.

381. *Otto U.* Suicidal attempted made by pregnant women under 21 years // Acta paediat. (Stockh.). – 1965. – V. 32, № 9. – P. 276—312.

382. *Otto U.* Suicide acts in children and adolescents. A follow up study // Acta psychiatric Scand. – 1972. – Suppl. 233. – P. 1—124.

383. *Pakriev S.* Model of suicide and social disfunction among udmurts // Abstrakts of First International Medical Congress. – Izevsk, 1996. – P. 37.

384. *Paris J.* Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder // Psychiatric Services. – 2002. – V. 53. – P. 738—742.

385. *Patterson R. D. et al.* Preventing self-destructive behavior // Geriatrics. – 1974. – V. 29. – P. 115—126.

386. *Patton G. C. et al.* Adolescent suicidal behaviors: a population- based study of risk // Psychol. Med. – 1997. – V. 27. – P. 715—724.

387. *Pearson J. L., Conwell Y. et al.* Elderly suicide: A multinational view // Aging and Mental Health. – 1997. – V. 1 (2) – P. 107—111.

388. *Pescosolido B. A., Wright E. R.* Suicide and the role of the family over the life course // Family Perspectives. – 1990. – V. 24. – P. 41—58.

389. *Petronis K. R., Samuels J. F. et al.* An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 1990. – V. 25 (4). – P. 193—199.

390. *Peuskens J., De Hert M. et al.* Suicide in young schizophrenic patients during and after inpatient treatment // International J. Mental Health. – 1997. – V. 25 (4). – P. 39—44.

391. *Pfeffer C. R., Conte H. R. et al.* Suicidal behavior in latency-age children: An out-patient population // J. Amer. Acad. Child Psychiatry. – 1980. – V. 19, № 7. – P. 703—710.

392. *Phillips D. P., Lesyna K.* Suicide and the media: research and policy implications II / R. Diekstra et al. (eds.) // Preventive strategies on suicide. – Leiden : Brill, 1995. – P. 231—262.

393. *Phillips M. R., Li X., Zhang Y.* Suicide rates in China, 1995—99 // Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 835—840.

394. *Phillips M. R., Yang G. et al.* Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study // Lancet. – 2002. – V. 360. – P. 1728—1736.

395. *Pirkis J., Burgess P. et al.* Suicide attempt by psychiatric patients // Social Psychiatry and Psychiatric Epydemiology. – 1999. – V. 34, № 12. – P. 634—644.

396. *Platt S.* Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature // Social Science and Medicine. – 1984. – V. 19. – P. 93—115.

397. *Platt S., Hawton K.* Suicidal behavior and the labor market // International handbook of suicide and suicidal attempted suicide. – New York, 2000. – P. 309—384.

398. *Platt S., Hawton K., Kreitman N. et al.* Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburg & Oxford: a tale of two cities // Psychol. Med. – 1988. – V. 18. – P. 405—418.

399. *Poldinger W.* Suicidal tendencies, anxiety and depression // Depressive illness. Diagnosis, assessment, treatment. – Basle, 1972.

400. *Pommereau X., Delorme M., Druot J.-M., Tedo Ph.-P.* // Psychiatrie Francaise. – 1995. – № 2. – P. 50—60.

401. Prevalence and risk factors of repeated suicidal behaviour: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, 1989—1992 / E. Arensman et al. – 2003.

402. Prevention of suicide. – Geneva : World Health Organization, 1968 (Public Health Papers, № 35).

403. *Price J., Karim I.* Suicide in Fiji: a two-year survey // Acta Psychiat. Scand. – 1975. – V. 52. – Iss. 3. – P. 153—159.

404. *Pritchard C., Baldwin D.* Elderly suicides in Asian and English – speaking countries // Acta Psychiat. Scand. – 2002. – V. 105. – P. 271—275.

405. *Radomsky E. D., Haas G. L.* Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders // Amer. J. Psychiatry. – 1999. – V. 156 (10). – P. 1590—1595.

406. *Rezaeian M.* Post-Publication peer review // Ratsenjan University of Medical Sciences. – 2007. – V. 6 (4). – P. 217—218.

407. *Rich C. L. et al.* Guns and suicide // Amer. J. psychiatry. – 1990. – V. 147. – P. 342—346.

408. *Rich C. L., Runeson B. S.* Similiarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden // Arch. Gen. Psychiatry. – 1992. – V. 43 (6). – P. 577—582.

409. *Rihmer Z., Barsi J. et al.* Suicide in subtypes of primary major depression // J. Affective Disorders. – 1990. – V. 18 (3). – P. 221—225.

410. *Ringel E.* Depression and suicide // Wien. Klin. Wochenschr. – 1985. – Feb. – V. 97 (4). – P. 215—221.

411. *Roberts G. L., Lawrence J. M. et al.* Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims // General Hospital Psychiatry. – 1997. – V. 19 (1). – P. 5—11.

412. *Rorsman B.* Suicide in psychiatric patients: a comparative study // Soc. Psychiatry. – 1973. – V. 8. – P. 55—66.

413. *Rosenthal P. A., Rosenthal S.* Suicidal behaviors by pre-school children // Amer. J. Psychiatry. – 1984. – V. 141, № 4. – P. 520—525.

414. *Rossau C. D., Mortensen P. B.* Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – V. 171. – P. 355—359.

415. *Rossow I.* Regional analysis of alcohol and suicide in Norway: some empirical considerations // Suic. Life. Theat. Behav. – 1995. – V. 147, № 6. – P. 401—409.

416. *Roy A.* Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – V. 109 (2). – P. 121—125.

417. *Roy, A., Linnoila M.* Alcoholism and suicide // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1986. – V. 16 (2). – P. 244—273.

418. *Roy-Byrne P. P., Post R. M. et al.* Suicide and course of illness in major affective disorder // J. Affective Disorders. – 1988. – V. 15 (1). – P. 1—8.

419. *Rudd M. D.* Suicidality in clinical practice: anxieties and answers // J. Clin. Psychol. – 2006. – V. 62. – P. 157—159.

420. *Rudestam K.* Stockholm and Los Angeles: A cross-cultural study of the communication of suicidal intent // J. Consulting and Clinical Psychology. – 1971. – V. 36. – P. 82—90.

421. *Rutz W., von Knorring L., Walinder J.* Frequency of suicide on Gotland after systematic post-graduate education of general practitioners // Acta psych. Scan. – 1989. – V. 80. – P. 151—154.

422. *Saarinen P. I., Lehtonen J., Lönnqvist J.* Suicide risk in schizophrenia: An analysis of 17 consecutive suicides // Schizophrenia Bulletin. – 1999. – V. 25 (3). – P. 533—542.

423. *Saha S., Chant D., McGrant J.* A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? // Arch. Gen. Psychiatry. – 2007. – V. 64. – P. 1123—1131.

424. *Sainsbury P.* Suicide and attempted suicide. In Psychiatrie der Gegenwart. – Springer : Verlag, 1975. – P. 559—603.

425. *Sainsbury P.* Validity and reliability of trends in suicide statistics // WHSQ. – 1983. – V. 36, № 3—4. – P. 339—348.

426. *Sainsbury P.* Depression, suicide and suicidal prevention / A. Roy (Ed.) // Suicide. – Baltimore : Williams & Wilkins, 1986. – P. 73—88.

427. *Sartorius N.* Recent changes in suicide rates in selected eastern European and other European countries / J Editors. L. Pearson, Y. Conwell // Suicide and Aging: international Perspectives. – New York : Springer Publishing, 1996. – P. 169—176.

428. *Schmidtke A. et al.* Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989—1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide // Acta Psychiat. Scandinavica. – 1996. – V. 93. – P. 327—338.

429. *Seiden R. H.* Suicide prevention: a public health // Public policy approach. – 1977. – V. 8. – P. 267—276.

430. *Seiden R. H.* Death in the West – a regional analysis of the youthful suicide rate // West. J. Med. – 1984. – Jun. – V. 140 (6). – P. 969—973.

431. *Seiden R. H.* Campus tragedy: A study of student suicide // J. Abnormal Psychology. – 1966. – V. 13. – P. 242—245.

432. *Shneidman E. S.* Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy // Amer. J. Psychotherapy. – 1984. – V. 38 (2). – P. 319—328.

433. *Simkin S., Bennewith O., Cooper J.* Investigating Official Records of Suicides for Research Purposes // Crisis. – 2012. – V. 33, № 3. –P. 123—126.

434. *Simon G. E., Von Korff M.* Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population // Amer. J. Epidemiology. – 1998. – V. 147 (2). – P. 155—160.

435. *Sloan J. H. et al.* Firearm regulations and rates of suicide: a comparison of two metropolitan // New England J. medicine. – 1990. – V. 322. – P. 369—373.

436. *Smit J. C., Mercy J. A. et al.* Comparison of suicides among Anglos and Hispanic in five southwestern states // Suicide Life Treat. Behav. – 1985. – V. 15, № 1. – P. 15—20.

437. *Soloff P. H., Lis J. A. et al.* Risk Factors for suicidal behavior in borderline personality disorder // Am. J. Psychiatry. – V. 151. – P. 1361—1323.

438. *Soloff P. H., Lynch K. G. et al.* Characteristics of suicide attempts with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study // Am. J. Psychiatry. – 2000. – V. 157. – P. 601—608.

439. *Soni-Raleigh V., Bulusu I. et al.* Suicide among immigrants from the Indian subcontinent // Br. J. Psychiatry. – 1990. – V. 156, № 1. – P. 46—50.

440. *Stack S.* The suicide of Ajax: A note on occupational strain as a neglected factor in suicidology / S. Stack, D. Lester (Eds.) // Suicide and the creative arts. – New York : Nova Science. 2009. – P. 49—53.

441. *Stallone F., Dunner D. L. et al.* Statistical predictions of suicide in depressives // Comprehensive Psychiatry. – 1980. – V. 21 (5). – P. 381—387.

442. *Stankunas M., Kalediene R. et al.* Duration of unemployment and depression: A Cross-Sectional Survey in Lithuania // BMC Public Health. – 2006. – V. 6. – P. 174.

443. *Stanley B., Jones J.* Risk for suicide behavior in personality disorders / D. Wasserman, C. Wasserman (Eds.) // Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A Global perspective. – New York : Oxford University Press, 2009. – P. 287—292.

444. *Stenager E. N., Stenager E., Koch-Henriksen N. et al.* Multiple sclerosis and suicide. An epidemiological study // J. neurology, neurosurgery and psychiatry. – 1992. – V. 55. – P. 542—545.

445. *Stuckler D., Basu S. et al.* The Public Health Effect of Economic Crisis and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis // Lancet. – 2009. – V. 374. – P. 315—323.

446. Suicide prevention in Europe. – Geneva : World Health Organization, 2002.

447. *Summa J.-D.* Krankheit und Alter beim Suizidalterer Menschen // Z. Gerontol. – 1986. – Bd. 21, № 1. – S. 45—51.

448. *Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al.* Suicide risk among cancer patients: experientce at one medical center in Japan 1978—1994 // Japan J. Cancer Results. – 1999. – V. 90. – P. 812—817.

449. *Tatai K.* Socio-cultural aspects of suicide in Japan // Suicidology: Proc. Of the 3th Intern. Congress of soc. psychiatry. – Zagreb, 1971. – P. 60—64.

450. *Tidemalm D. et al.* Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow up // Brit. Med. J. – 2008. – V. 337. – P. 2205.

451. *Timonen M., Viilo K., Sarkioja T. et al.* Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis // Rheumatology. – 2003. – V. 42. – P. 1571—1572.

452. *Twillman R. K.* Concuccent psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression and anxiety in cancer patients // Psychooncol. – 1998. – V. 7 (4). – P. 285—290.

453. *Valle V., Gosney H., Sinclair J.* Qualitative analisis of coroners data into the unnatural deaths of children and adolescents //Child: Care, Health and Development. – 2008. – V. 34. – P. 721—731.

454. *Van Gastel A., Schotte C. et al.* The prediction of suicidal intent in depressed patients // Acta Psych. Scand. – 1997. – V. 96 (4). – P. 254—259.

455. *Varnik P. et al.* Massive Increase in Injury Deaths of Undetermined Intent in ex-USSR Baltic and Slavic Countries: Hidden Suicides? // Scand. J. Public Health. – 2010. – V. 38. – P. 395—403.

456. *Vaulin S. V.* On criteria of suicidal behavior in Russia // Abstracts of the X World Congress of Psychiatry. – Madrid, 1996. – V. 2. – P. 379—380.

457. *Vega W. A., Gil A. et al.* The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African American, Hispanic, African – American and non-Hispanic White boys in early adolescence // Ethnicity and Disease. – 1993. – V. 3. – P. 229—241.

458. *Wang A. G., Nielsen B. et al.* Attempted suicide in Denmark: Assessment of repeated suicidal behavior // Acta Psychiatr. Scand. – 1985. – V. 72. – P. 389—394.

459. *Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. X.* Global suicide rates among young people ages 15—19 // World Psychiatry. – 2005. – № 4. – P. 114—120.

460. *Wasserman D., Varnik A. et al.* Male suicide and Alcohol Consumption in the Former USSR // Acta Psych. Scand. – 1994. – V. 89. – P. 306—313.

461. *Wasserman D., Wasserman C.* Suicidology and suicide prevention. A global perspective / D. Wasserman et al. (eds.). – Oxford : University Press, 2009. – 872 p.

462. *Weeke A.* Causes of death in manic-depressives / Editors M. Schou, E. Strömgren // Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders. – London : Academic Press, 1979. – P. 289—299.

463. *Weissman M. M.* The epidemiology of suicide attempts, 1960—1971 // Arch. Gen. Psychiatry. – 1974. – V. 30. – P. 737—746.

464. *Weyerer S., Wiedenmann A.* Economic Factors and the Rates of Suicide in Germany Between 1881 and 1989 // Psychological Reports. – 1995. – V. 76. – P. 1331—1341.

465. *Whitloch F. A. Suicide* and physical illness / A. Roy (ed.) // Suicide. – Baltimore : Williams& Wilkins, 1985. – P. 151—170.

466. WHO (World Health Organization). The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. – Geneva : WHO, 2001.

467. *Wichstrom L.* Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents // J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2000. – V. 39. – P. 603—610.

468. *Wunderlich U., Bronisch T. et al.* Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behavior // Acta Psych. Scand. – 2001. – V. 104. – P. 332—339.

469. *Wuthrich P.* Social problems of alcoholics // J. Stud. Alcohol. – 1977. – V. 38, № 5. – P. 881—890.

470. *Yamamoto J., Lam J. et al.* Chinese-speaking Vietnamese retugees in Los Angeles: A preliminary investigation / E. Foulks, R. Wintrob, J. Westermeyer, A. Favazza (Eds.) // Current perspectives in cultural psychiatry. – New York : Spectrum, 1977. – P. 113—118.

471. *Yang G. H., Zhou L. N. et al.* The trend and geographic distribution of suicide in Chinese population // Chin. J. Epidemiol. – 2004. – V. 25. – P. 280—284.

472. *Yip P. S., Liu K. Y. et al.* Suicide rates in China during a decade of rapid social changes // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – V. 40. – P. 792—798.

473. *Yousaf U., Christensen M. L., Engholm G. et al.* Suicides among Danish cancer patients 1971—1999 // Brit. J. Cancer. – 2005. – V. 92. – P. 995—1000.

474. *Yuryev A., Varnik A. et al.* Employment status influences suicide mortality in Europe // Intern. J. Social Psych. – DOI : 10.1177/0020764010387059.

475. *Zhang J.* Suicide in Beijing, China, 1992—1993 // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1996. – V. 26. – P. 175—180.

476. *Zhang J., Conwell Y. et al.* Culture, risk factors and suicide in rural China: A psychological autopsy case control study // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – V. 110. – P. 430—437.

477. *Zimmerman S.* Assessment and its role in early intervention // Presented at the Southeastern Regional DEC Conference. – Atlanta, 1990.

478. *Zitrin A. et al.* A public health approach to suicide prevention // Am. J. Public health. – 1975. – V. 65. – P. 144—147.

Приложения

Приложение 1

Тематическая карта
«Анализ суицидальных действий пациентов»

1. Ф.И.О _____
2. Пол: мужской, женский (подчеркнуть)
3. Дата рождения _____ Полных лет _____
4. Место жительства _____
5. Место рождения _____
6. Место работы:
   а) муниципальное предприятие;
   б) промышленное предприятие;
   в) муниципальное промышленное предприятие;
   г) частные и/или коммерческие организации;
   д) не работает:
      – уволенный
      – никогда не работал
      – пенсионер
      – инвалид
7. Инвалидность:
   а) группа _____
   б) по психическому заболеванию _____
   в) по соматическому заболеванию _____
8. Должность:
   а) учащийся
   б) неквалифицированный рабочий
   в) квалифицированный рабочий
   г) служащий
   д) руководящая должность
   е) научный сотрудник
9. Профессия _____
10. Образование:
    а) среднее неоконченное
    б) среднее оконченное
    в) специальные корригирующие учреждения
    г) начальное профессиональное
    д) среднее профессиональное
    е) незаконченное высшее
    ж) законченное высшее
    з) не учился
11. Семейное положение:
    а) состоит в браке
    б) не состоит в браке
    в) разведён
    г) овдовевший
    д) гражданский брак
12. Наличие детей:
    а) нет
    б) да
    в) свыше трёх детей

13. Диагноз: Основной: _____
    Диагноз: Сопутствующий: _____
14. Раннее развитие:
    а) осложнения беременности у матери: _____
    б) родовая травма: _____
    в) врождённые инфекции: _____
    г) инфекции, перенесённые в детстве (менингит, энцефалит, др.) _____
    д) травмы: _____
    е) операции:_____
15. Наследственность: не отягощена, отягощена (нужное подчеркнуть)
16. Отягощённость по психическому заболеванию:
    а) брат, сестра
    б) мать, отец
    в) другие близкие родственники: _____
    г) дальние родственники: _____
17. Отягощённость по алкоголизму:
    а) брат, сестра
    б) мать, отец
    в) другие близкие родственники: _____
    г) дальние родственники: _____
18. Отягощённость по наркомании:
    а) брат, сестра
    б) мать, отец
    в) другие близкие родственники: _____
    г) дальние родственники: _____
19. Отягощённость по суициду:
    а) брат, сестра
    б) мать, отец
    в) другие близкие родственники: _____
    г) дальние родственники: _____
20. Дата попытки ___/_____/_____год
    День недели _____
    Время _____
21. Суицид
    а) первичный
    б) повторный (номер по счету __, способ совершения попыток – самоповешение, отравление (лекарственные вещества, бытовые химические вещества), самовыстрел, прыжок с высоты, колото-резанные раны, вскрытие вен, падение под транспорт, др. _____;
    отношение к предыдущим попыткам: сожаление, стыд, равнодушие, высказывания о повторной попытке, другое: _____
22. Метод:
    а) самоповешение
    б) отравление (лекарственные вещества, бытовые химические вещества)
    в) самовыстрел
    г) прыжок с высоты
    д) колото-резанные раны
    е) е) вскрытие вен
    ж) падение под транспорт
    з) др. _____

23. Суицид на фоне:
    а) нет
    б) да (алкогольное, наркотическое, токсическое опьянение)
24. Вид употребляемого вещества: _____
25. Предшествующие состояния в течение недели до суицида:
    а) нет
    б) да (алкоголь, наркотическое, токсическое опьянение)
26. Вид употребляемого вещества: _____
27. Наличие психотравмирующей ситуации:
    а) нет; б) да
28. Дата возникновения психотравмирующей ситуации:
    ___/_____/_____
29. Варианты психотравмирующей ситуации:
    а) потеря работы (учёбы)
    б) смерть родственников
    в) развод
    г) проф. непригодность
    д) прогрессирующее соматическое заболевание
    е) недостаток денежных средств
    ж) денежный долг
    з) психическое заболевание
    и) другое:_____
30. Цели суицида:
    а) акт мести
    б) воссоединение с умершим
    в) манипуляции
    г) уход от проблемы
    д) болезненные переживания
    е) протест
    ж) привлечение внимания (призыв)
    з) самонаказание
    и) отказ
    к) подражание кумиру
    л) другое:_____
31. Наличие предсмертной записки: да, нет (нужное подчеркнуть)
32. Прекращение суицидальной попытки:
    а) самостоятельно
    б) помощью родственников
    в) с помощью других людей
    г) мед. бригадой
33. Отношение к суициду:
    а) сожаление
    б) стыд
    в) равнодушие
    г) высказывания о повторной попытке
    д) другое: _____

34. Тип личности:
    а) астенический
    б) гипотимный
    в) гипертимный
    г) эксплозивный
    д) шизоидный
    е) эпилептоидный
    ж) эмоционально-лабильный
    з) сенситивный
    и) параноидный (застревающий)
    к) истероидный
    л) психоастенический
    м) тревожный
    н) неустойчивый
    о) другое:_____
35. Динамика основного заболевания
    а) частота обращения к психиатру в течение последнего года_____
    б) количество стационарных госпитализаций в течение последнего года ____
36. Последнее обращение к врачу (общего профиля, психиатру)
    Дата _____
37. Лечение:
    а) психиатрическое _____
    б) принимал: да нет (нужное подчеркнуть)
    в) терапевтическое _____
38. Эффективность лечения:
    а) эффективно
    б) неэффективно
    в) малоэффективно
39. Заметки. Дополнительная информация.

_____
_____
_____

Приложение 2

Тематическая карта «Анализ суицидальных действий пациентов, состоящих под наблюдением у психиатра или психиатра-нарколога по АМО»

1. Дата попытки _____/_____/_____год
   День недели _____
   Время _____
2. Суицид
   а) первичный
   б) повторный
   в) завершённый
   г) незавершённый
3. Метод:
   а) самоповешение
   б) отравление (лекарственные вещества, бытовые химические вещества)
   в) самовыстрел
   г) прыжок с высоты
   д) колото-резанные раны
   е) вскрытие вен
   ж) падение под транспорт
   з) др. _____
4. Суицид на фоне:
   а) нет
   б) да (алкогольное, наркотическое, токсическое опьянение)
5. Вид употребляемого вещества: _____
6. Предшествующие состояния в течение недели до суицида:
   а) нет
   б) да (алкоголь, наркотическое, токсическое опьянение)
7. Вид употребляемого вещества: _____
8. Наличие психотравмирующей ситуации:
   а) нет
   б) да
9. Дата возникновения психотравмирующей ситуации:
   ___/_____/___
10. Варианты психотравмирующей ситуации:
    а) потеря работы (учёбы)
    б) смерть родственников
    в) развод
    г) проф. непригодность
    д) прогрессирующее соматическое заболевание
    е) недостаток денежных средств
    ж) денежный долг
    з) психическое заболевание
    и) другое:_____

11. Цели суицида:
    а) акт мести
    б) воссоединение с умершим
    в) манипуляции
    г) уход от проблемы
    д) болезненные переживания
    е) протест
    ж) привлечение внимания (призыв)
    з) самонаказание
    и) отказ
    к) подражание кумиру
    л) другое: _____
12. Наличие предсмертной записки: да, нет (нужное подчеркнуть)
13. Прекращение суицидальной попытки:
    а) самостоятельно
    б) помощью родственников
    в) с помощью других людей
    г) мед. бригадой
14. Отношение к суициду:
    а) сожаление
    б) стыд
    в) равнодушие
    г) высказывания о повторной попытке
    д) другое: _____
15. Тип личности:
    а) астенический
    б) гипотимный
    в) гипертимный
    г) эксплозивный
    д) шизоидный
    е) эпилептоидный
    ж) эмоционально-лабильный
    з) сенситивный
    и) параноидный (застревающий)
    к) истероидный
    л) психоастенический
    м) тревожный
    н) неустойчивый
    о) другое:_____

Оглавление

Введение 3

Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (обзор литературы) 9

1.1. Распространенность завершенных суицидов и суицидальных попыток в различных странах мира 11

1.2. Факторы риска суицидального поведения 17

1.3. Распространенность и факторы риска суицидов у больных психическими расстройствами 30

1.4. Профилактика суицидального поведения и организация суицидологической помощи 38

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 43

Глава 3. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ, В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 52

3.1. Распространенность завершенных суицидов в Иркутской области 52

3.2. Распространенность завершенных суицидов в Иркутске 68

3.3. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске 75

3.4. Медицинские факторы суицидального риска 82

3.4.1. Соматическая патология лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг. 82

3.4.2. Психическая патология лиц, совершивших завершенные суициды, в Иркутске в 2005—2007 гг. 84

Глава 4. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКА 91

4.1. Социально-демографические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки, в Иркутске за 2005—2007 гг. 91

4.2. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар 104

4.3. Социально-демографические и клинико-психологические предикторы повторных суицидальных попыток пациентов психиатрического стационара 122

Глава 5. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УСТЬ-ОРДЫНСКОГО БУРЯТСКОГО ОКРУГА 151

5.1. Социально-демографические и этнокультуральные характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, населения Усть-Ордынского Бурятского округа 153

5.1.1. Распространенность завершенных суицидов среди населения Усть-Ордынского Бурятского округа 153

5.1.2. Социально-демографические характеристики лиц, совершивших завершенные суициды, бурятской и славянских национальностей населения Усть-Ордынского Бурятского округа 160

5.1.3. Этнокультуральные характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших завершенные суициды, в Усть-Ордынском Бурятском округе 167

5.2. Социально-демографические и этнокультуральные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки, населения Усть-Ордынского Бурятского округа 173

5.2.1. Распространенность суицидальных попыток среди населения Усть-Ордынского Бурятского округа 173

5.2.2. Социально-демографические характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в Усть-Ордынском Бурятском округе 179

5.2.3. Этнокультуральные характеристики суицидальных попыток лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки, в Усть-Ордынском Бурятском округе 186

5.3. Клинические и социально-демографические характеристики лиц бурятской и славянских национальностей, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар 191

Глава 6. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 214

6.1. Социально-демографические и клинические характеристики завершенных суицидов детей и подростков Иркутской области 218

6.1.1. Распространенность завершенных суицидов детей Иркутской области в возрасте 10—14 лет 218

6.1.2. Распространенность завершенных суицидов подростков Иркутской области в возрасте 15—19 лет 221

6.1.3. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершенные суициды 224

6.2. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков Иркутска, совершивших суицидальные попытки 230

6.3. Особенности суицидальных попыток детей и подростков, повлекших госпитализацию в психиатрический стационар, Иркутска 237

Глава 7. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С КРИЗИСНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 247

7.1. Телефонная психотерапевтическая помощь взрослым в превентивной суицидологической службе Иркутска 248

7.2. Телефонная психотерапевтическая детско-подростковая помощь в превентивной суицидологической службе Иркутска ... 255

7.3. Организация работы кабинетов социально-психологической помощи в структуре суицидологической службы Иркутской области 259

7.4. Организация работы кризисного стационара Иркутска 265

7.5. Этапность оказания суицидологической помощи в Иркутске ... 269

7.5.1. Догоспитальный этап суицидологической помощи в Иркутске 269

7.5.2. Госпитальный этап суицидологической помощи в Иркутске 271

Заключение 276

Список использованной литературы 292

Научное издание

Монография

Ворсина Ольга Петровна
Симуткин Герман Геннадьевич

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 28.01.2013 г.

Формат 60x84 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная № 1.
Печать офсетная.
Печ. л.; усл. печ. л.; уч.-изд. л.
Тираж 500. Заказ №

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)40-79-55
E-mail: mail@if.tomsk.ru