

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ

Диссертационный совет Д 14.23.684

На правах рукописи
УДК 616.89-008.441.44-036.2

СЮЙ МАРИНА ВИКТОРОВНА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

14.02.02 - эпидемиология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2025

Работа выполнена на базе Сектора медико-социальных исследований Национального института общественного здоровья при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель:

Касымов Омор Тилегенович

доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник сектора медико-социальных исследований Национального института общественного здоровья при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита диссертации состоится «___» _____ 20__ г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.684 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Национальном институте общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, соучредитель Международная высшая школа медицины по адресу: 720054, г. Бишкек, ул. Интергельпо 1Ф, 2-й этаж, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации - <https://vc.vak.kg/b/142-3mv-t73-gwz>.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Национального института общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34), Международной высшей школы медицины (720054, г. Бишкек, ул. Интергельпо 1Ф) и на сайте <https://vak.kg>.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор

Г. С. Суранбаева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Известно, что в мире ежегодно завершённое самоубийство совершают до 800 000 лиц, смертность от суицида составляет 10,7 на 100 тыс. человек, опережая показатели смертности от ВИЧ/СПИДа, злокачественных новообразований, убийств, с вариациями в разных возрастных группах и странах [ВОЗ, 2023]. Причём самоубийство определяется как направленное на самого себя, вредоносное, преднамеренное действие, приводящий к смерти и число людей, думающих о суициде или пытающихся его совершить, в разы выше [E. D. Klonsky et al., 2016].

Попытки суицида совершаются людьми самых различных возрастных групп, в большей степени самоубийства регистрируются у лиц старше 85 лет или в молодом возрасте, где подростки считаются одной из наиболее уязвимых [G. Martínez-Alés et al., 2022]. По оценкам ВОЗ, завершённое самоубийство является 13 по значимости причиной преждевременной смертности среди людей всех возрастов, пятой - среди подростков в возрасте 10-19 лет, третьей - в возрастной группе от 15 до 44 лет и второй после дорожно-транспортных происшествий у людей в возрасте 15 - 29 лет [A. Z. Ivey-Stephenson et al., 2020]

Глобальный уровень смертности от самоубийств составляет 1,4%, варьируясь от 0,5% в африканских регионах до 1,9% в регионе Юго-Восточной Азии [ВОЗ, 2023]. В планетарном масштабе более 70% самоубийств приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, а их доля насильственных смертей составляет среди женщин 71% и мужчин 50%.

Многие факторы увеличивают риск самоубийства или являются предиктором защиты от него. Попытку суицида чаще совершают лица, пережившие любой вид насилия: жестокое обращение, сексуальное, буллинг, одиночество, непонимание и ссоры в семье и др. Суицидальные мысли - о самоубийстве и их попытки, нефатальное самоповреждающее поведение с заявленным или подразумеваемым намерением умереть, также распространены и являются одними из самых сильных предвестников будущего самоубийства [C. B. Cha, 2019]. Попытка суицида достаточно часто происходят внезапно в кризисных ситуациях, когда человек сталкивается с непреодолимым стрессом - финансовые трудности, разрыв отношений или хроническая болезнь [Е. С. Носова, 2021]. Фактором, усугубляющим глобальные риски самоубийств явилась пандемия COVID-19, вызвавшая негативные эмоции населения (дистресс, беспокойство, страх заражения, депрессия и бессонница), что привело к повышенному риску психических расстройств, хронических травм и стресса, способствуя увеличению суицидальности и суицидального поведения [D. Banerjee et al., 2021; M. T. Hawes et al., 2022; L. Sher, 2020].

Важными факторами риска суицидального поведения у подростков являются: эколого-психологические, социальные, семейные, индивидуальные и др., способствующие самоубийству различными путями - прямыми, косвенными или комбинированными [X. Cao, X. Liu, 2023; X. Q. Liu et al., 2023]. И наоборот, связь и доверительные отношения с семьей, поддержкой родных и близких, существующие позитивные жизненные установки, цели, стремления и мотивы снижают суицидальные мысли и поведение среди лиц во всех возрастных группах и у подростков в частности [В. В. Касьянов, В. Н. Нечипуренко, 2022].

В то же время из числа стран Центральной Азии территория Кыргызской Республики по показателю самоубийств находится на втором месте после Казахстана [ИНМЕ, 2023]. По данным ВОЗ, смертельные случаи от самоубийств в кыргызском государстве достигли 474 или 1,68% от общей смертности, а скорректированные показатели на возраст смертность составляет 8,28 на 100 тыс. населения, что соответствует 92 месту в мире [ВОЗ, 2020].

Национальная система предупреждения суицидов для эффективности должна реализовывать комплексную многосекторальную стратегию профилактики самоубийств с учетом культуральных, социальных и религиозных факторов могущие влиять на отчетность и восприятие самоубийств в разных слоях общества [К. Н. Мамашерип, 2023]. Во многих случаях смерть от суицида не регистрируется, а маскируется под несчастные случаи или другие причины смерти, что приводит к тому, что данные неполные, искаженные или интерпретируются, исходя из особенностей местных сообществ, делая разработку целей профилактики суицидальных попыток более сложной. При этом, не хватает количественных и качественных статистических данных о состоянии распространенности динамики суицидов на территории КР и влиянии социально-демографических, «региональных» и личностных факторов на развитие суицидального поведения среди лиц, проживающих в стране.

Таким образом, актуальность проблемы исследования представляют недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость современного состояния суицидов в КР. Комплекс факторов, имеющих значение в суицидогенезе, изучение индивидуально-личностных характеристик, оказывающих влияние на мотивацию суицидального поведения среди совершивших попытку суицида лиц, фактически в стране не изучались.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема исследования тесно связана с реализацией «Программы Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения КР на 2018-2030 гг.» (блок «Предупреждение суицидов»), а также полезна при разработке «Национальной стратегии по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике».

Цель исследования. Комплексное эпидемиологическое исследование завершённых суицидов в Кыргызской Республике с формированием научно обоснованных мер профилактики.

Задачи исследования:

1. Эпидемиологический анализ завершённых суицидов (2011–2023 гг.) с идентификацией поло-возрастных групп повышенного риска.

2. Изучить уровень суицидальной готовности среди лиц, входящих в группы риска в возрастном аспекте.

3. Определить ключевые мотивы и факторы риска, ассоциированные с совершением суицидов.

4. Разработать научно обоснованную систему профилактики суицидов в Кыргызской Республике

Научная новизна полученных результатов базируется на выделении идентифицированных категорий населения КР с повышенным суицидальным риском. Впервые определены:

- для женщин возрастные периоды риска суицида это 15-19 лет, 25-29 лет, 81-84 года, для мужчин 35-49 лет. Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$).

- выявлена сильная прямая корреляция на уровне $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$), указывающая на сокрытие части суицидов под этими рубриками.

- кросс-секционное исследование (2511 респондентов) лиц из групп риска выявило: попытка суицида была в прошлом у 18% респондентов, мысли о суициде возникают у 35,4% , депрессия выявлена у 30,9% (причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства).

- у 8,5% опрошенных лиц на момент исследования имеется готовность к суициду на фоне статистически значимых различий ($p=0.001$) выраженности факторов риска у людей с готовностью к суициду по сравнению с теми, у которых такой готовности нет.

Практическая значимость полученных результатов. Полученные данные позволяют акцентировать профилактические мероприятия по предупреждению суицидов на группах риска и усилить работу целенаправленно с выявленными факторами риска и мотивами самоубийства.

В Национальном институте общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики внедрена программа обучения для ординаторов и аспирантов по оказанию помощи людям после незавершенного суицида и передаче специалистам, контактирующим с данной категорией лиц с учетом алгоритма информирования о доступе адекватной помощи и планированию/мониторингу популяционных исследований в соответствии с Программой профилактики и контроля неинфекционных

заболеваний в Кыргызской Республике на 2013- 2020 годы (ПП КР от 11.11.2013 г. № 597) – акт внедрения от 30.09.2024 г.

В Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова внедрена программа модульного обучения для семейных врачей «Суицидальное поведение и суициды: общие понятия. Законодательное и нормативное правовое регулирование профилактики суицидального поведения обучающихся» (акт внедрения от 04.10.2024 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Существуют определенные поло-возрастные группы жителей КР, наиболее подверженные риску суицида. Среди женщин это возрастной период 25-29 лет ($8,1 \pm 3,2$ случая на 100 тыс. населения), 15-19 лет ($5,7 \pm 2,7$ случая на 100 тыс. населения) и 81-84 года ($6,4 \pm 5,5$ случая на 100 тыс. нас). Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет ($19,4 \pm 5,0$ случая на 100 тыс. населения). Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$). Корреляция суицидов и уровня безработицы $0,890^{**}$, $p=0,001$, в отличии от корреляции с уровнем бедности $0,626^{**}$, $p=0,001$.

Часть суицидов скрывается под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». Выявлена сильная прямая корреляция по уровню $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного отравления алкоголем ($r=+0,909^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$).

2. Анонимное анкетирование выявляет уровень суицидальной готовности, встречаемость мыслей о суициде и суицидальных попытках в анамнезе, основные предпосылки для совершения суицида. Так выявлено, что 8,5% респондентов имеют на момент анкетирования готовность к суициду, попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов (у 20,5 % женщин и у 13,1 % мужчин), мысли о суициде возникают у 35,4% (у 40,4% женщин, у 25,1% мужчин), у 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства.

3. Кросс-секционное исследование позволяет определить основные факторы риска суицида и мотивы для его совершения. Выявлены статистически значимые различия на уровне $p=0.001$ в выраженности следующих факторов риска у респондентов с готовностью к суициду по сравнению с респондентами, у которых такой готовности нет: предшествующие попытки суицида 51% / 15%, депрессия - 86% / 25,9% ($RR=2.45$), уровень депрессии 18.0 (12.0-23.0) / 6.0 (2.0-10.0); аффективность 4.4 балла (4.0-5.0) / 1.4 (1.0-2.0), $RR=3.5$; несостоятельность 6.0 (5.4-6.8) / 3.0 (2.2-3.4), $RR=2.3$; отсутствие веры в возможность найти выход из любой ситуации 28% / 5%; максимализм, 3.2 (2.6-6.2) / 1.2 (0.4-2.2), $RR=1.45$; временная перспектива, - 4.4 (3.2-5.4) / 2.2 (1.2-2.8), $RR=2.4$; отсутствие близких людей, 58 % / 34%; отсутствие понимания со стороны близких 67% / 26%, $RR=1.37$; антисуицидальный фактор 3.2 (2.2-4.6) / 6.2 (4.8-6.4).

Основными мотивами для совершения суицида являются чрезмерные конфликты в семье (52,3%, RR=1.67), унижения, угрозы и шантаж, (43%, RR=2,69), тотальное отсутствие понимания со стороны близких (47,5%, RR=1,37).

4. Выявленные группы риска, факторы риска и мотивы совершения самоубийства позволяют дать предложения по оптимизации мер по профилактике суицидов.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно произведен сбор и обработка статистической информации с 2011 по 2023 годы, проведен социально-эпидемиологический анализ 5231 суицидентов, анкетирование 2511 респондентов с целью изучения факторов риска суицида, мотивов совершения суицидов, частоты суицидальных попыток в анамнезе, с последующим анализом результатов, предложены меры по профилактике суицидов.

Апробации результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на научно-практических конференциях: молодых ученых «Горы и общественное здоровье - инновационные идеи» (Бишкек, 2022); посвященной к 70-летию образования факультета «Медико-профилактическое дело» Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2023); а также Международном форуме инновации и информатизации общественного здоровья, посвященного 85-летию первого научного медицинского учреждения Кыргызского государства (Бишкек, 2023) и научно-техническом совете Национального института общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Издано 5 научных статей в журналах с высоким импакт-фактором.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 116 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, содержит 12 рисунков и 16 таблицы. Список литературы составляет 133 источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обоснована актуальность исследования, представлены цель, задачи, научная новизна, практическая значимость полученных результатов, основные положения диссертации, выносимые на защиту, личный вклад соискателя, перечислены мероприятия, где были представлены результаты исследования, отражено число публикаций по материалам работы, охарактеризована структура и объём диссертации.

Глава 1 «Суициды в мире (обзор литературы)». Представлен обзор и анализ научных публикаций отечественных и зарубежных авторов по проблемам эпидемиологии суицидов, и их предпосылки с учетом психологии личности и поведения в реальных социально-экономических условиях.

Глава 2 «Методология и методы исследования». Исследовательская работа по изучению эпидемиологических особенностей суицидов в Кыргызской Республике выполнена на основе анализа данных, представленных Национальным статистическим комитетом КР, и данных, полученных при проведении кросс-секционного анкетирования.

2.1 Материалы и объекты исследования.

Объект исследования: 5231 человека, совершившие завершённый суицид, 2511 респондентов, прошедших анонимное анкетирование.

Предмет исследования: эпидемиологические аспекты завершённых суицидов, поло-возрастное и территориальное распределение, мотивы суицида, факторы риска суицида.

Материалы и объём исследования:

- информация по 5231 лицам, совершившим суицид в Кыргызской Республике в период с 2011 по 2023 г (данные сформированы специальными запросами в Национальный статистический комитет КР и обработкой полученных ответов).

- анкетирование 2511 лиц в возрасте 15-45 лет, в том числе 15-19 летние ($n=1411$ чел), и 20-45 летние ($n=1100$ чел), (опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой, шкала депрессии Бека, авторская анкета).

2.2 Методы исследования.

Эпидемиологический метод. Проведен анализ завершённых суицидов в многолетней динамике, а также вовлечение в эпидемический процесс лиц по полу, возрасту, месту жительства. Просчитывалась инцидентность на 100 тысяч популяционной группы (количество случаев за период * 100000/численность данной популяционной группы), темп прироста, гендерное соотношение (x/y), частота встречаемости ($x/(x+y)$), годы потерянной потенциальной жизни.

Кросс-секционное анкетирование респондентов проводилось онлайн через «Google forms» по трем анкетам, которые были соединены в единый блок для удобства анкетлируемых. Первая часть анкетирования представляла сбор информации о респонденте: пол, возраст, регион проживания и место жительства – город или село. Также в анкету были включены вопросы о наличии мыслей о самоубийстве, имеющихся попыток самоубийства и приводящих к ним причин. Вторая часть анкетирования включала опросник суицидального риска Шмелева в модификации Разуваевой (1993). Третья часть анкетирования - шкала депрессии Бека. Дизайн кросс-секционного исследования отражен на рисунке 2.2.1.

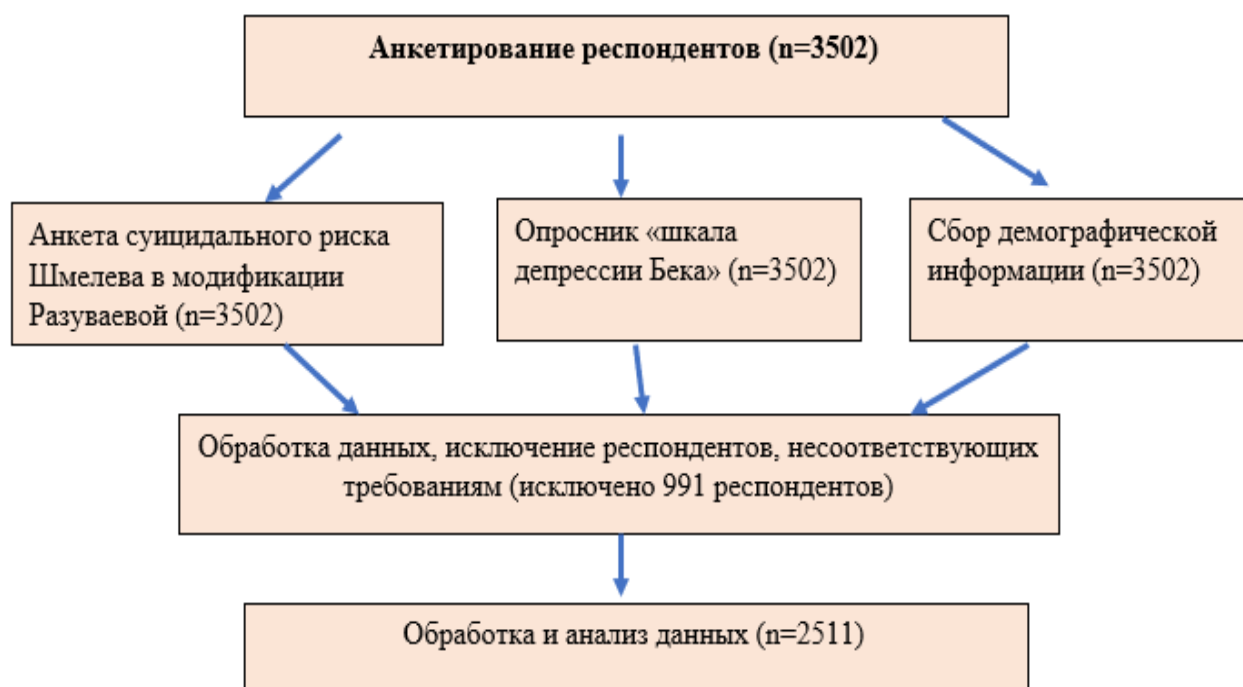


Рисунок 2.2.1 - Дизайн кросс-секционного исследования

Статистические методы. На каждом этапе исследования проводили статистическую обработку анализируемых данных с использованием системы электронных таблиц Microsoft Excel и с применением статистических программ SPSS Statistics. Для обобщения количественных переменных определяли подчиненность распределения данных закону Гаусса. При нормальном распределении выводили среднее значение со стандартным отклонением ($M \pm SD$), а при смещенном - медиану с межквартильным размахом ($Me (Q1-Q3)$). Статистическая значимость разницы средних значений показателей (p -value) определялась с использованием t критерия Стьюдента при нормальном распределении данных, Вилкоксона - при смещенном. Для определения корреляционных связей определялся коэффициент Спирмена.

Результаты собственных исследований представлены в главах 3, 4 и 5.

Глава 3 «Эпидемиологические аспекты завершенных суицидов в Кыргызской Республике (результаты собственных исследований)».

3.1 Анализ завершенных суицидов за период 2011-2023 гг. Для корректного анализа данных мы перевели количество совершенных в год суицидов в инцидентность на 100 тысяч населения. Данные отражены на рисунке 3.1.1.

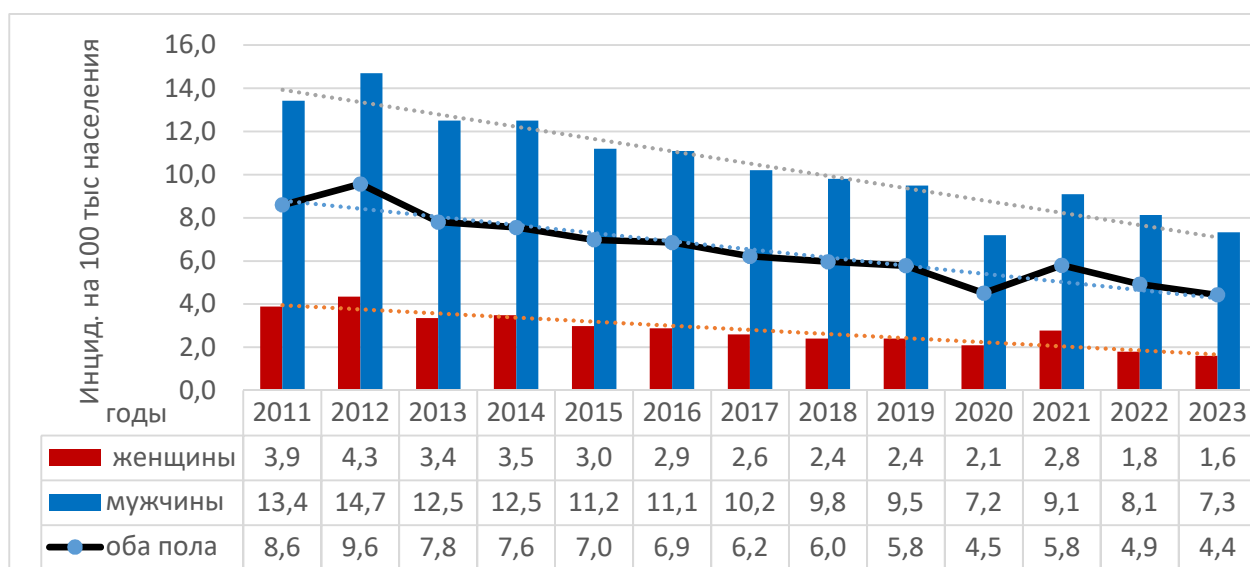


Рисунок 3.1.1 - Инцидентность суицидов в КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс. населения)

Инцидентность завершенных суицидов среди населения Кыргызской Республики была самой высокой в 2012 г. с последующим снижением показателя на всем протяжении анализируемого периода. За 13 лет произошло снижение инцидентности практически в 2 раза, с 8,6 случаев на 100 тыс. населения в 2011 г. до 4,4 случаев на 100 тыс. населения в 2023 г. При этом средняя многолетняя инцидентность составляет 6,5 случаев на 100 тыс. населения, что по классификации Всемирной организации здравоохранения относит Кыргызстан к странам с низким уровнем самоубийств (до 10 человек на 100 тысяч населения).

Описанные выше изменения подтверждаются и при анализе темпа прироста завершенных суицидов по годам, что отражено в таблице 3.1.1. При анализе инцидентности по областям КР наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$), что существенно превышает показатели других областей и указывает на стабильно высокий уровень суицидальной опасности. На втором месте по уровню инцидентности находится Нарынская область - ($12,2 \pm 3,3$) также с выраженными колебаниями в разные годы (от 17,3 в 2014 году до 6,6 в 2020 г.). Чуйская область демонстрирует умеренно стабильную инцидентность на уровне $8,5 \pm 1,8$ с относительным снижением в последние годы (до 5,9 в 2023 году), что отражено на рисунках 3.1.2 и 3.1.3. Баткенская область показывает за все года средние показатели, что отражается и на средней многолетней инцидентности на уровне $6,5 \pm 1,7$.

Таблица 3.1.1 - Темп прироста суицидов в КР за 2011-2023 гг. (%)

Годы	Темп прироста суицидов среди мужского населения (%)	Темп прироста суицидов среди женского населения (%)	Темп прироста суицидов среди всего населения (%)
2012	10,74	12,96	11,25
2013	-13,18	-20,49	-14,89
2014	2,58	6,19	3,36
2015	-8,66	-12,62	-9,54
2016	0,92	-1,11	0,48
2017	-6,36	-11,24	-7,4
2018	-1,29	-5,06	-2,06
2019	-1,31	1,33	-0,79
2020	-22,92	-9,21	-20,16
2021	28,88	37,68	30,9
2022	-7,02	-33,68	-13,45
2023	-8,27	-9,52	-8,5

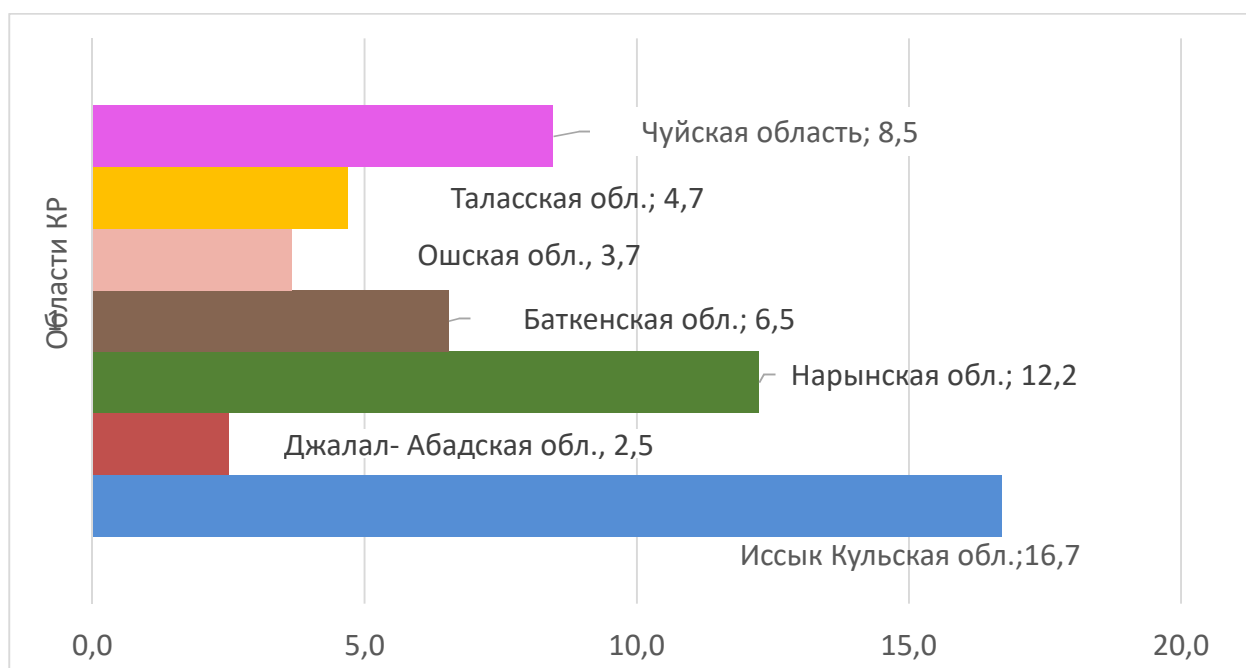


Рисунок 3.1.2 - Средняя многолетняя инцидентность завершённых суицидов по областям КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс. населения области)

Таласская область характеризуется самой высокой дисперсией: в разные годы инцидентность колебалась от 12,5 до 0,7, что указывает на нестабильность показателя и возможное влияние учетных факторов. Наименьшие значения инцидентности зафиксированы в Ошской ($3,6 \pm 0,9$) и Джалал-Абадской ($2,5 \pm 0,9$) области, где уровни завершенных суицидов остаются относительно стабильными на протяжении всего периода наблюдения. Эти различия требуют учёта при планировании профилактических мероприятий, особенно в регионах с выраженной нестабильностью и пиковыми значениями.

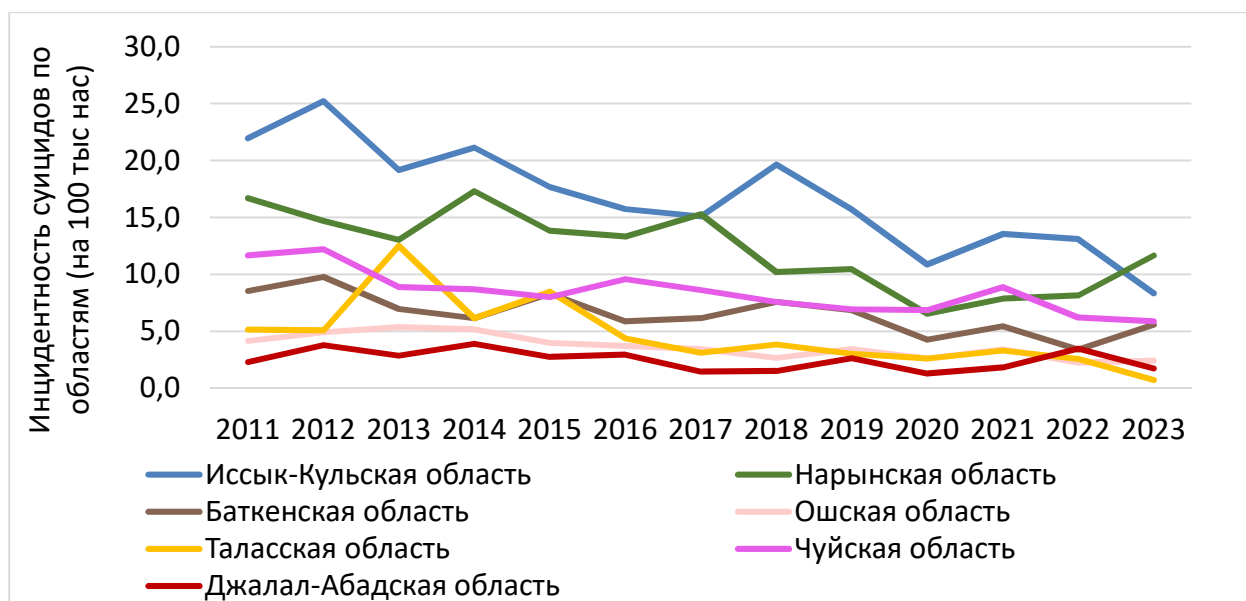


Рисунок 3.1.3 –Инцидентность завершённых суицидов по областям КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс. населения области)

В ходе исследования была проведена корреляционная оценка между уровнем суицидов и некоторыми факторами, что отражено в таблице 3.1.2.

При этом коэффициент корреляции между суицидами и уровнем безработицы составил $r=+0,890$, $p=0.0001$, что можно интерпретировать как сильную прямую (положительную) связь, в отличие от корреляции с уровнем бедности ($r=+0,657^{**}$, $p=0.0001$). Это говорит о том, что как потенциальный предиктор суицида опаснее не общий уровень материальной обеспеченности, а субъективное переживание социальных и психологических последствий безработицы.

Также во время исследования была выявлена сильная прямая корреляция между уровнем смертности от суицидов и уровнями смертности от таких внешних причин, как неумышленное отравление ($r=+0,911^{**}$, $p=0.0001$), случайное отравление алкоголем ($r=+0,909^{**}$, $p=0.0001$), случайное

утопление ($r=+0,889^{**}$, $p=0.0001$). Подобная взаимосвязь зачастую объясняется тем, что часть смертей, классифицируемых как несчастные случаи, например случайное отравление лекарственными средствами, травмы, рубрика «иные причины» в действительности могут представлять собой нераспознанные или умышленно неправильно классифицируемые суициды.

Кроме того, в процессе анализа были установлены сильные положительные (прямые) корреляционные связи между завершенными суицидами и заболеваемостью алкогольной зависимостью ($r=+0,892^{**}$, $p=0.0001$), зависимостью от психо-активных веществ ($r=+0,900^{**}$, $p=0.0001$), с заболеваниями психиатрического профиля ($r=+0,899^{**}$, $p=0.0001$). Подобная связь может быть обусловлена сочетанием факторов - социальной дезадаптации, коморбидной депрессии и нарушений саморегуляции, характерных для зависимых состояний.

Таблица 3.1.2 – Коэффициент корреляции между показателем суицида и некоторыми факторами на территории КР за 2011-2023 гг.

Показатели, с которыми определяется сильная положительная связь завершенных суицидов	Коэффициент корреляции Спирмена	P
Уровень безработицы	+0,890**	0,0001
Уровень бедности	+0,657**	0,0001
Умерло от травм, отравлений и других внешних причин	+0,932**	0,0001
Умерло от неумышленного отравления	+0,911**	0,0001
Умерло от случайного отравления алкоголем	+0,909**	0,0001
Умерло от несчастного случая на транспорте	+0,845**	0,0001
Умерло от случайного утопления	+0,889**	0,0001
Заболеваемость алкогольной зависимостью	+0,892**	0,0001
Численность пациентов с алкогольной зависимостью на учете	+0,841**	0,0001
Численность пациентов психиатрического профиля на учете	+0,899**	0,0001
Заболеваемость зависимостью от ПАВ	+0,900**	0,002
Численность пациентов с зависимостью от ПАВ на учете	+0,865**	0,0001

3.2 Поло-возрастной анализ суицидентов с определением группы риска.

По данным официальной статистики за период с 2011 по 2023 гг. на территории КР было совершено 5231 суицида, из них 4108 (78,5%) случаев среди мужского и 1123 (21,5%) случая среди женского населения (рисунок 3.2.1).

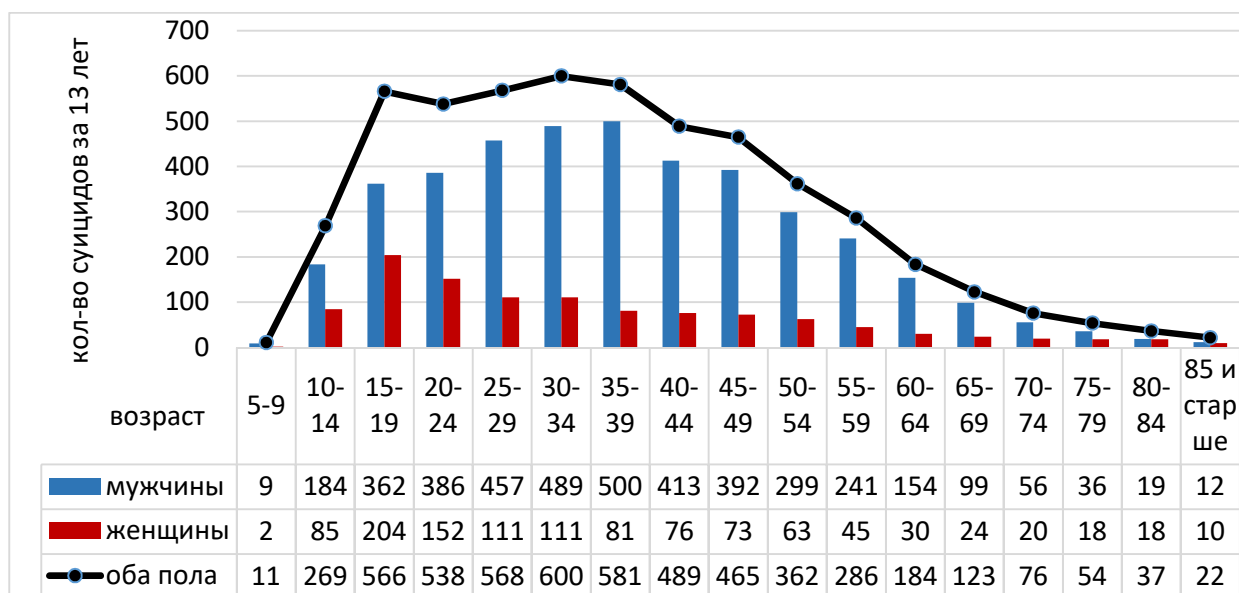


Рисунок 3.2.1 - Количество завершенных суицидов в КР по возрастным группам и полу, за весь период исследования (2011-2023 гг.), абс.

При анализе средней многолетней инцидентности среди мужского пола (табл.3.2.1), самые высокие показатели наблюдаются в возрастной группе «35-39 лет» ($19,9 \pm 6,1$ случаев на 100 тыс. популяционной группы), затем идет возрастная группа «45-49 лет» ($19,6 \pm 4,3$ случаев на 100 тыс. популяционной группы) и возрастная группа «40-44 лет» ($18,8 \pm 4,6$ случаев на 100 тыс. популяционной группы). Эти три возрастных периода идут последовательно, соответственно наиболее критичным для мужчин в плане риска самоубийства является возрастной период, который можно обозначить как «35-49 лет».

В женской популяции (табл 3.2.2) самый высокий показатель средней многолетней инцидентности наблюдается в возрастной группе 25-29 лет (8,2 случая на 100 тысяч популяционной группы, что почти в 3 раза выше средней многолетней инцидентности среди женщин в целом). Далее идет возрастная группа «81-84 года» с инцидентностью 6,4 на 100 тысяч популяционной группы. Доверительный интервал в этой группе слишком широкий, что говорит о том, что статистическую достоверность необходимо проверить, но это связано в первую очередь с маленькой численностью населения этого возраста (колеблется от 11803 до 18082 человек) и с неравномерностью показателя по годам.

Таблица 3.2.1 - Инцидентность завершенных суицидов среди мужского пола по возрастным группам (на 100 тысяч популяционной группы)

Год Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ср. многолетн. инцидентность М ± SD
5-9	0,0	0,0	0,7	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,22±0,4
10-14	4,6	7,1	8,7	5,1	8,2	8,4	6,7	3,5	3,1	2,7	2,8	3,3	2,7	5,1 ±2,3
15-19	17,2	11,7	12,0	10,1	11,5	7,7	8,3	10,7	9,9	7,8	12,3	6,4	7,1	10,2 ±2,9
20-24	11,0	14,2	13,5	13,2	11,2	11,7	10,8	8,9	10,2	6,4	7,7	7,9	9,4	10,5 ±2,4
25-29	19,6	24,4	16,7	19,3	12,0	10,0	9,9	11,9	9,6	7,6	10,4	9,5	7,0	12,9 ±5,4
30-34	24,2	29,4	21,0	15,6	14,9	16,0	17,1	17,0	10,7	9,0	13,9	10,9	10,1	16,1 ±5,9
35-39	27,7	26,9	23,1	30,4	21,5	18,1	23,4	15,0	17,8	13,3	16,7	14,8	10,5	19,9 ±6,1
40-44	22,1	22,0	21,1	21,1	26,5	20,9	18,7	17,8	21,4	13,0	17,5	10,9	11,3	18,8 ±4,6
45-49	20,4	24,7	15,1	25,9	20,9	22,5	18,9	23,8	20,6	11,5	15,9	20,6	14,1	19,6 ±4,3
50-54	14,4	15,3	18,5	15,3	15,8	26,1	12,3	14,5	15,0	16,2	15,9	18,1	15,9	16,4 ±3,3
55-59	15,8	23,1	21,7	20,1	17,0	19,3	16,6	11,1	16,3	12,3	17,0	13,8	11,5	16,6 ±3,8
60-64	15,0	26,4	13,2	15,5	11,8	16,7	18,3	14,6	14,6	14,6	11,7	16,7	7,6	15,1 ±4,3
65-69	28,7	24,5	15,0	12,5	15,6	20,2	8,4	13,6	22,1	10,4	11,5	15,4	20,9	16,8 ±6,0
70-74	24,2	18,9	20,4	4,0	14,4	0,0	10,5	28,4	11,7	19,2	16,9	4,9	15,7	14,6 ±8,2
75-80	15,8	20,4	15,1	23,5	9,0	9,0	18,4	34,8	11,9	7,1	8,1	0,0	12,7	14,3 ±8,8
81-84	30,5	7,9	8,2	9,0	0,0	28,4	9,1	0,0	15,8	22,2	7,8	0,0	17,8	12,1 ±10,3
85 и выше	0,0	17,0	14,5	0,0	23,6	23,2	11,1	10,8	21,6	10,6	10,4	0,0	0,0	11,0 ±8,9
Всего	13,4	14,7	12,5	12,5	11,2	11,1	10,2	9,8	9,5	7,2	9,1	8,1	7,3	10,5 ±2,3

Таблица 3.2.2 - Инцидентность завершенных суицидов среди женского пола по возрастным группам (на 100 тысяч популяционной группы)

Год Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ср. многолетн. инцидентность М ± SD
5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,05±0,1
10-14	2,0	1,2	5,3	4,1	3,2	2,8	2,7	1,5	1,4	1,7	1,3	3,8	0,6	2,4 ±1,4
15-19	10,1	8,5	8,8	7,1	8,9	5,6	4,1	4,1	4,9	4,8	2,6	2,6	2,5	5,7 ±2,7
20-24	6,0	5,8	4,1	3,8	4,2	3,9	4,0	5,2	4,6	3,9	3,2	1,9	4,2	4,2 ±1,1
25-29	11,8	14,9	10,3	12,1	6,7	6,2	7,2	7,4	5,9	5,3	7,4	5,2	4,4	8,1 ±3,2
30-34	5,7	4,1	4,0	2,9	3,7	5,2	2,9	3,5	3,0	2,9	3,5	1,8	3,9	3,6 ±1,0
35-39	2,3	5,1	2,8	6,7	4,4	1,6	1,0	3,0	2,4	2,3	3,1	4,1	2,0	3,1 ±1,6
40-44	3,6	7,2	1,8	3,6	4,1	5,3	2,9	2,3	3,9	3,3	2,7	2,5	0,5	3,4 ±1,7
45-49	3,1	6,3	2,6	4,4	3,8	4,3	3,1	3,6	1,2	4,2	6,5	0,0	1,6	3,5 ±1,9
50-54	6,5	4,2	4,0	3,3	1,9	4,5	3,9	1,3	3,2	0,6	3,2	4,2	0,6	3,2 ±1,7
55-59	1,0	2,9	1,9	3,4	3,2	3,8	3,6	3,5	3,4	0,7	3,4	1,3	1,9	2,6 ±1,1
60-64	7,3	1,4	2,6	2,4	2,3	2,2	1,0	1,0	0,9	2,6	5,6	1,5	0,7	2,4 ±1,9
65-69	0,0	6,2	5,5	6,8	0,0	3,3	3,0	4,2	1,3	0,0	6,1	0,0	4,0	3,1 ±2,6
70-74	2,1	8,6	7,0	2,8	3,3	3,8	0,0	6,3	5,1	0,0	5,6	1,7	1,6	3,7 ±2,7
75-80	9,8	9,5	0,0	5,7	0,0	0,0	2,8	0,0	25,3	8,6	0,0	0,0	0,0	4,8 ±7,4
81-84	9,0	18,0	13,8	9,8	10,5	0,0	4,8	0,0	4,2	0,0	3,9	4,7	5,0	6,4 ±5,5
85 и выше	0,0	16,4	0,0	0,0	12,7	12,7	0,0	5,8	0,0	5,8	0,0	7,4	6,9	5,2 ±5,8
Всего	3,9	4,3	3,4	3,5	3,0	2,9	2,6	2,4	2,4	2,1	2,8	1,8	1,6	2,8 ±0,8

Третья группа, в которой показатель средней многолетней инцидентности более чем в 2 раза превышает средний показатель по женщинам в целом и составляет 5,7 на 100 тысяч популяционной группы – это девушки в возрасте 15-19 лет, где количество самоубийств в некоторые года достигало до 29 случаев за год.

Следует отметить достаточно существенную разницу в инцидентности суицидов при её оценке по полу. Мужское население КР за анализируемый период в 3,5-4 раза чаще чем лица женского пола совершало суицид, за исключение периода пандемии Covid-19, когда суициды у мужчин резко снизились в отличии от женских, что говорит о большей чувствительности женщин к социальной и семейной нестабильности (рисунок 3.2.1)

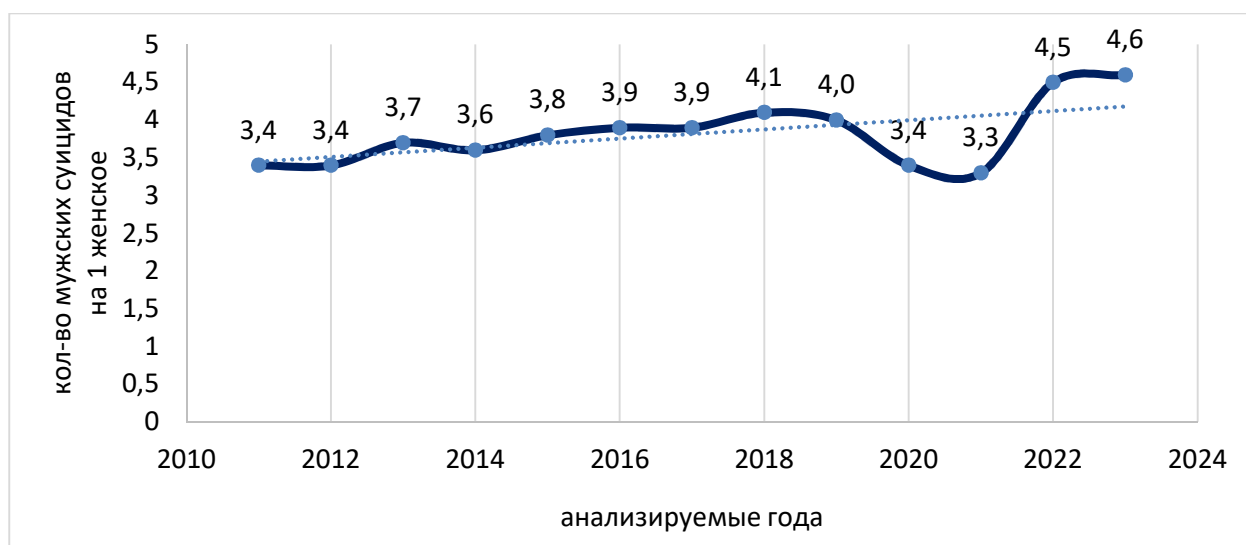


Рисунок 3.2.1 - Соотношение мужского пола по отношению к женскому полу у лиц, совершивших суицид

Поскольку неоднократно поднимался вопрос социальной и экономической значимости суицидов, был просчитан такой эпидемиологический показатель, как Годы потерянной потенциальной жизни (ГППЖ), Анализ показывает, что годы потенциально потерянной жизни по причине суицидов в среднем составляют около 14 тысяч лет в год, причем более 50 % в структуре составляет возрастная группа с 15 до 29 лет, если рассматривать оба пола. При этом, если анализировать мужской и женский пол отдельно, то среди женского пола 38,4 % в структуре ГППЖ составляет возрастная группа с 10 до 19 лет. У мужчин эта возрастная группа (с 10 до 19 лет) занимает 22% в структуре ГППЖ. В среднем, каждый женский суицид отнимает 37,3 года, а 1 мужской - 31,6 лет, что отражено в таблице 3.2.3

Таблица 3.2.3 - Годы потерянной потенциальной жизни по причине завершённых суицидов (за период с 2011 по 2023 год)

Возраст	ГППЖ у мужчин (n= 4408 чел)	ГППЖ у женщин (n=1123 чел)	ГППЖ у обоих полов (n=5231 чел)
5-9	578	128	706
10-14	10893	5032	15925
15-19	19620	11057	30677
20-24	18991	7478	26470
25-29	20199	4906	25106
30-34	19169	4351	23520
35-39	17100	2770	19870
40-44	12060	2219	14279
45-49	9486	1767	11253
50-54	5741	1210	6950
55-59	3422	639	4061
60-64	1417	276	1693
65-69	416	101	517
70-74	0	0	0
75-80	0	0	0
81-84	0	0	0
85 и выше	0	0	0
Всего ГППЖ	139092	41 934	181 026
ГППЖ на 1 суицид	31,6	37,3	34,6
ГППЖ в год	10699,4	3225,7	13925,1

Глава 4 «Суицидальная готовность среди лиц, входящих в группу риска по возрасту (результаты собственных исследований)». Анонимное анкетирование 2511 респондентов в возрасте 15-45 лет позволило выявить мотивы и частоту суицидальных попыток у них в прошлом и обозначить отдельные факторы, которые играют роль предикторов суицида.

4.1 Частота встречаемости мыслей о самоубийстве, суицидальных попыток и депрессии. На момент анкетирования 8,5% (214 человек из 2511) опрошенных респондентов показали готовность к суициду в настоящий момент времени.

Общий процент встречаемости суицидальных мыслей в критических ситуациях составил 35,4% (888 человек из 2511 опрошенных), что указывает на значительное распространение данного психологического феномена среди опрошенных. Гендерные различия играют важную роль: среди женщин этот показатель оказался существенно выше – 40,4% (680 из 1682 женщин), тогда как среди мужчин – 25,1% (208 из 829 мужчин) со статистически достоверным отличием на уровне $p=0.001$. Это различие свидетельствует как о большей эмоциональной восприимчивости женщин, так и о большей готовности открыто говорить о своих психологических трудностях. Наибольшая встречаемость суицидальных мыслей отмечена среди возрастной группы 15-19 лет - 37,1% (524 из 1411 человек), особенно среди девушек, где показатель достигает 42,6%. В группе 20-45 лет суицидальные мысли встречаются реже – 33,1 % (364 из 1100 опрошенных), при этом сохраняется гендерное распределение: у женщин- 37,6%, у мужчин – 24,2%.

Выявлено, что 18,0% (453 из 2511 опрошенных) в прошлом совершали попытку суицида, при этом среди женщин этот показатель был на уровне 20,5% (344 из 1682 опрошенных), среди мужчин – 13,1% (109 из 829 опрошенных) со статистически достоверным отличием на уровне $p=0.01$.

Также нельзя не отметить, что у 30,9% опрошенных (778 из 2511 человек) по шкале депрессии Бека выявлено наличие депрессии, причем у 6,2% (156 из 2511 опрошенных) уровень депрессии выражен настолько, что требует госпитализации и фармакологической терапии.

4.2. Мотивы, факторы риска совершения суицидов. Для того, чтобы определить выраженность факторов риска и антисуицидального фактора, все респонденты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия на момент анкетирования суицидальной готовности.

Респонденты с готовностью к суициду значительно чаще сообщали о предшествующих попытках суицида (51% против 15%, $p=0.001$). Это означает, что в суицидально уязвимой группе каждый второй человек уже ранее предпринимал действия, направленные на лишение себя жизни.

Наличие симптомов депрессии у 86% респондентов из суицидально уязвимой группы (против 25,9% из группы, где готовности к суициду нет) указывает на выраженный психоэмоциональный дисбаланс, особенно если учитывать тот факт, что у 41,6% опрошенных уровень депрессии достигал средней и тяжелой степени выраженности, что обычно является показанием для фармакологического и психотерапевтического лечения. Для сравнения: в контрольной группе средняя степень выраженности симптомов присутствовала всего у 2,9% опрошенных, а тяжелая не наблюдалась вовсе. При этом среднее значение по шкале депрессии Бека в первой группе составило 18.0 (12.0-23.0), а во второй группе 6.0 (2.0-10.0).

Аффективность в первой группе составила 4.4 балла (4.0-5.0), что значительно превышает аналогичный показатель во второй группе -1.4 (1.0-2.0); $p=0.001$. Высокий уровень аффективной нестабильности затрудняет адаптацию к стрессогенным воздействиям и может провоцировать импульсивные реакции, включая суицидальные действия в условиях эмоционального кризиса.

Показатель несостоятельности равен 6.0 (5.4-6.8) против 3.0 (2.2-3.4) у респондентов без готовности к суициду ($p=0.001$), что указывает на выраженный дефицит личностных и волевых ресурсов, что способствует формированию чувства беспомощности – одного из центральных механизмов суицидогенного процесса.

Чувство беспомощности подтверждается и высоким процентом отсутствия веры в возможность найти выход из любой ситуации, который показала первая группа (28% респондентов) против второй группы (5%).

Максимализм в группе риска 3.2 (2.6-6.2) против 1.2 (0.4-2.2) у респондентов без готовности к суициду ($p=0.001$). Этот фактор отражает негибкость мышления и неспособность принимать жизненные неудачи, что в условиях психоэмоционального напряжения может усиливать фрустрацию и снижать способность к конструктивному преодолению трудностей.

Временная перспектива у респондентов с суицидальной готовностью вдвое выше - 4.4 (3.2-5.4), чем у контрольной группы - 2.2 (1.2-2.8), $p=0.001$, что свидетельствует о искаженном восприятии будущего и усиливает восприятие трудностей как непреодолимых.

Отсутствие близких людей, «которым можно выплакаться в любой ситуации», отмечено у 58 % респондентов с готовностью к суициду, что почти в 2 раза выше по сравнению с контрольной группой (34%, $p=0.001$). Отсутствие понимания со стороны близких зафиксировано у 67% респондентов первой группы, тогда как среди лиц без готовности к суициду этот показатель составил лишь 26% ($p=0.001$). Это говорит о социальной отчужденности среди лиц с суицидальной готовностью, что является важным фактором, способствующим переходу от суицидальных мыслей к действиям.

Обращает на себя внимание, что в группе с суицидальным риском респонденты чаще отмечают факты курения, периодического употребления алкоголя и других психоактивных веществ, а также чаще увлекаются компьютерными играми, но статистической значимости различия не достигают, что говорит о том, что эти факторы не являются сами по себе определяющими факторами суицидального поведения, а скорее отражают внутреннюю нестабильность и поиск способов избегания реальности.

Также был проанализирован один из центральных компонентов психологической устойчивости к суициду – антисуицидальный фактор, препятствующий реализации суицидальных намерений. Он оказался

значительно ниже у респондентов с готовностью к суициду - 3.2 (2.2-4.6), чем у контрольной группы - 6.2 (4.8-6.4), $p=0.001$, что говорит о выраженном снижении защитных установок у лиц, находящихся в зоне высокого риска и о необходимости целенаправленного воздействия на этот компонент в рамках психологической коррекции и профилактики суицидов, см табл. 4.2.1.

Таблица 4.2.1 - Сравнение показателей в зависимости от готовности респондента к суициду

Показатели	1 группа респонденты с готовностью к суициду (n=214)	2 группа респонденты без готовности к суициду (n=2297)	P
1	2	3	4
Попытки суицида в прошлом	51%	15%	0.001
отсутствие депрессивных симптомов (0-8 б.)	14,0%	74,1%	0.001
Наличие депрессии:	86,0%	25,9%	0.001
легкая степень депрессии (9-18 б.)	44,4%	22,9%	0.001
средняя степень депрессии (19-29 б.)	39,3%	2,9%	0.001
тяжелая степень депрессии (30-63 б.)	2,3%	0,0%	0.12
Me (Q1-Q3) депрессии	18.0 (12.0-23.0)	6.0 (2.0 - 10.00)	0.001
Факторы риска суицида:			
демонстративность (max 6,0 б.)	3.6 (2.4 - 4.8)	2.4 (1.2 - 2.6)	0.001
аффективность (max 6,6 б.)	4.4 (4.0 - 5.0)	1.4 (1.0 - 3.2)	0.001
уникальность (max 6,0 б.)	3.6 (2.4 - 4.8)	2.4 (1.2 - 3.4)	0.001
несостоятельность (max 7,5 б.)	6.0 (5.4 - 6.8)	3.0 (2.2 - 3.4)	0.001
социальный пессимизм (max 6,0 б.)	4.0 (3.0 - 5.0)	3.0 (2.2 - 3.4)	0.001
слом культуральных барьеров (max 6,9 б.)	2.3 (2.1 - 3.6)	1.3 (1.2 - 2.4)	0.001

продолжение таблицы 4.2.1

1	2	3	4
максимализм (max 6,4 б.)	3.2 (2.6 - 6.2)	1.2 (0.4 - 2.2)	0.001
временная перспектива (max 6,6 б.)	4.4 (3.2 - 5.4)	2.2 (1.2- 2.8)	0.001
Антисуицидальный фактор (max 6,4 б.)	3.2 (2.2 -4.6)	6.2 (4.8 - 6.4)	0.001
увлечение компьютерными играми	20%	15%	0.38
курение	31%	24%	0.18
алкогольные напитки 1 раз в неделю и чаще	9%	6%	0.26
периодическое употребление ПАВ	9%	7%	0.12
отсутствие близких людей, которым можно "выплакаться" в любой ситуации	58%	34%	0.001
отсутствие понимания со стороны близких	67%	26%	0.001
отсутствие веры в возможность найти выход из любой ситуации	28%	5%	0.001

Расчет относительного риска (RR) с 95% ДИ совершения суицида показал результаты, представленные в таблице 4.2.2.

Данные таблицы 4.2.2. подтверждают весомость тех показателей, которые были описаны ранее, а также подчеркивают, что основными мотивами для совершения суицида являются чрезмерные конфликты в семье (52,3%, RR=1.67), унижения, угрозы и шантаж, (43%, RR=2,69), тотальное отсутствие понимания со стороны близких (47,5%, RR=1.37). Полные данные по мотивам совершения суицида указаны в таблице 4.2.3.

Таким образом, сочетание мыслей о суициде, депрессивного состояния, непонимания со стороны близких людей и таких факторов, как аффективность, максимализм и ощущение несостоятельности является существенным прогностическим фактором риска и требует разработки целенаправленных мер профилактики.

Таблица 4.2.2 - Относительный риск совершения суицида

Факторы риска	Есть попытка суицида (n=453)	%	Нет попытки суицида (n=2058)	%	Относительный риск (RR)	ДИ 95%	Критерии χ^2	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Демонстративность	253	55,85	612	29,74	2.4	2.03-2.8	112,10	0.001
Аффективность	409	90,29	1412	68,61	3.5	2.6-4.7	87,54	0.001
Уникальность	265	58,50	607	29,49	2.64	2.24-3.13	137,79	0.001
Несостоятельность	289	63,80	796	38,68	2.3	1.94-2.75	95,46	0.001
Социальный пессимизм	397	87,64	1488	72,30	2.35	1.8-3.06	46,65	0.001
Слом культуральн. барьеров	116	25,61	327	15,89	1.6	1.33-1.93	24,13	0.001
Максимализм	344	75,94	1373	66,72	1.45	1.19-1.78	14,60	0.001
Временная перспектива	240	52,98	559	27,16	2.4	2.04-2.84	114,07	0.001
Антисуицидальный фактор	426	94,04	1945	94,51	0.93	0.65-1.3	0,16	0,690
Мотивы								
Безответная любовь или расставание	87	19,21	386	18,76	1.02	0.82-1.26	0,05	0,820
Унижения, угрозы, шантаж	446	98,45	1963	95,38	2.69	1.3-5.54	8,98	0,003
Сложная финанс. ситуация	90	19,87	412	20,02	0.99	0.8-1.2	0,01	0,842
Проблемы в учебе	56	12,36	213	10,35	1.17	0.9-1.5	1,57	0,210

продолжение таблицы 4.2.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Чрезмерные конфликты в семье	237	52,32	758	36,83	1.67	1.4-1.97	37,20	0.001
Чувство безнадежности	209	46,14	925	44,95	1.04	0.88-1.22	0,21	0,645
Мсть	51	11,26	251	12,20	0.92	0.7-1.2	0,31	0,578
Потеря близкого	181	39,96	734	35,67	1.16	0.98-1.37	2,95	0,086
Отсутствие понимания	215	47,46	783	38,05	1.37	1.16-1.61	13,70	0.001
Тотальное одиночество	171	37,75	741	36,01	1.06	0.89-1.26	0,48	0,480
Неизлечимое телесное заболевание	55	12,14	306	14,87	0.83	0.63-1.06	2,24	0,134
Психич.заболевание	143	31,57	960	46,65	0.58	0.49-0.7	4,27	0.06
Общие данные								
Готовность к суициду	109	24,06	105	5,10	3.4	2.8-4.01	171,19	0.001
Наличие депрессии	244	53,86	565	27,45	2.45	2.08-2.89	118,57	0.001

Таблица 4.2.3 - Мотивы самоубийства, указанные респондентами с попыткой суицида в анамнезе

место пропис-ки	возраст	пол	опрошено (кол-во людей с суицид. попыт.)	чрезмер. конфликт в семье	чувство безнадеж-ности (нет выхода)	никто не понимает	унижения, угрозы и шантаж	потеря близко-го	Безот- ветная любовь	сложна я финанс. ситуац	месть, желание доказать что-то	Пробле- мы с учебой	психич. или телесное заболев
			чел	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
город	15-19	оба пола	170	52,4	49,4	44,1	41,2	45,9	34,1	17,1	7,6	14,1	8,8
		м	41	53,7	58,5	41,5	53,7	36,6	26,8	24,4	14,6	17,1	17,1
		ж	129	51,9	46,5	45,0	37,2	48,8	36,4	14,7	5,4	13,2	6,2
	20-45	оба пола	136	46,3	49,3	45,6	50,0	44,9	16,2	24,3	10,3	8,1	14,7
		м	28	42,9	50,0	50,0	92,9	46,4	25,0	32,1	14,3	14,3	14,3
		ж	108	47,2	49,1	44,4	38,9	44,4	13,9	22,2	9,3	6,5	14,8
село	15-19	оба пола	68	63,2	36,8	58,8	42,6	36,8	20,6	19,1	11,8	14,7	8,8
		м	21	66,7	38,1	52,4	23,8	28,6	19,0	28,6	9,5	19,0	4,8
		ж	47	61,7	36,2	61,7	51,1	40,4	21,3	14,9	12,8	12,8	10,6
	20-45	оба пола	79	53,2	41,8	48,1	35,4	41,8	26,6	24,1	25,3	13,9	26,6
		м	19	31,6	42,1	36,8	47,4	31,6	21,1	31,6	31,6	10,5	21,1
		ж	60	60,0	41,7	51,7	31,7	45,0	28,3	21,7	23,3	15,0	28,3
город+ село	15-19	оба пола	238	55,5	45,8	48,3	41,6	43,3	30,3	17,6	8,8	14,3	8,8
		м	62	58,1	51,6	45,2	43,5	33,9	24,2	25,8	12,9	17,7	12,9
		ж	176	54,5	43,8	49,4	40,9	46,6	32,4	14,8	7,4	13,1	7,4
	20-45	оба пола	215	48,8	46,5	46,5	44,7	43,7	20,0	24,2	15,8	10,2	19,1
		м	47	38,3	46,8	44,7	74,5	40,4	23,4	31,9	21,3	12,8	17,0
		ж	168	51,8	46,4	47,0	36,3	44,6	19,0	22,0	14,3	9,5	19,6
ВСЕГО	ВСЕГО	оба пола	453	52,3	46,1	47,5	43,0	43,5	25,4	20,8	12,1	12,4	13,7
		м	109	49,5	49,5	45,0	56,9	36,7	23,9	28,4	16,5	15,6	14,7
		ж	344	53,2	45,1	48,3	38,7	45,6	25,9	18,3	10,8	11,3	13,4

Глава 5 «Оптимизация суицидологической помощи в Кыргызской Республике».

В настоящее время в Кыргызской Республике статистический учёт завершённых и особенно незавершённых суицидов остаётся фрагментарным и недостаточно координированным, что затрудняет как анализ реальной эпидемиологической картины, так и оценку эффективности реализуемых профилактических мер. Достаточно еще раз подчеркнуть, что, например, по информации, предоставленной UNICEF [18], данные МВД КР и Национального статистического комитета КР различаются на 26-43% (рис 5.1.1.), а на запрос в Национальный статистический комитет КР о предоставлении информации о незавершенных суицидах был получен официальный ответ, что такой информации не имеется.

5.3 Разница между данными Нацстаткома и МВД по количеству случаев суицида

Сравнение данных Нацстаткома и МВД по суицидам среди подростков (в возрасте 10-18 лет) и молодежи (в возрасте 19-29 лет) за

все годы не представлялось возможным, так как по молодежи МВД предоставило данные только с 2014 по 2018 год. Поэтому в разделе ниже приводится сравнение данных по подросткам и молодежи за период 2014-2018.

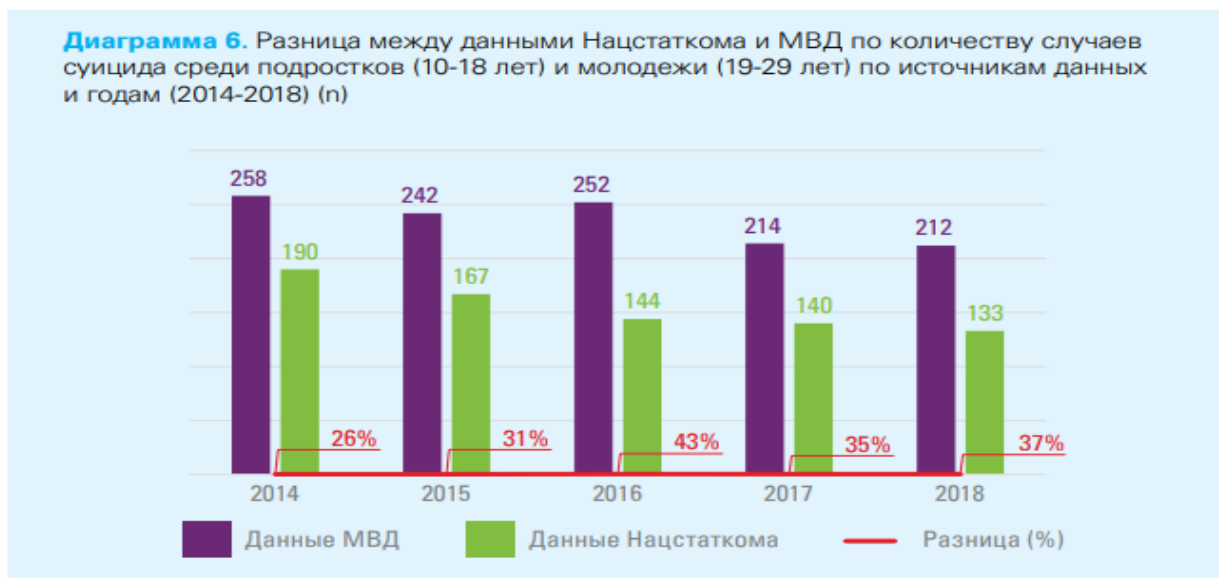


Рисунок 5.1.1 - Данные UNICEF, представленные в аналитическом отчете, июль 2020 г.

Исходя из реалий существующей системы, возникают следующие рекомендации по доработке системы учёта:

- Разработка и внедрение единой автоматизированной платформы учёта случаев завершённых и незавершённых суицидов с разграничением по полу, возрасту, методу, мотиву и социальному статусу.

- Введение обязательной межведомственной отчётности по всем зарегистрированным случаям попыток самоубийства с участием медицинских, социальных и образовательных учреждений.
- Стандартизация форм первичной документации (медицинской карты, протокола вызова, рапорта и др.) с обязательным указанием признаков суицидального поведения.
- Присвоение кода завершённому и незавершённому суициду и использования данного кода при заполнении первичной документации в случае возникновения каких-либо этических моментов, препятствующих открытому указанию на суицид.
- Службам, занимающимся учетом и анализом статистических данных по суицидальной активности, рассматривать данные по таким статьям смертности, как «неумышленное отравление», «отравление алкоголем», «утопление», «иные травмы» как возможные случаи сокрытия суицидов.
- Обучение специалистов по правильной квалификации и регистрации таких случаев с соблюдением этических и правовых норм.

Для повышения эффективности профилактики суицидального поведения требуется:

- Разработка и внедрение клинических протоколов, охватывающих диагностику, маршрутизацию и посткризисное сопровождение.
- Подготовка специалистов (врачей, психологов, социальных работников) по вопросам суицидального риска, кризисного консультирования и этики вмешательства.
- Внедрение в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторов.
- Обязательное посткризисное сопровождение (при необходимости анонимное) после попыток суицида, включая работу с семьёй.
- Расширение сети кризисных служб и горячих линий, особенно в регионах с ограниченным доступом к помощи.
- Максимальное информирование населения о доступе к такой помощи, с указанием контактных телефонов, адресов и т.д.
- Скрининг населения на предмет наличия депрессии и своевременное оказание помощи.
- Развитие волонтерских программ помощи одиноким пожилым людям.
- Разработка образовательных программ для семей, педагогов и общественности с целью снижения стигматизации и повышения распознавания признаков риска суицида.

Для большего структурирования перечисленные мероприятия приведены в виде схемы на рис.5.1.2

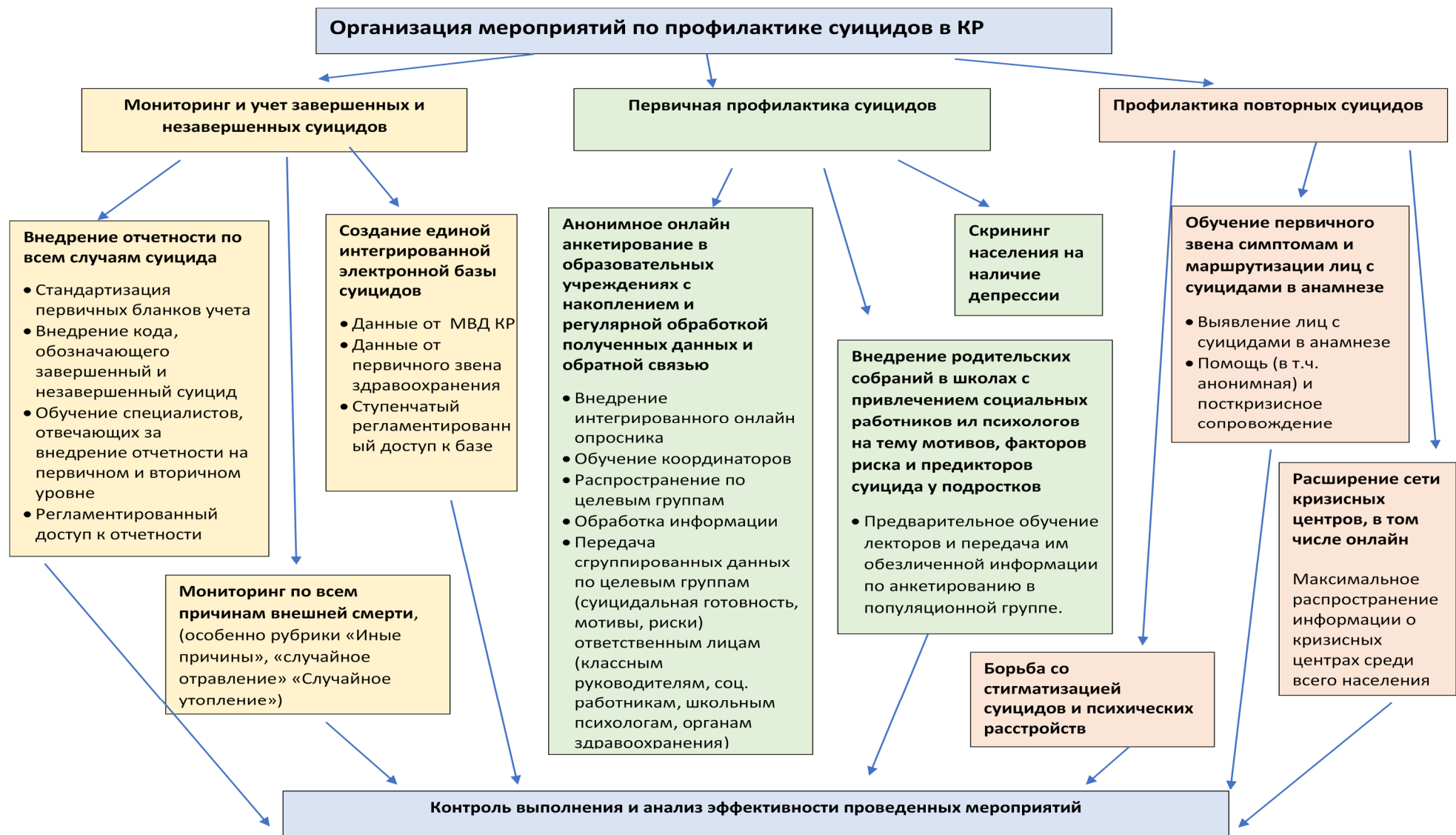


Рисунок 5.1.2. Схема мероприятий по профилактике суицидов

Меры профилактики для подростков как группы риска

Одним из эффективных и, что немаловажно, доступных инструментов раннего выявления риска суицида является проведение анонимного анкетирования среди школьников, студентов, а также в учреждениях социальной защиты. Такие опросы позволяют своевременно выявлять признаки дистресса, суицидальных мыслей, депрессии, склонности к саморазрушающему поведению и утраты жизненных ориентиров.

Дополнительно, важной формой профилактики могли бы выступить родительские собрания в школах на тему мотивов, факторов риска и предикторов суицида у подростков. Анализ мотивов, лежащих в основе суицидального поведения подростков и молодёжи в Кыргызской Республике, показывает, что наиболее частой причиной суицидального поведения являются семейные конфликты, психологическое давление, отсутствие взаимопонимания и поддержки внутри семьи формируют у подростка ощущение изоляции, ненужности и беспомощности, что может становиться триггером к суицидальным мыслям или действиям (см рис. 5.1.2).

Суицидологическая помощь не может быть эффективной в рамках одного ведомства, оптимизация системы помощи требует устойчивой координации между различными секторами — здравоохранением, образованием, социальной защитой, органами внутренних дел и гражданским обществом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В Кыргызской Республике выявлены определенные поло-возрастные группы населения страны, наиболее подверженные риску суицида. Среди женщин это возрастной период 25-29 лет ($8,1 \pm 3,2$ случая на 100 тыс. населения), 15-19 лет ($5,7 \pm 2,7$ случая на 100 тыс. населения) и 81-84 года ($6,4 \pm 5,5$ случая на 100 тыс. нас). Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет ($19,4 \pm 5,0$ случая на 100 тыс. населения). Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$). Суициды показывают более сильную корреляционную связь с уровнем безработицы ($r=+0,890^{**}$, $p=0,001$), чем с уровнем бедности ($r=+0,626^{**}$, $p=0,001$).

Часть суицидов скрывается под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». Выявлена сильная прямая корреляция по уровню $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного отравления алкоголем ($r=+0,909^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$).

2. Анонимное кросс-секционное анкетирование выявило, что 8,5% респондентов показывают готовность к суициду, встречаемость мыслей о

суициде составляет 35,4% (у 40,4% женщин, у 25,1% мужчин), попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов (у 20,5 % женщин и у 13,1 % мужчин). У 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства.

3. Кросс-секционное исследование определило основные факторы риска суицида и мотивы для его совершения. Основными мотивами для совершения суицида являются чрезмерные конфликты в семье (52,3%, RR=1.67), унижения, угрозы и шантаж, (43% , RR=2,69), тотальное отсутствие понимания со стороны близких (47,5%, RR=1.37). Выявлены статистически значимые различия на уровне $p=0.001$ в выраженности факторов риска у респондентов с готовностью к суициду по сравнению с респондентами, у которых такой готовности нет: предшествующие попытки суицида 51% / 15%, , депрессия - 86% / 25,9% (RR=2.45), уровень депрессии 18.0 (12.0-23.0) / 6.0 (2.0-10.0); аффективность 4.4 балла (4.0-5.0) / 1.4 (1.0-2.0), RR=3.5; несостоятельность 6.0 (5.4-6.8) / 3.0 (2.2-3.4), RR 2.3; отсутствие веры в возможность найти выход из любой ситуации 28% / 5%; максимализм, 3.2 (2.6-6.2) / 1.2 (0.4-2.2), RR=1.45; временная перспектива, - 4.4 (3.2-5.4) / 2.2 (1.2-2.8), RR=2.4; отсутствие близких людей, 58 % / 34%; отсутствие понимания со стороны близких 67% / 26%, RR=1.37; антисуицидальный фактор 3.2 (2.2-4.6) / 6.2 (4.8-6.4).

4. Исходя из выявленных групп риска, факторов риска и мотивов совершения самоубийства рекомендуется внедрить анонимное анкетирование среди школьников, студентов, внедрить родительские собрания в школах с привлечением соц. работников на тему факторов риска и мотивов суицида у подростков, внедрить в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения, регулярно проводить скрининг населения на предмет наличия депрессии, а также внедрить отчетность по каждому случаю завершенного и незавершенного суицида.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Проблемы предупреждения суицидов, определяемые текущей ситуацией, требуют координации профилактических программ уполномоченными органами государства в сфере здравоохранения и образования, в связи с чем рекомендовано:

- Системе образования и социальной защиты обеспечить внедрение анонимного анкетирования среди школьников и студентов, внедрение в школах родительских собраний с информированием родителей о маркерах суицидальной активности и наиболее часто встречающихся провоцирующих факторах, внедрение в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторов.

- Системе здравоохранения организовать скрининг населения на предмет наличия депрессии и своевременное оказание помощи, стандартизацию форм первичной документации (медицинской карты, протокола вызова, рапорта и др.) с обязательным указанием признаков суицидального поведения, присвоение кода завершённому и незавершённому суициду и использования данного кода при заполнении первичной документации в случае возникновения каких-либо этических моментов, препятствующих открытому указанию на суицид,

- Также целесообразно внедрить единую автоматизированную платформу учёта случаев завершённых и незавершённых суицидов с разграничением по полу, возрасту, методу, мотиву и социальному статусу и обеспечить обязательную межведомственную отчётность по всем зарегистрированным случаям попыток самоубийства с участием медицинских, социальных и образовательных учреждений.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Сюй, М. В.** Самоубийство как глобальная проблема современности [Текст] / М. В. Сюй, О. Т. Касымов // Здравоохранение Кыргызстана. - 2020. - № 2. - С. 54-62. То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43173526>

2. **Syui, M. V.** Suicidal risk factors and the dynamics of complete suicides in the Kyrgyz Republic [Текст] / M. V. Syui // European journal of Natural History. - 2023. - № 2. – P. 11-15. То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=53761069>

3. **Сюй, М. В.** Некоторые факторы, оказывающие влияние на частоту суицидальных попыток среди жителей Кыргызстана [Текст] / М. В. Сюй, О. Т. Касымов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2023. - № 6. – С. 36-41. То же: Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54116249>

4. **Сюй, М. В.** Суицидальные попытки и уровень депрессии подростков Кыргызской Республики [Текст] / М. В. Сюй, О. Т. Касымов // Журнал «Научные исследования в Кыргызской Республике». - 2023. - № 4. - С. 36-42. То же: Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=65612654>

5. **Сюй, М. В.** Суицидальный риск жителей Кыргызстана [Текст] / М. В. Сюй // Медицинские науки. – 2023. - № 6. - С. 32-37. То же: Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59556881>

Сюй Марина Викторовнанын «Кыргыз Республикасындагы суициддердин эпидемиологиясы» деген темада 14.02.02 - эпидемиология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуу даражасын изденүү үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: аяктаган суицид, суицид, суициддик жүрүм-турум, эпидемиология, таралышы, өспүрүмдөрдүн суициди, өзүн-өзү өлтүрүү үчүн тобокелдик факторлору, өзүн-өзү өлтүрүү ыкмалары.

Изилдөө объектиси: аяктаган жана бүтпөгөн суициддер.

Изилдөө предмети: суициддик аракеттин демографиялык жана социалдык аспектилери.

Изилдөөнүн максаты: Зарыл алдын алуу иш-чараларын иштеп чыгуу менен Кыргыз Республикасынын калкынын аяктаган суицидинин эпидемиологиялык аспектилерине комплекстүү баа берүү

Изилдөө ыкмалары: эпидемиологиялык, психодиагностикалык, статистикалык ыкмалар.

Изилдөө материалы: 5231 суицид аракетинен кийин өз жанын кыйган, 2511 респондент 15-45 жаштагылар.

Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңычылыгы: Өзүн-өзү өлтүрүү боюнча расмий статистиканы төмөндөтүп көрсөтүү жана өлүмдүн башка категориялары боюнча өзүн-өзү өлтүрүүнү тууралоо тенденциясы бар. Бул өз жанын кыюу жана травматизмден, уулануудан жана башка тышкы себептерден болгон өлүмдүн ортосундагы тыгыз байланыш менен тастыкталат ($r=0,966$, $p=0,0001$). 2011-2023-жылдар аралыгында бардык суициддердин 18,12% 15-19 жаштагы аялдар, андан кийин 25-29 жаштагылар (бардык суициддердин 13,54%). Эркектер үчүн критикалык курак мезгили 35-49 жашты түзөт, бул учурда бардык суициддердин 24% түзөт.

Депрессиялык абал респонденттердин 30,9%да аныкталган, алардын 6,2%ы дары-дармек менен кийлигишүүнү талап кылган клиникалык депрессиянын деңгээлинде. Өспүрүмдөрдөгү $p=0,001$ - 4,22 б деңгээлинде өзүн-өзү өлтүрүү тобокелдик факторлорунун көрсөткүчтөрүнүн деңгээлинде жаш топторунун ортосунда статистикалык олуттуу айырмачылыктар табылган, 2,31 б. чондордо аффективдүүлүк $p=0,001$ - 5,24 б. өспүрүмдөрдө, чондордо 3,8 балл, $p=0,001$ деңгээлинде уникалдуулук - өспүрүмдөрдө 3,5 балл, 2,29 б. чондордо суицидге каршы фактор $p=0,001$ деңгээлинде өспүрүмдөрдө 2,98 баллды, 4,6 баллды түзөт. чондордо.

Колдонуу боюнча сунуштар: Суициддерди аныктоо, эсепке алуу жана алдын алуу боюнча иштелип чыккан рекомендациялар учурдагы кырдаал (изилдөө учурунда) аныкталган муктаждыктарга жана аларды ишке ашыруу үчүн колдо болгон ресурстарды эске алуу менен түзүлөт.

Колдонуу тармагы: эпидемиология, коомдук саламаттыкты сактоо.

РЕЗЮМЕ

диссертации Сюй Марины Викторовны на тему: «Эпидемиология суицидов в Кыргызской Республике» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.02 - эпидемиология.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальное поведение, эпидемиология, распространённость, подростковый суицид, факторы риска суицида, способы совершения суицида.

Объект исследования: завершённые и незавершённые суициды.

Предмет исследования: демографический и клинико-социальный аспекты суицидальной активности.

Цель исследования: Комплексная оценка эпидемиологических аспектов завершённых суицидов населения Кыргызской Республики с разработкой необходимых мер профилактики

Методы исследования: эпидемиологический, кросс-секционное анкетирование, статистический.

Материал исследования: 5231 суицидентов, совершивших самоубийство, 2511 респондентов в возрасте 15-45 лет.

Полученные результаты и их новизна: В результате проведенных научных исследований впервые определены группы населения в КР с высоким суицидальным риском. Среди женщин это возрастные периоды 15-19 лет, 25-29 лет, 81-84 года. Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет. Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$).

Впервые проведено масштабное (2511 респондентов) кросс-секционное исследование лиц из групп риска. Выявлено, что попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов, мысли о суициде возникают у 35,4%. У 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства. На момент анкетирования 8,5% респондентов показывают готовность к суициду.

Основными мотивами для совершения суицида являются чрезмерные конфликты в семье (52,3%, $RR=1.67$), унижения, угрозы и шантаж, (43% , $RR=2,69$), тотальное отсутствие понимания со стороны близких (47,5%, $RR=1.37$).

Полученные данные позволяют акцентировать профилактические мероприятия по предупреждению суицидов на группах риска и усилить работу целенаправленно с выявленными факторами риска и мотивами самоубийства.

Рекомендации по использованию: разработанные рекомендации по выявлению, учету и профилактике суицидов основаны на потребностях, определяемых текущей ситуацией (на момент исследования) и с учетом имеющихся ресурсов для их реализации.

Область применения: эпидемиология, общественное здравоохранение

SUMMARY

of the dissertation of Siui Marina Viktorovna on the topic: “Epidemiology of suicides in the Kyrgyz Republic” for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.02 - epidemiology.

Key words: suicide, suicidal behavior, suicidal behavior, epidemiology, prevalence, teenage suicide, suicide risk factors, ways of committing suicide.

Object of the study: completed and incomplete suicides.

Subject of the study: demographic and social aspects of suicidal activity.

Purpose of the study: a comprehensive assessment of epidemiologic and social aspects of suicidal activity of the population of the Kyrgyz Republic and the necessary preventive measures related to it.

Study methods: epidemiological, psychodiagnostics, statistical.

Research material: 5231 suicides, 2511 residents of the Kyrgyz Republic

The results obtained and their novelty: There is a tendency to understate official statistics on suicides and to mimic suicides under other mortality categories. This is confirmed by the close correlation between suicides and mortality from injuries, poisonings. ($r=0.966$, $p=0.0001$).

The suicide rate among the 15-19 age group remains higher than in all other groups throughout the years studied. Among women aged 15-19, 18.12% of all suicides were committed during the period from 2011 to 2023, followed by those aged 20-24 (13.54% of all suicides). Suicides of women aged 15 to 25 account for 31.7% of all female suicides. For men, the critical age period is 35-49 years, when 24% of all suicides are committed.

It was found that 20.9% of respondents had attempted suicide in the past, and in critical situations, suicidal thoughts arise in 33.8%. Among the predictors of suicide, such factors as family quarrels in marital and parent-child relationships, a feeling of hopelessness, a global feeling of misunderstanding, bullying, violence, and loss of financial stability play an important role. Depressive states were found in 30.9% of respondents, with 6.2% at the level of clinical depression requiring medication. Significant differences were found between age groups in the degree of expression of such suicide risk factors as demonstrativeness at the level of $p=0.001$ - 4.22 p. in adolescents, 2.31 p. in adults, affectivity at the level of $p=0.001$ - 5.24 p. in adolescents, 3.8 p. in adults, uniqueness at the level of $p=0.001$ - 3.5 p. in adolescents, 2.29 p. in adults, anti-suicide factor at the level of $p=0.001$ - 2.98 p. in adolescents, 4.6 p. in adults.

Recommendations for use: The recommendations developed for the identification, recording and prevention of suicide are based on needs determined by the current situation (at the time of the study) and taking into account the resources available for their implementation.

Scope: epidemiology, public health