

*На правах рукописи*

**Ворсина Ольга Петровна**

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ  
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**14.01.06-Психиатрия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**д и с с е р т а ц и и  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Томск**

**2012**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

**Научный консультант:**

д-р мед. наук

**Симуткин Герман Геннадьевич**

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

**Семке Аркадий Валентинович**  
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

**Говорин Николай Васильевич**  
ГБОУ ВПО Читинская ГМА  
Минздравсоцразвития России

д-р мед. наук, профессор

**Салмина-Хвостова Ольга Ивановна**  
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ  
Минздравсоцразвития России

**Ведущее учреждение:** ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» (Москва).

Защита состоится 12 декабря 2012 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 9 ноября 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**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; 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; Дубравин В. И., 1997; Лазебник А. И., 2001; Васильев В. В., 2001; Семке В. Я., 2000, 2005, 2012; 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 по-прежнему 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 исследования:** 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.

#### **Задачи исследования:**

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.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. В условиях крупного промышленного региона Восточной Сибири, 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. Наиболее важными клиническими прогностическими факторами риска повторяющегося суицидального поведения является совершение первой суицидальной попытки в возрасте до 30 лет, постсуицидальный аффект по типу «холодное спокойствие», наличие расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, злоупотребление психоактивными веществами и отклоняющееся поведение в анамнезе, высокая частота госпитализаций в психиатрический стационар, а также наличие тяжелой соматической патологии.
3. Значимые этнокультуральные 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 в возрасте 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, а у славян – повешения), клинической структуры выявляемых психических расстройств (у бурят – больший удельный вес психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ; 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.

**Научная новизна.** 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, а также изучены клинические факторы, оказывающие влияние 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.). Впервые получены данные о популяционной распространенности среди детей и подростков Иркутска незавершенных суицидальных попыток 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 работы.** 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 результатов исследования 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.

**Апробация работы.** Материалы диссертации доложены и обсуждены на межрегиональной научно-практической конференции «Современные вопросы клиники, терапии психических расстройств» (Иркутск, 2005); межрегиональной научно-практической конференции «Современное состояние и перспективы развития региональной системы здравоохранения» (Иркутск, 2006); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной психиатрии» (Иркутск, 2010); общероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита, 2011); XV Отчетной научной сессии, посвященной 30-летию НИИПЗ СО РАМН (Томск, 2011); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы суицидологии» (Иркутск, 2012); I Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск, 2012); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» (Казань, 2012); Общероссийской научно-практической конференции «Аффективные расстройства в клинике эндогенных психозов» (Иркутск, 2012).

**Публикация материалов исследования:** результаты исследования опубликованы в 27 научных публикациях, из них 14 – в ведущих научных изданиях, рецензируемых ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 373 страницах машинописного текста, из них 370 страниц основного текста. Состоит из введения, глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (всего 475 источников, из них опубликованных в России – 185, иностранных – 290), приложений (2). В тексте диссертации приведены 157 таблиц и 32 рисунка.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с поставленными задачами исследование включало следующие 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 показателей частоты завершенных суицидов за 1991—2010 гг. среди жителей 6 районов Усть-Ордынского Бурятского округа (УОБО); 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; определение клинико-нозологических и социально-демографических характеристик контингента населения, нуждающегося в специализированной помощи такого рода службы.

При изучении эпидемиологических закономерностей завершенных суицидов в Иркутской области, в Иркутске, в 6 районах Усть-Ордынского Бурятского округа использовались материалы информационных систем о частоте суицидальных действий определенных групп населения (данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области (Иркутскоблстат), Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Министерства здравоохранения Иркутской области, ЗАГСов 6 районов Усть-Ордынского Бурятского округа).

Банк данных о количестве завершенных самоубийств в Территориальном органе Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области формировался из представленных следственными органами постановлений о том, что смерть лица наступила

---

\* Для расчета относительных показателей использована оценка возрастного-полового состава населения без учета итогов Всероссийской переписи населения 2010 г. (ВПН-10).

в результате самоубийства. Факт суицида устанавливался следственными органами после осмотра места происшествия, опроса свидетелей и получения результатов патолого-анатомического вскрытия. Для изучения социально-демографических и клинических характеристик лиц, совершивших завершённые суициды, была сформирована выборка из 537 суицидентов Иркутска.

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 Усть-Ордынского Бурятского округа проводилось по вызовам Станций скорой и неотложной медицинской помощи с формированием выборки из 596 лиц, предпринявших суицидальные попытки.

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

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

Основными методами настоящего исследования являлись клинико-эпидемиологический, клинико-катamnестический, 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 и Р. Даймонда (1954); шкала депрессии Бека (BDI, 1961); «Шкала суицидальных мыслей» (SSI, 1979).

Все больные были обследованы автором 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  $\chi^2$  (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).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### *Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших завершённые суициды*

Иркутская область входит в группу регионов России со сверхвысокой суицидальной активностью населения. Количество завершённых суицидов в Иркутской области в 1,7—1,8 раза превышает общероссийские показатели: 2009 и 2010 гг. – 44,6 и 43,1 на 100 тысяч (РФ – 26,2 и 23,5 на 100 тысяч) ( $p<0,05$ ).

Проведенный клинико-эпидемиологический анализ суицидологической ситуации в регионе позволил установить высокую суицидальную активность населения Иркутской области. В 2010 г. интенсивный показатель завершённых суицидов составил  $43,1\pm 1,31$  на 100 тысяч населения (мужчины –  $73,5\pm 2,52$ , женщины –  $14,6\pm 1,04$  на 100 тысяч), т. е. показатель суицидов среди мужчин превышал таковой среди женщин в 5,1 раза ( $p<0,001$ ).

За 2010 г. выявлено 2 возрастных пика суицидальной активности населения: первый – лица 20—39 лет ( $65,4\text{—}61,7$  на 100 тысяч), второй – лица в возрасте 70 лет и старше ( $46,3\pm 4,9$  на 100 тысяч).

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 ( $p<0,001$ ). Наиболее высокий уровень завершенных суицидов среди мужчин выявлен в интервалах 20—29 лет и 30—39 лет (соответственно  $112,4\pm 7,05$  и  $110,4\pm 7,74$  на 100 тысяч) ( $p<0,001$ ), а также в группе 70 лет и старше ( $95,6\pm 13,12$  на 100 тысяч). У женщин наиболее высокий показатель суицидов отмечался в возрасте 70 лет и старше ( $26,3\pm 4,38$  на 100 тысяч).

Анализ возрастной структуры группы лиц, совершивших завершённые самоубийства в 2010 г. ( $n=1047$ , 850 мужчин и 197 женщин), в Иркутской области показал, что наибольшее их количество представляли лица в возрасте 20—29 лет (28,4 %) ( $p<0,001$ ). Самая высокая доля самоубийств, как в мужской субпопуляции (29,9 %), так и в женской (21,8 %), приходилась на возрастную интервал 20—29 лет ( $p<0,001$ ). Большую часть суицидов в Иркутской области совершали лица трудоспособного возраста – 78,5 % (мужчины – 81,0 %, женщины – 67,5 %) ( $p<0,001$ ).

Изучение 20-летней динамики (1991—2010 гг.) завершённых суицидов по Иркутской области свидетельствует о том, что с 1991 г. ( $37,3\pm 1,14$  на 100 тысяч) начинается выраженный рост частоты самоубийств, достигая в 1994—1995 гг. рекордных значений уровня суицидов –  $60,7\pm 1,21$  и  $63,5\pm 1,23$  на 100 тысяч соответственно (рис. 1).

Показано, что за первые 5 лет анализируемого периода частота самоубийств увеличилась в 1,7 раза ( $p<0,001$ ), такая динамика отражает происходившие в стране изменения социальной ситуации: смена общественно-экономической формации, резкое снижение уровня жизни, разочарование в политике государства. В 1996—1998 гг. уровень самоубийств несколько снизился (показатели колебались от  $55,2\pm 1,19$  до  $54,2\pm 1,18$  на 100 тысяч). Однако в 1998 г. эта тенденция прерывается, что хронологически связано с экономическим кризисом, проявившимся так называемым августовским дефолтом. В 1999 г. уровень самоубийств вновь достигает  $61,0\pm 1,22$  на 100 тысяч и остается стабильно высоким до 2002 г. ( $65,2\pm 1,26$  на 100 тысяч). Лишь с 2003 г. начинается постепенное снижение завершённых суицидов с  $58,1\pm 1,23$  до  $43,1\pm 1,14$  на 100 тысяч 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. Динамика завершённых суицидов в Иркутской области за 1991—2010 гг. остается неблагоприятной (темп прироста 15,5 %) и подтверждает существенное влияние макросоциальных факторов на частоту самоубийств.

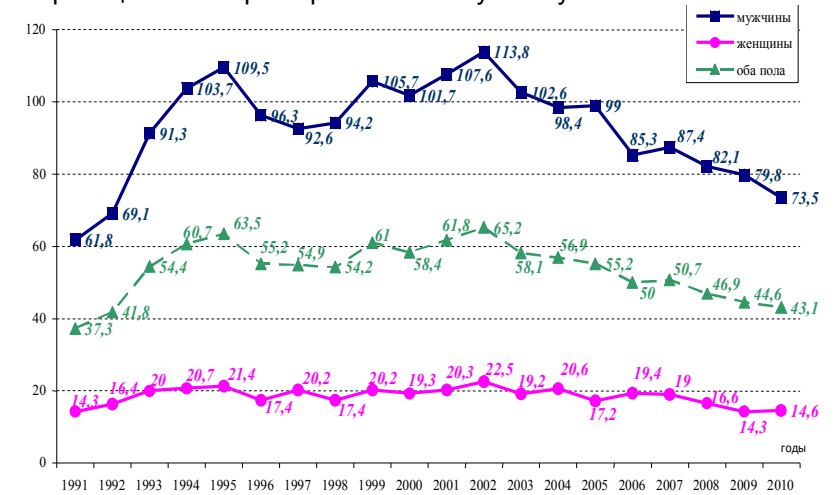


Рис. 1. Динамика частоты суицидов в Иркутской области (на 100 тысяч)

Многолетняя динамика смертности от завершённых суицидов определялась динамикой мужских самоубийств. Общая тенденция распространенности мужских суицидов за 20-летний период остается неблагоприятной (темп прироста составляет 18,9 %).

В женской субпопуляции 20-летняя тенденция уровня самоубийств оказалась более стабильной. Показатели смертности от суицидов в начале изучаемого периода (1991 г.) равнялись  $14,3\pm 0,98$  на 100 тысяч женского населения, в 2010 г. частота женских самоубийств вернулась практически к первоначальным значениям.

При завершённых суицидах преобладали лица со средним (32,4 %) и незаконченным средним (28,1 %) образованием, безработные (31,1 %), не состоящие в браке (66,1 %).

Принадлежность суицидентов к сельским или городским жителям является важной составляющей, влияющей на показатели частоты распространенности суицидов. В 2010 г. интенсивные показатели распространённых суицидов среди сельского населения области были в 2 раза выше, чем среди городского ( $p<0,001$ ).

Заметим, что 20-летняя динамика городских и сельских суицидов отличалась: показатели городских самоубийств уменьшились в 1,2 раза (отрицательный темп прироста – 5,2 %), а сельские суициды увеличились в 1,7 раза (темп прироста составил 69,5 %: мужчины – 66 %, а женщины – 112 %) ( $p < 0,001$ ).

У городских жителей ( $n=537$ , 426 мужчин и 111 женщин) максимальные показатели уровня суицидов наблюдаются в старших возрастных группах – в 70-летнем возрасте и старше (у мужчин еще и в возрастных интервалах 30–39 и 20–29 лет). У сельских жителей ( $n=101$ , 82 мужчины и 19 женщин), как среди мужчин, так и среди женщин, пик суицидов приходится на активный трудоспособный возраст 20–29 лет и 30–39 лет, т. е. на селе наблюдается картина «омоложения» суицидов.

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 %;  $p < 0,01$ ). Среди жителей города достоверно чаще совершались суициды посредством отравления – 16,6 % против 7,9 % ( $p < 0,01$ ). Городские мужчины значительно чаще прибегали к отравлению (11,7 %), чем мужчины на селе (3,7 %) ( $p < 0,01$ ), а сельские женщины чаще, чем городские, – к самоповешению – 73,7 и 48,7 % соответственно ( $p < 0,05$ ).

Доля лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, в группе городских суицидентов составила 51,2 %, в группе сельских жителей – 62,4 % ( $p > 0,05$ ).

Обнаружено, что ведущая роль в формировании суицидального поведения лиц, живущих как в городе, так и в селе, принадлежала реальным конфликтам – 93,0 % ( $p < 0,01$ ). Интенционные характеристики завершенных суицидов были следующие: основной сферой суицидогенных конфликтов оказалась личностно-семейная (60,5 %) ( $p < 0,01$ ), наиболее часто выявляемыми категориями личностного смысла были протест (34,9 %) и призыв (31,2 %) ( $p < 0,01$ ). Продолжительность пресуицидального периода наиболее часто составляла от нескольких часов до суток (39,1 %) ( $p < 0,05$ ).

Соматическая патология встречалась в 50,8 % случаев завершенных суицидов, совершенных в Иркутске. Достоверно чаще соматическими заболеваниями страдали женщины-суицидентки ( $p < 0,001$ ). Наибольшая доля суицидентов с соматической патологией приходилась на возраст 70 лет и старше ( $p > 0,05$ ). В структу-

ре сопутствующих расстройств наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы ( $p < 0,001$ ).

Больные, страдающие психическими расстройствами, традиционно относятся к группе повышенного риска суицидального поведения. Изучение группы психически больных ( $n=61$ , 36 мужчин и 25 женщин), находящихся под наблюдением психиатров, совершивших завершённые суициды в Иркутске в 2005–2007 гг. показало, что средний возраст психически больных, совершивших суицид, оказался меньшим, чем в группе суицидентов, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью ( $39,9 \pm 12,4$  года и  $45,7 \pm 13,6$  года). Отметим, что психическое заболевание нивелирует половые различия в суицидальном поведении – соотношение мужчин к женщинам составило 1,4:1. Анализ приема алкоголя при совершении завершённых 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 ( $p < 0,001$ ). Алкогольное опьянение облегчает совершение суицида у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, но не оказывает такого влияния на суицидальное поведение у психически больных суицидентов. Наибольшее количество суицидов среди психически больных приходится на пациентов, страдающих шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами ( $p > 0,05$ ).

Синдромологически состояние психически больных, совершивших завершённые суициды, было следующим. У 42,6 % выявлялись депрессивные синдромы, с несколько меньшей частотой встречались бредовые синдромы – 34,4 % ( $p > 0,05$ ) и психопатоподобные синдромы – 18,1 % ( $p < 0,01$ ). Наименьшее число пациентов имели невротические синдромы – 4,9 % ( $p < 0,001$ ).

Для сопоставления больных, совершивших самоубийство, с популяцией психически больных была набрана контрольная группа ( $n=50$ ). Больные, которые совершили самоубийство, реже госпитализировались в психиатрическую больницу и в дневной стационар на протяжении жизни и в последние 12 месяцев жизни, реже посещали участкового психиатра по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). 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 ( $p > 0,05$ ).

Продолжительность заболевания отличалась только в группе аффективных расстройств: у суицидентов средний срок заболевания был на 3,5 года меньше, чем среди суицидентов контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

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.

### **Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки**

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство в популяции населения Иркутска в 2005–2007 гг. Было зарегистрировано 3 548 суицидальных попыток, что составило 197,2–210,0 на 100 тысяч населения. При сравнении распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток оказалось, что динамика их соотношения составляет 1:5,9–1:7,5 ( $p < 0,001$ ).

Изучение соотношения лиц, совершивших суицидальные попытки в зависимости от пола, показало преобладание женщин (от  $p < 0,01$  до  $p < 0,001$ ).

Анализ возрастного аспекта суицидентов выявил наиболее высокие показатели в группе 15–19 лет (от 408,2 до 521,1 на 100 тысяч) ( $p < 0,001$ ). У мужчин стабильно высокие показатели отмечались в возрастной группе 20–29 лет (372,2–424,1 на 100 тысяч) ( $p < 0,001$ ), у женщин – среди девушек 15–19 лет (531,3 – 774,3 на 100 тысяч) ( $p < 0,001$ ).

Как оказалось, наибольшую долю как среди мужчин (43,1–44,3 %), так и среди женщин (34,5–35,7 %), предпринявших суицидальные попытки, составляли лица 20–29 лет ( $p < 0,001$ ).

К группам риска совершения суицидальной попытки можно отнести безработных и рабочих и служащих, среди которых отмечалась наибольшая частота суицидальных попыток. Чаще всего суициденты имели среднеспециальное (от 32,0 до 36,3 %) и неполное среднее (26,2–30,9 %) образование ( $p < 0,05$ ). Лишь 28,5–32,0 % суицидентов состояли в браке, большинство же пациентов не имели собственной семьи ( $p < 0,001$ ).

Лица, совершившие суицидальные попытки, наиболее часто прибегали к отравлению (53,1–61,9 %) ( $p < 0,001$ ). У мужчин доминировали самопорезы (49,9–55,7 %) ( $p < 0,001$ ), у женщин – отравление (72,2–76,7 %) ( $p < 0,001$ ). Мужчины чаще женщин от-

давали предпочтение нанесению колото-резаных ран – 52,1 % против 21,8 % ( $p < 0,001$ ) и повешению – 6,4 % против 1,6 % ( $p < 0,001$ ). Женщины чаще, чем мужчины, использовали такой способ суицида, как отравление – 74,6 % против 38,6 % ( $p < 0,001$ ).

Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП. 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 им оказывалась медицинская помощь на месте ( $p < 0,001$ ). Мужчины, 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 госпитализировались в стационары соматического ( $p < 0,001$ ) и психиатрического профиля ( $p < 0,001$ ).

Установлено, что значительное число лиц, предпринявших суицидальную попытку, находились в момент ее совершения в алкогольном опьянении – соответственно 34,0 и 38,8 % (мужчины – 40,9 и 47,5 %; женщины – 26,6 и 31,8 %) ( $p < 0,001$ ).

Проведенное исследование позволило выявить особенности суицидального поведения пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар ( $n = 463$ , 254 мужчин и 209 женщин). В гендерном отношении пациенты с покушениями на самоубийство распределились практически поровну. Подавляющее большинство суицидентов находились в трудоспособном возрасте – 76,2 % ( $p < 0,001$ ), но при этом лишь 28,1 % из них были адаптированы в трудовом отношении ( $p < 0,001$ ). Группами риска в плане суицидальных попыток являются у женщин возрастная группа 15–19 лет, у мужчин – 20–29 лет. Большинство пациентов оказались дезадаптированными в семейном плане, из них лишь 36,0 % состояли в браке ( $p < 0,001$ ).

В большинстве случаев у лиц, совершивших суицидальные попытки (74,1 %), формированию собственно суицидального поведения предшествовал отчетливый досуицидальный период ( $p < 0,001$ ). При анализе суицидальных реакций (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) выявлено, что наиболее часто встречалась реакция, вызванная негативными интерперсональными отношениями (36,5 %) ( $p < 0,001$ ).

Наиболее распространенными мотивами суицидального поведения были призыв и протест, т. е. в основе совершаемых поступков чаще всего было желание каким-либо способом изменить кризисную ситуацию или изменить к ней отношение, а не

собственно желание уйти из жизни ( $p < 0,001$ ). Ведущей сферой суицидального конфликта оказалась лично-семейная – 65,0 % ( $p < 0,001$ ).

Синдромологически у 43,6 % обследованных выявлялись психопатоподобные состояния, реже – депрессивные (28,9 %) ( $p < 0,001$ ), психотические (18,2 %) ( $p < 0,001$ ) и невротические (9,3 %) ( $p < 0,001$ ) синдромы.

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у парасуицидентов показал, что наиболее часто у пациентов обнаруживались органические психические расстройства различного генеза, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – по 22,2 % ( $p > 0,05$ ). Второе место по частоте занимает группа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (18,2 %). Далее следовали группы парасуицидентов с расстройствами личности (13,0 %) и расстройствами настроения (10,8 %).

Нозологические закономерности в зависимости от половой принадлежности суицидентов оказались следующими. У мужчин преобладали больные с органическим поражением головного мозга (28,4 %) и шизофренией (23,2 %) ( $p > 0,05$ ); среди женщин чаще обнаруживались аффективные расстройства (21,5 %) и шизофрения (21,1 %) ( $p > 0,05$ ).

Обнаружено, что в 40,6 % случаев пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар, совершили парасуицид повторно или многократно.

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

Отягощение семейного анамнеза пациентов наличием психических заболеваний наблюдалось в 39,5 % случаев (у 35,8 % мужчин и у 44,0 % женщин).

Более половины мужчин (55,5 %) и более трети женщин (35,4 %), госпитализированных в психиатрический стационар, находились в момент совершения суицидальной попытки в состоянии алкогольного опьянения ( $p < 0,05$ ).

Анализ способов суицидальной попытки выявил преобладание нанесения суицидентами телесных повреждений в виде колото-резаных ран (32,6 %). Несколько реже встретились отравление – 27,6 % ( $p > 0,05$ ), самоповешение – 19,7 % ( $p > 0,05$ ), падение с высоты – 9,7 % ( $p < 0,001$ ). Отравление при суицидальных

попытках чаще наблюдалось у женщин – 37,8 % ( $p < 0,001$ ), у мужчин наиболее распространенными способами были повешение – 26,4 % ( $p < 0,001$ ) и нанесение колото-резаных ран – 36,6 % ( $p = 0,05$ ), т. е. мужчинами выбирались более травматичные способы совершения суицидов.

Как известно, повторение суицидальных попыток является одним из наиболее важных предикторов законченных суицидов (Gaynes B. N., West S. L. et al., 2004). В связи с этим нами была предпринята попытка на основе комплексного клинико-психопатологического и социально-демографического исследования лиц, совершивших первичные ( $n = 100$ ) и повторные ( $n = 75$ ) суицидальные действия, выявить предикторы рецидивирования суицидальных попыток.

Проведенное исследование подтвердило полифакторную природу суицидального поведения, в том числе и повторного, позволило выявить статистически значимые отличия групп пациентов с первичной 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 ( $p < 0,01—0,05$ ). Методом дискриминантного анализа были выделены прогностически значимые факторы риска повторения суицидальных попыток: возраст совершения первой суицидальной попытки до 30 лет, наличие психической патологии более серьезного регистра, деструктивные формы семейного взаимодействия в детстве, злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе, тяжелая соматическая патология.

С целью выявления психологических предикторов рецидивирования суицидальных попыток была сформирована выборка из 60 человек, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрический стационар.

Для выявления особенностей социально-психологической адаптации суицидентов в нашем исследовании использовалась методика «Опросник социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда (1954).

В дальнейшем пациенты были условно разделены на 3 группы. В 1-ю группу (n=30) вошли пациенты с единственной суицидальной попыткой. 2-ю группу (n=30) составили пациенты с повторными суицидальными попытками. 3-я группа (n=60) включала психически здоровых лиц (контроль). В сравнении с контролем оказалось, что в группах суицидентов выявлена социально-психологическая дезадаптация ( $p<0,05$ ), наибольшая дезадаптивность отмечается в группе респондентов с повторным суицидом и характеризуется сниженными уровнями самопринятия (аутоагрессия) ( $p<0,05$ ) и принятия других (гетероагрессия) и эмоциональным дискомфортом.

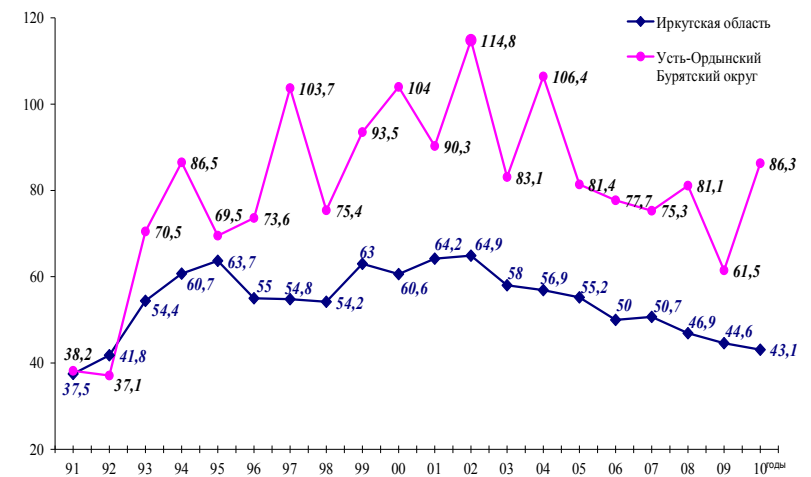
С целью оценки уровня депрессии на материале нашей исследовательской выборки была использована шкала депрессии Бека (1961). Сравнение значений средних показателей по уровню депрессии в обеих группах пациентов достоверной разницы не выявило. Наибольший интерес представляют те суициденты, которые имеют высокий уровень депрессии. Для получения дополнительной информации было проведено исследование по выявлению суицидальных мыслей и желаний. По результатам его проведения обнаружено, что у суицидентов обеих групп, имеющих тяжелую депрессию, отмечено наличие не только суицидальных мыслей, но и устойчивых желаний повторить суицидальную попытку.

Для оценки актуальных суицидальных намерений пациентов была использована «Шкала суицидальных мыслей» (1979). Сравнение показателей шкалы SSI проводилось в группах пациентов с первичной суицидальной попыткой и с повторным суицидом. Выявлено, что суициденты с повторными суицидальными попытками высказывали большую уверенность в своей решительности и компетентности при совершении суицидальной попытки ( $p<0,01$ ), у них чаще отмечали возможность в плане совершения суицида и большую доступность метода ( $p<0,01$ ).

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке программ по оказанию комплексной специализированной суицидологической помощи, осуществляемой в условиях общесоматических и психиатрических лечебных учреждений.

### **Клинические, социально-демографические и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа**

Усть-Ордынский Бурятский округ (УОБО) 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 еще более – с 33,8 на 100 тысяч в 1991 г. до 86,3 на 100 тысяч в 2010 г. ( $p<0,001$ ) (рис. 2).



**Рис. 2. Динамика частоты суицидов в Иркутской области и Усть-Ордынском Бурятском округе (на 100 тысяч населения)**

Изучение распространенности законченных суицидов среди населения УОБО за 2005—2009 гг. (n=505, 420 мужчин и 85 женщин) показало сверхвысокий уровень данного показателя в 6 районах округа. Показатель частоты завершенных суицидов в УОБО превысил областной показатель в 1,4—1,7 раза ( $p<0,001$ ). Соотношение женских и мужских завершенных суицидов составило 1:4,4 и 1:8,0 ( $p<0,001$ ).

Установлено, что наиболее уязвимой возрастной группой, как у мужчин, так и у женщин, совершивших самоубийства, являлась молодежь 20—29 лет. Самые высокие показатели завершенных суицидов наблюдаются у мужчин 20—29 лет (139,2—303,3 на 100 тысяч) ( $p<0,05$ ). Выявлено снижение количества суицидов за

5 лет в большинстве возрастных групп трудоспособного возраста: у мужчин (20—59 лет) – в 1,3—2,1 раза и увеличение в 1,9—2 раза – в старших возрастных группах мужчин (с 60 лет и старше) ( $p < 0,001$ ). У женщин снижение количества суицидов наблюдается в возрастных интервалах 15—29 лет и 40—49 лет и увеличение показателей суицидов в 2,1—3,2 раза в 30—39 лет и 50—59 лет ( $p < 0,001$ ).

Сложившаяся неблагополучная суицидологическая ситуация в Усть-Ордынском Бурятском округе привлекла наше внимание к изучению этнокультуральных аспектов распространенности завершённых суицидов в данной административной территории, национальный состав которой включает бурятскую и славянские (преимущественно русские) этнические группы и разработке на основе полученных данных мер превентивного характера.

За 2002—2007 гг. на территории УОБО было зарегистрировано 724 случая (609 мужчин и 115 женщин) самоубийств, суициденты бурятской национальности составляли 46,0 %, славяне – 50,6 %, число лиц других национальностей было минимальным (3,4 %).

Установлен сверхвысокий уровень распространенности завершённых суицидов в УОБО. Среднегодовой показатель частоты завершённых суицидов на 100 тысяч населения у лиц бурятской национальности составил 105,0; у славян – 85,8 ( $p = 0,19$ ).

Распространённость суицидов у лиц бурятской национальности превышала аналогичные показатели у славян в 1,2—1,4 раза ( $p = 0,01—0,3$ ). 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 завершённых суицидов в обеих субпопуляциях наблюдались в возрастном интервале 20—29 лет. В возрастной категории 10—59 лет уровень суицидов у бурят превышал в 1,2—1,5 раза показатели славян, а начиная с 60 лет суициды у славян встречались в 1,3—2,2 раза чаще, чем у бурят.

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 славянских мужчин УОБО (144,5 на 100 тысяч) ( $p < 0,05$ ). Уровни завершённых суицидов бурятских и славянских женщин не имели отличий.

В структурном отношении наибольшую долю суицидентов составляли лица в возрасте 20—29 лет (буряты – 27,0 % и славяне – 24,6 %) ( $p > 0,05$ ).

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 ( $p < 0,001$ ), но лишь 26,9 % были адаптированы в трудовом отношении ( $p < 0,001$ ). Более половины лиц, совершивших самоубийство, обеих этнических групп были одиноки (55,7 %) ( $p < 0,001$ ).

Сравнение способов суицидов среди суицидентов славянских и бурятской национальностей показало, что подавляющее большинство суицидентов, вне зависимости от пола, выбрали самоповешение ( $p < 0,001$ ): у славян – 94,5 % случаев, у бурят – 97,9 %.

Наибольшее число суицидентов обеих национальностей совершали суициды дома – 68,7 % славян и 64,1 % бурят ( $p < 0,001$ ).

Статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение суицидальной активности наблюдалось у лиц обеих национальностей летом, а среди лиц бурятской национальности и в весенний период ( $p < 0,05$ ).

В обеих этнических группах населения УОБО большинство лиц, совершивших завершённый суицид, в момент совершения самоубийства находились в состоянии алкогольного опьянения – 63,9 % (62,0 % славян и 66,2 % бурят) ( $p > 0,05$ ).

Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам ( $p < 0,001$ ). Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп принадлежало к личностно-семейной сфере ( $p < 0,001$ ). У лиц бурятской национальности чаще, чем у славян, 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 ( $p < 0,05$ ).

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди населения УОБО за 2005—2007 гг. 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.

Динамика соотношения распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток за 3 года представлена показателями 1:1,7; 1:1,9; 1:2,1, что отличается от соотношения аналогичных показателей среди жителей Иркутска (1:5,9; 1:6,6; 1:7,5). Данный факт свидетельствует о более серьезных намерениях расстаться с жизнью среди жителей УОБО, подтвержденных более высоким числом суицидальных попыток, доведенных до конца.

Соотношение числа суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами, также отличалось от общепринятого и составляло 1,2:1—1,5:1. За анализируемый период распространенность суицидальных попыток среди мужчин УОБО увеличилась в 1,3 раза ( $p=0,03$ ) 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 ( $p=0,09$ ).

Наиболее уязвимой возрастной группой, предпринявшей суицидальные попытки, являлась молодежь 20—29 лет, как у мужчин, так и у женщин УОБО ( $p<0,001$ ). Самый высокий показатель суицидальных попыток отмечается у мужчин 20—29 лет (477,1 и 516,0 на 100 тысяч) ( $p<0,001$ ).

Как среди мужчин, так и среди женщин лидерами в возрастной структуре были лица в возрасте 20—29 лет ( $p<0,001—0,1$ ). Большинство лиц, совершивших покушение на самоубийство, составили лица трудоспособного возраста (88,8 и 90,9 %) ( $p<0,001$ ).

Для более подробного изучения этнокультуральных особенностей суицидального поведения была проанализирована выборка ( $n=596$ , 332 мужчины и 264 женщины), включающая лиц славянской ( $n=395$ ) и бурятской ( $n=201$ ) субпопуляций УОБО, совершивших суицидальные попытки в 2005—2007 гг.

Наиболее высокий уровень суицидальных попыток установлен среди лиц славянских национальностей (180,5 на 100 тысяч населения). Частота суицидальных попыток в славянской субпопуляции оказалась в 1,4 раза выше, чем у бурят (124,6 на 100 тысяч) ( $p<0,01$ ).

Среди бурятской субпопуляции за 3 года количество суицидальных попыток возросло в 1,5 раза (с 98,5 до 149,9 на 100 тысяч) ( $p<0,01$ ) на фоне стабильных показателей у славян. Соотношение показателей частоты суицидальных попыток в славянской и бурятской субпопуляциях УОБО колебалось от 1,8:1 до 1,2:1.

Частота суицидальных попыток среди мужчин бурятской национальности за анализируемый период возросла в 1,7 раза (с 112,0 до 191,2 на 100 тысяч) ( $p<0,001$ ), у женщин бурятской национальности – в 1,3 раза (с 86,1 до 111,8 на 100 тысяч) ( $p=0,07$ ), в славянских мужской и женской популяциях количество суицидальных попыток оставалось стабильным.

Зафиксировано, что максимум покушений на самоубийство как среди бурят, так и среди славян наблюдался в возрастном интервале 20—29 лет – 407,5 на 100 тысяч ( $p<0,001$ ) и 484,3 на 100 тысяч ( $p<0,001$ ) соответственно.

Распространенность суицидальных попыток в славянской субпопуляции превышает таковую у бурят в 1,2—1,9 раза, достигая в группах 15—49 лет и 60—69 лет ( $p<0,01$ ) 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) ( $p=0,01$ ). Распространенность покушений на самоубийства у славянских мужчин превышала таковую у бурят в возрастном интервале 15—69 лет в 1,3—3,3 раза, а в возрасте 70 лет и старше суицидальные попытки чаще совершали бурятские мужчины ( $p=0,07$ ).

Частота суицидальных попыток среди женщин славянской субпопуляции УОБО (159,2 на 100 тысяч) также превышала аналогичные показатели бурятских женщин (96,7 на 100 тысяч) ( $p<0,001$ ). В возрастном интервале 10—59 лет незавершенные суициды в 1,3—2,4 раза чаще наблюдались у женщин славянской этнической группы, а в интервале 70 лет и старше суицидальные попытки отмечались только среди женщин славянских национальностей ( $p<0,001$ ).

Максимальная доля лиц, совершивших суицидальные попытки, в обеих этнических группах приходилась на возраст 20—29 лет ( $p<0,001$ ). Образовательный уровень лиц, предпринявших суицидальные попытки, в обеих субпопуляциях не имел отличий. Как среди славян, так и среди бурят большинство ( $p<0,001$ ) имели среднеспециальное и среднее образование – 64,7 %.

Лишь 28,4 % лиц, предпринявших суицидальные попытки, были адаптированы в трудовом отношении, хотя большинство находилось в трудоспособном возрасте. Подавляющее число лиц, совершивших покушение на самоубийство, были одиноки (61,8 %) ( $p<0,001$ ).

Большинство суицидентов обеих этнических групп независимо от пола использовали такой способ суицидальных действий, как отравление (буряты – 50,7 %, славяне – 53,9 %) ( $p < 0,001$ ). Чаще всего, независимо от национальности, суицидальные попытки предпринимались в местах, скрытых от посторонних лиц ( $p < 0,001$ ).

Сравнение сезонного распределения суицидальных попыток у лиц бурятской и славянских национальностей показало преобладание их у бурят летом ( $p < 0,05$ ), а у славян – весной ( $p > 0,1$ ).

Ведущая роль в возникновении суицидального поведения принадлежала реальным конфликтам ( $p < 0,001$ ). Наибольшее число суицидогенных конфликтов у лиц обеих этнических групп принадлежало к личностно-семейной сфере ( $p < 0,001$ ). У лиц бурятской национальности чаще, чем у славян 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 ( $p < 0,05$ ).

Проведенный анализ клинических, социально-демографических и этнокультуральных особенностей суицидальных попыток лиц славянских и бурятской национальностей УОБО за 2005—2007 гг., госпитализированных в психиатрические стационары лечебных учреждений Усть-Ордынского Бурятского округа, 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 ( $p < 0,001$ ).

Славянские мужчины одинаково часто выбирали повешение и отравление – 42,9 и 40,0 % ( $p < 0,05$ ). Бурятские мужчины чаще всего использовали нанесение колото-резаных ранений – 42,9 % ( $p > 0,05$ ). Независимо от национальности, женщины чаще всего прибегали к отравлению ( $p < 0,001$ ). Славянские мужчины достоверно чаще бурят использовали такой способ, как повешение ( $p < 0,01$ ), а буряты чаще славян – нанесение колото-резаных ран ( $p < 0,001$ ).

Отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями выявлялась у 29,3 %, статистически значимых отличий по этому показателю у бурят и славян не выявлено.

Наиболее часто, независимо от национальности, длительность психического заболевания до момента совершения суицидальной попытки составляла более 5 лет ( $p < 0,001$ — $p < 0,01$ ). 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 % против 12,3 % бурят ( $p = 0,11$ ). 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 26,2 % ( $p = 0,23$ ).

В состоянии алкогольного опьянения на момент совершения суицидальной попытки находились 27,5 % славян против 16,9 % бурят ( $p = 0,16$ ), что уступает доли лиц, предпринявших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения в общей популяции населения УОБО – 41,0 % славян ( $p < 0,05$ ) и 41,3 % бурят ( $p < 0,001$ ).

Сравнение клинической структуры психических расстройств среди 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 % против 10,8 % ( $p = 0,003$ ), а доля психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, чаще наблюдалась у бурят – 12,3 % против 2,0 % ( $p = 0,016$ ).

Наблюдалась равная представленность у славян психопатоподобного (41,2 %) и депрессивного (39,2 %) синдромов, реже встречались депрессивно-параноидный – 8,8 % ( $p < 0,001$ ) и невротический – 10,8 % ( $p < 0,001$ ) синдромы. У бурят преобладал депрессивный синдром – 46,2 %, реже встречались психопатоподобный – 33,8 % ( $p = 0,21$ ), депрессивно-параноидный – 12,3 % ( $p < 0,001$ ), невротический – 7,7 % ( $p < 0,001$ ). Статистически достоверной разницы в представленности какого-либо синдрома в зависимости от национальности суицидентов не выявлено.

Наиболее часто встречающимися категориями суицидального поведения у лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированных в стационар, независимо от национальности,

являлись протест и призыв. У лиц бурятской национальности чаще, чем у славян, встречались неагрессивные формы мотиваций (избегание, отказ) ( $p>0,05$ ).

Показано, что достоверно чаще у славян встречался пресуицид, имевший продолжительность от нескольких часов до 1 суток ( $p<0,05$ ), а у бурят по сравнению со славянами чаще продолжительность пресуицида колебалась от нескольких месяцев до 1 года ( $p=0,016$ ), т. е. у пациентов бурятской национальности суицидальные действия были более продуманными и подготовленными.

Приведённые выше результаты свидетельствуют о более высокой суицидальной активности в бурятской субпопуляции, что может быть связано с некоторыми этнокультуральными особенностями бурят, играющими роль в формировании их суицидального поведения.

Первой особенностью являются вопросы религиозной морали. Основной религией у бурят остался шаманизм, главная черта которого – обожествление сил природы, вера в то, что после смерти душа переносится в иной мир, где жизнь продолжается. Такие взгляды значительно уменьшают страх перед смертью, человек готов к таким «перемещениям».

Ещё одной национальной религией бурят является буддизм (ламаизм), буддистские воззрения считают суицид вполне допустимым, не противоречащим основам религиозной морали поступком.

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, изменению формировавшихся веками нравственно-этических норм поведения и духовных ценностей.

В последние 10—15 лет на эти негативные процессы оказали влияние отрицательные социально-экономические показатели развития УОБАО. 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.

### **Особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутской области**

За 1991—2009 гг. на территории Иркутской области было зарегистрировано 2 082 случая самоубийств детей и подростков, из них на возраст 5—9 лет приходилось 0,6 % детей, на 10—14 лет – 13,1 %, на 15—19 лет – 86,3 % ( $p<0,001$ ). Лицами мужского пола было совершено 81 % суицидов, женского пола – 19 %.

Анализ динамики завершённых суицидов детей в возрастной группе 10—14 лет показал, что начиная с 1991 г. (3,7 на 100 тысяч населения) наблюдается рост частоты самоубийств (максимум в 2003 г. – 11 случаев на 100 тысяч) ( $p>0,05$ ). За 19 лет завершённые суициды по области в возрасте 10—14 лет увеличилось в 1,4 раза (темп прироста – 40,5 %) ( $p>0,5$ ). Анализ половых различий показывает, что соотношение самоубийств у мальчиков и девочек колебалось от 1,2:1 до 12,6:1.

У мальчиков произошло увеличение завершённых суицидов в 1,3 раза (темп прироста составляет 29,8 %) ( $p>0,5$ ), у девочек уровень суицидов в 2009 г. (1,5 на 100 тысяч) достиг показателя 1991 г. (1,7 случая на 100 тысяч) ( $p>0,5$ ).

Анализ суицидов детей в городской и сельской местности Иркутской области показывает, что сельские суициды детей превышали аналогичные показатели городских детей от 1,3:1 до 5:1, исключение составили 1995—1996 гг. и 2006 г., когда городские суициды детей превышали сельские – в 1,1—5 раз.

В сельской местности суициды детей к 2009 г. (5,9 на 100 тысяч) имели показатель, практически равный уровню суицидов в 1991 г. (5,8 случая на 100 тысяч). Уровень суицидов городских детей за 19 лет увеличился в 1,3 раза (темп прироста составляет 28,1 %) ( $p>0,5$ ).

Изучение динамики завершённых суицидов подростков Иркутской области свидетельствует о том, что за 19 лет количество завершённых суицидов среди подростков увеличилось в 1,7 раза (с 25,8 до 43,6 на 100 тысяч) (темп прироста составляет 69 %) ( $p=0,05$ ).

Соотношение законченных суицидов среди подростков мужского и женского полов колебалось от 3,1:1 до 5,9:1 ( $p<0,001$ ). У подростков мужского пола число суицидов увеличилось в 1,7 раза (темп прироста – 67 %) ( $p=0,01$ ), у девушек 15—19 лет – возросло в 1,8 раза (темп прироста – 82 %) ( $p<0,001$ ).

Анализ суицидов подростков в городской и сельской популяциях Иркутской области показал, что с 1993 г. сельские подростки стабильно чаще совершали суициды, чем их городские сверстники. Соотношение городских суицидов подростков к сельским за анализируемый период варьировало от 1:1,1 до 1:3,4.

Количество суицидов сельских подростков за 19 лет возросло с 18,8 случая до 70,4 на 100 тысяч, т. е. их уровень увеличился в 3,7 раза (темп прироста – 374 %) ( $p < 0,001$ ). Уровень суицидов городских подростков за анализируемый период повышался в 1,2 раза: с 27,5 до 34,1 на 100 тысяч (темп прироста – 24 %) ( $p = 0,44$ ).

Анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших завершённые суициды, показал следующее. На первом месте в контингенте суицидентов находились лица, нигде не работающие и нигде не учащиеся – 41,6 % ( $p < 0,001$ ). Подавляющее большинство детей и подростков на момент совершения ими самоубийства жили дома с родителями (82,5 %) ( $p < 0,001$ ). Деструктивные формы семейного взаимодействия обнаружены у 51,8 % суицидентов. Отягощённость семейного анамнеза психическими заболеваниями выявлена у 27,1 % детей и подростков, совершивших суициды. 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 являлось патологическим в 89,2 % случаев, наиболее часто встречались авторитарный тип воспитания (51,2 %) и гипоопека (23,5 %) ( $p < 0,001$ ). Различные проявления девиантного поведения 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 завершённых суицидов играли семейные конфликты ( $p < 0,05$ ). 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 %) либо весной (30,7 %) ( $p > 0,05$ ).

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди детей ( $n=76$ ) и подростков ( $n=757$ ) Иркутска за период 2006—2009 гг. Дети в возрасте 10—14 лет, совершившие суицидальные попытки, составили 9,1 %, подростки 15—19 лет – 90,9 % ( $p < 0,001$ ).

Анализ 4-летней динамики частоты суицидальных попыток детей показал, что у мальчиков этот показатель снизился с 66,5 до 44,0 на 100 тысяч ( $p < 0,05$ ), а у девочек данный показатель, напротив, вырос с 84,1 до 115,9 на 100 тысяч ( $p < 0,05$ ). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девочек превышал аналогичный показатель мальчиков в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

Частота суицидальных попыток подростков за 4 года возросла с 440,2 до 500,2 на 100 тысяч населения ( $p = 0,05$ ): у девушек этот показатель увеличился с 576,0 до 669,7 на 100 тысяч ( $p = 0,01$ ), а у юношей он оставался стабильным – 306,9 и 329,3 на 100 тысяч). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девушек превышал аналогичный показатель юношей в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

Выявлено, что соотношение числа суицидальных попыток детей 10—14 лет и подростков 15—19 лет колебалось от 1:5,9 до 1:8,5 ( $p < 0,001$ ). Это согласуется с точкой зрения многих исследователей об учащении суицидального поведения детей и подростков с возрастом (Иовчук Н. М., 1999; Glerget S. et al., 1997; Freeman D. G., 1998). При сравнении распространённости завершённых суицидов и суицидальных попыток детей и подростков оказалось, что динамика их соотношения представлена от 1:19,8 до 1:50,2 ( $p < 0,001$ ).

Покушения на самоубийство чаще совершали лица женского пола: среди детей 10—14 лет – в 1,3—3,7 раза ( $p < 0,001$ ), среди подростков – в 1,8—2,1 раза ( $p < 0,001$ ).

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 %) ( $p = 0,027$ ) и средних специальных учебных заведений (18,0—22,9 %) ( $p = 0,01$ ).

Изучение способов покушений на самоубийство показало, что дети и подростки, совершившие суицидальные попытки в 2006—2009 гг., наиболее часто прибегали к отравлению (60,3—64,5 %) и самопорезам (31,0—35,5 %) ( $p < 0,001$ ). У лиц мужского пола

доминировали самопорезы (51,4—61,5 %) ( $p<0,001$ ), девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению медикаментозными средствами (72,9—78,0 %) ( $p<0,001$ ).

Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках детей и подростков Иркутска можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП. В большинстве случаев требовалась 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.

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) были выявлены в 65,2 % случаев. Наличие психологических проблем в родительской семье в 28,3 % случаев 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 % случаев оно являлось патологическим. Наиболее часто при неправильном воспитании встречался авторитарный тип – 54,3 % ( $p<0,001$ ).

Подавляющее большинство суицидентов до совершения покушения на самоубийство не попадали в поле зрения психиатров ( $p<0,001$ ). 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 %) ( $p<0,001$ ).

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 % ( $p<0,001$ ).

Продолжительность психотравмирующих ситуаций наиболее часто составляла от нескольких дней до 1 месяца – 58,7 % ( $p<0,001$ ).

Наличие пресуицидального периода у детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, было установлено в большинстве случаев – 76,1 % ( $p<0,001$ ). Суицидальное поведение по типу «протеста» наблюдалось в 43,5 % случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации («призыв») встретились у 47,8 %.

Алкогольное опьянение в момент совершения суицидальной попытки было выявлено у 30,4 %, наркотическое опьянение – у 2,2 % детей и подростков.

В большинстве случаев (у 89,1 % детей и подростков) местом покушения на самоубийство служил родительский дом.

Большая часть суицидальных попыток наблюдалась весной (45,7 %) ( $p<0,001$ ). В преобладающем числе случаев дети и подростки предпринимали попытки во второй половине дня (12—18 часов) – 47,9 % ( $p<0,001$ ) или в вечернее время – 39,1 % ( $p<0,001$ ).

Повторное совершение суицидальных попыток имело место у 19,6 % суицидентов, причем 2/3 пациентов с повторными парасуицидами были девушками.

Проведено изучение особенностей суицидальных попыток детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар ( $n=93$ , 42 – лица мужского пола и 51 – лица женского пола). Подавляющее большинство пациентов составили подростки 15—19 лет – 74,2 % ( $p<0,001$ ).

Анализ социального статуса суицидентов показал, что большинство пациентов (44,1 %) являлись учащимися школ. Показательно, что около четверти лиц, совершивших покушение на самоубийство, нигде не учились и не работали, вели праздный образ жизни – 23,7 % ( $p<0,01$ ).

Оценка семейного статуса детей и подростков, совершивших суицидальные действия, показала отсутствие семьи у трети пациентов – 30,1 % являлись биологическими или социальными сиротами и находились в детских домах, приютах, социально-реабилитационных центрах. Одним родителем (чаще всего матерью) воспитывались 25,8 % несовершеннолетних. Лишь у четверти детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, имелась полная семья (25,8 %).

Установлено, что все дети и подростки, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар, страдали той или иной формой психической патологии. Наиболее часто диагностировались эмоцио-

нальные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском или подростковом возрасте – 17,2 % ( $p>0,05$ ). Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте обнаружены у 16,1 % лиц юношеского (18—19-летнего) возраста ( $p>0,05$ ).

Расстройства настроения зафиксированы в 14,0 % случаев. В клиническом плане в 38,5 % случаев депрессия носила преимущественно тревожный характер, по 30,8 % – тоскливый и апатический варианты. Более чем в половине случаев (61,5 %) в клинической картине депрессивных расстройств у детей и подростков на первый план выступали психопатоподобные нарушения в виде конфликтности, грубости, делинквентного поведения и агрессивности.

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.

Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, опиаты, каннабиноиды) в анамнезе наблюдалось у 49,5 % суицидентов.

Большинство детей и подростков, предпринявших суицидальные действия, ранее в поле зрения психиатров не попадали ( $p<0,001$ ). Лишь у 29,1 % ранее были выявлены те или иные психические расстройства.

Проведенный анализ способов суицидальной попытки выявил примерно равную представленность нанесения колото-резаных ран (34,4 %) и отравлений (33,3 %). У юношей и мальчиков доминировали самопорезы (33,3 %), девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению (39,2 %) ( $p<0,001$ ).

Ведущую роль в покушениях на самоубийство играли семейные психогении (конфликты с родителями – 39,8 %). Из ведущих мотивов суицидального поведения чаще всего встречались «протест» (45,2 %) и «призыв» (34,4 %) ( $p=0,148$ ).

Повторное осуществление суицидальных попыток было зарегистрировано у 46,2 % суицидентов, причем таковые встречались с одинаковой частотой независимо от пола.

Следует констатировать, что в целом полученные результаты свидетельствуют о неблагополучной суицидальной ситуации среди детей и подростков Иркутской области и требуют скорейшего принятия мер по ее улучшению.

## **Организационно-методические основы оказания помощи лицам с кризисными состояниями в Иркутской области**

Диагностика суицидального поведения имеет специфические особенности, например, в зависимости от условий, в которых она проводится (амбулатория, стационар, скорая медицинская помощь), от задач, стоящих перед врачами и другими специалистами, а также от этапа суицидологической помощи.

Ниже представлены догоспитальный и госпитальный этапы суицидологической помощи, оказываемой лицам с кризисными состояниями.

### *Догоспитальный этап суицидологической помощи в Иркутске*

1. *Телефон Доверия.* Число суицидальных абонентов, обращающихся на Телефон Доверия, остается стабильным и колеблется от 3,6 до 4,6 %, большинство из которых составляют женщины (57,1 %). Лица, уже имевшие суицидальные тенденции и обратившиеся в дальнейшем 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 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. 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 (КСПП), кабинет суицидолога или в кризисный стационар, составляют единицы. Это может говорить о слабой выявляемости пациентов с кризисными состояниями, недостаточной настороженности в плане выявления 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. В большинстве случаев требовалась токсикологическая помощь (32,4 %-36,5 %). В психиатрическую больницу госпитализировалось 7,6 % – 8,4 % пациентов. У мужчин чаще встречались серьезные суицидальные попытки, требующие госпитализации в хирургические, реанимационные, психиатрические отделения.

#### *Госпитальный этап суицидологической помощи в Иркутске*

1. *Кризисный стационар.* Данное звено помощи было организовано как структурное подразделение Иркутского областного психоневрологического диспансера. Он предназначен для проведения краткосрочной неотложной помощи людям, которые находятся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций, или уже совершившим суицидальные попытки. Большинство поступивших пациентов направляется врачом кабинета социально-психологической помощи (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 %).

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.

3. Многолетний анализ числа пациентов, поступивших в психиатрический стационар в связи с наличием у них суицидоопасных состояний либо после совершения ими суицидальной попытки, показал, что 92—98 % пациентов доставляются бригадой 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.

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 психиатрических воздействий на личность пациента и его окружение, при этом основным принципом программ является индивидуальный подход.

*Первая программа* проводится медицинским психологом или психотерапевтом, она оказывается в рамках работы Телефона Доверия либо на амбулаторном приеме в кабинете социально-психологической помощи пациентам, не имеющим проявлений психических расстройств или выявляющим психогенно обусловленные состояния без суицидальных проявлений. Она включает в себя беседы пациента со специалистами, психологическое тестирование и проведение в случае необходимости индивидуальных или групповых психокоррекционных занятий.

Основная цель первой 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 3 этапа. На первом этапе осуществляется психологическое и психиатрическое консультирование. Второй этап предполагает краткосрочное стационарное лечение в кризисном стационаре с проведением психотерапевтических методик, психологической коррекции, назначением психофармакотерапии. На третьем этапе организовано амбулаторное наблюдение после выписки из стационара в кабинете социально-психологической помощи с последующим продолжением проведения терапии психотропными препаратами, при необходимости проведением семейной психотерапии.

Цель второй программы заключается в поэтапном купировании психических расстройств, сопровождающихся суицидальными проявлениями.

*Третья программа* антикризисных мероприятий предназначена для пациентов, совершивших суицидальную попытку, и также включает в себя 3 этапа. Первый этап – психологическое, психотерапевтическое консультирование. Второй этап совмещает обязательное стационарное лечение в кризисном или психиатрическом стационаре с проведением адекватного психофармакологического и психотерапевтического лечения. Третий этап предполагает обязательное амбулаторное лечение и наблюдение после выписки из стационара.

Целью третьей программы является предупреждение совершения повторного суицида путем достижения стабильного состояния психики и выработки более высокой степени устойчивости к различного рода психогениям.

## 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 соответственно. 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 завершеного суицида и суицидальной попытки чаще выбирались повешение и отравление соответственно ( $p < 0,001$ ).

2. Жители Иркутской области с суицидальным поведением имели особенности социально-демографического профиля.

2.1. Случаи завершеного суицида в 2 раза чаще встречались среди сельского населения по сравнению с проживающими в городе (соответственно  $68,8 \pm 5,0$  и  $34,6 \pm 1,3$  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 завершённые суициды и суицидальные попытки, имели следующие социальные характеристики: статус нигде не обучающихся и не работающих (соответственно 41,6 и 38,3 %) ( $p < 0,05$ ), живущих дома с родителями (соответственно 82,5 и 80,4 %) ( $p < 0,001$ ), наличие деструктивных форм семейного взаимодействия (соответственно 51,8 и 65,2 %), патологические типы семейного воспитания (соответственно 89,2 и 93,5 %) ( $p < 0,001$ ).

3. Лица с психическими расстройствами, совершившие завершённые суициды и суицидальные попытки, имели следующие клинические особенности.

3.1. Суицидальное поведение лиц, совершивших завершённые 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 (соответственно 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 % соответственно), длительность пресуицидального периода составляла от нескольких часов до суток.

3.2. Лица, совершившие завершённые суициды в 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 соответствующих лиц находилось в состоянии алкогольного опьянения (51,2 % случаев – среди проживающих в городе, 62,4 % случаев – 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 завершённые 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 завершённые суициды и суицидальные попытки, различные проявления девиантного поведения в анамнезе отмечались в 31,9 и 28,3 % случаев. Алкогольное опьянение при завершённом 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 завершённых суицидов в популяции у 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 (соответственно 29,0 и 29,4 на 100 тысяч населения,  $p > 0,05$ ). В состоянии алкогольного опьянения совершалось 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 распространённо-

сти 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 (соответственно 32,4 и 10,8 %,  $p<0,01$ ). В то время как у бурят преобладали психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (соответственно 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 преобладал 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 % соответственно,  $p<0,05$ ), с суицидальными попытками – отказ от жизни (соответственно 9,0 и 4,4 %,  $p>0,05$ ) и избегание наказания (соответственно 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.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для повышения эффективности профилактики суицидального поведения среди населения Иркутской области рекомендуется.

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 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 психоактивными веществами 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 психоактивными веществами.

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 работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ворсина О. П. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Современные вопросы клиники, терапии психических расстройств : Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации

психиатрической помощи в Иркутской области. – Иркутск, 2005. – С. 265—266.

2. Ворсина О. П. Современная профилактика суицидального поведения на региональном уровне // Современное состояние и перспективы развития региональной системы здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» : Материалы межрегиональной конференции. – Иркутск, 2007. – С. 174—175.
3. Ворсина О. П. Динамика и структура самоубийств в Иркутской области // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2008. – № 4. – С. 24—26.
4. Ворсина О. П. Особенности суицидального поведения в областном центре Восточной Сибири // **Российский психиатрический журнал**. – 2009. – № 2. – С. 30—33.
5. Ворсина О. П. Особенности суицидального поведения городского и сельского населения Иркутской области // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН. – Томск, 2009. – Вып. 14. – С. 108—109.
6. Ворсина О. П. Суицидальные попытки пациентов, повлекшие госпитализацию в психиатрический стационар // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2009. – № 2 (53). – С. 13—15.
7. Ворсина О. П. Суицидальное поведение населения, проживающего в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2009. – № 3 (54). – С. 101—102.
8. Ворсина О. П. Этнокультуральные особенности суицидального поведения в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе // **Российский психиатрический журнал**. – 2009. – № 5. – С. 23—27.
9. Ворсина О. П. Динамика и структура завершенных суицидов в Иркутске // **Психическое здоровье**. – 2009. – № 6. – С. 28—30.
10. Ворсина О. П. Анализ самоубийств психически больных лиц в Иркутске (2005—2007) // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2009. – № 5 (56). – С. 44—47.
11. Ворсина О. П. Суицидальная активность городского и сельского населения Иркутской области // **Психическое здоровье**. – 2009. – № 11. – С. 8—11.
12. Ворсина О. П., Михалевич И. М. Предикторы повторных суицидальных попыток пациентов психиатрического стационара // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2010. – № 4 (61). – С. 9—14.

13. Ворсина О. П. Суицидальные попытки населения Усть-Ордынского Бурятского автономного округа // Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 337—338.
14. Ворсина О. П. Анализ самоубийств в зависимости от национального состава жителей Усть-Ордынского Бурятского автономного округа // Психическое здоровье населения Дальнего Востока. Региональная научно-практическая конференция в рамках четвертых Яцковских чтений совместно со Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов (Владивосток, 17—18 сентября 2007 г.) / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, проф. И. Г. Ульянова. – Томск; Владивосток, 2010. – С. 17—18.
15. Ворсина О. П. Телефонная психотерапевтическая помощь в превентивной суицидологической службе Иркутска // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2011. – № 2 (65). – С. 57—60.
16. Ворсина О. П., Дианова С. В., Белькова Т. Ю. Особенности суицидального поведения детей и подростков в Иркутске // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2011. – № 5 (68). – С. 20—24.
17. Ворсина О. П. Суицидальные попытки детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар Иркутска // **Уральский медицинский журнал**. – 2011. – № 11. – С. 5—7.
18. Ворсина О. П. Суицидальное поведение госпитализированных детей и подростков // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным: Материалы всероссийской конференции. – М., 2011. – С. 392.
19. Ворсина О. П. Суицидальные попытки детей и подростков в Иркутске // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 28—29.
20. Ворсина О. П. Особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутска // Актуальные вопросы психиатрии: тез. докл. Российской научно-практ. конф. (Чита, 25—26 октября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке, Н. В. Говорина. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 28—31.
21. Ворсина О. П., Симуткин Г. Г. Социально-психологическая адаптация суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар // Wykształcenie i nauka bez granic : Материалы VII международной научно-практ. конф. – Przemysl, 2011. – С. 63—67.
22. Ворсина О. П. Этнокультуральные аспекты суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа: Методические рекомендации. – Иркутск, 2011. – 23 с.

23. Ворсина О. П. Особенности суицидального поведения детей и подростков Иркутской области: Методические рекомендации. – Иркутск, 2011. – 23 с.
24. Ворсина О. П., Баркова Н. П. Психологические характеристики суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2012. – № 1 (70). – С. 50—54.
25. Ворсина О. П. Распространенность завершенных суицидов детей и подростков Иркутской области за 1991—2009 гг. // Актуальные проблемы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практ. конф. – Иркутск, 2012. – С. 29—40.
26. Ворсина О. П., Симуткин Г. Г. Этнокультуральные особенности мотивации и содержания суицидального поведения лиц бурятской и славянских национальностей Усть-Ордынского Бурятского округа // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2012. – № 3 (72). – С. 93—96.
27. Ворсина О. П. Анализ этнокультуральных особенностей мотивации и содержания суицидального поведения лиц бурятской и славянских национальностей Усть-Ордынского Бурятского округа // Материалы Всероссийской научно-практ. конференции с междунар. участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России». – Казань, 2012. – С. 326—327.