

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ЖИТЕЛЕЙ КИРГИЗИИ

^{1,2}Сюй М.В.

¹*Национальный институт общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек;*

²*Киргизско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, e-mail: marinasuyi@yandex.ru*

Число официально зафиксированных самоубийств в Кыргызии на 100 тысяч населения в 2012 году составило 9.2 случая, в 2015 – 8.2, в 2016 – 9.1, в 2018 году – 8.3 случая. Выявление уровня намерений совершения суицидальных действий позволяет предупредить попытки. В рамках данного исследования авторами было проведено анкетирование городских и сельских жителей Республики Кыргызия. Всего было проанкетировано 2908 человек в возрасте 13-45 лет. Авторами использовался опросник по суицидальному риску Шмелева А.Г. в модификации Т.Н. Разуваевой. Результаты. Выявлен пониженный уровень антисуицидального фактора во всех анализируемых группах 20,2-25,5% (1,29–1,63), что отражает высокий уровень формирования суицидального поведения у респондентов. Во всех анализируемых группах показатели по шкале «демонстративность» отмечались в пределе от 38% до 51,5% (2,28–3,09), что соответствует «среднему» уровню. По шкале «аффективность» в когортах «Иссык-Кульская область (сельская местность)», «Нарынская область (городская и сельская местности)», «г. Ош», «Талаская область (село)», «Чуйская область (село)» отмечен повышенный уровень тестовых значений – 61-68% (4,02-4,50). Во всех областях, кроме когорты «Ошская область, город» и «Баткенская область, город, село», регистрируется высокий уровень социального пессимизма. Выявлен высокий уровень риска формирования суицидального поведения практически во всех регионах, обусловленный неверием в свои силы, установлением негативной концепции окружающей действительности и отношением к миру, как к чему-то враждебному, отсутствием конструктивного планирования будущего.

Ключевые слова: суицид, суицидальный риск, факторы, восприятие, окружающий мир

SUICIDAL RISK OF KYRGYZSTAN RESIDENTS

^{1,2}Syui M.V.

¹*National Institute of Public Health of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek;*

²*B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, e-mail: marinasuyi@yandex.ru*

The number of officially recorded suicides in Kyrgyzstan per 100,000 population was 9.2 cases in 2012, 8.2 cases -2015, 9.1 cases – 2016, 8.3 cases – 2018. Identification of the level of formation of suicidal intentions makes it possible to prevent serious suicide attempts. As part of this study, we conducted a survey of urban and rural residents of the Republic of Kyrgyzstan. A total of 2908 people aged 13-45 years were surveyed. We used A.G. Shmelev's suicidal risk questionnaire in the modification of T.N. Razuvaeva. A reduced level of the anti-suicidal factor was revealed in all the analyzed groups 20,2-25,5% (1.29 – 1.63), which reflects the high level of formation of suicidal behavior among the respondents. In all analyzed groups, the indicators on the "demonstrativeness" scale were in the range from 38% до 51,5% (2.28 – 3.09), which corresponds to "average" level. On the "affectivity" scale in the cohorts "Issyk-Kul region (rural)", "Naryn region (urban, rural)", "the city of Osh", "Talas region (rural)", "Chui region (rural)" an increased level of the test values (4.02 – 4.50) was noted. In all regions, except for the cohort "Osh region urban" and "Batken region (urban, rural)", a high level of social pessimism is recorded. A high level of risk of suicidal behavior formation was revealed in almost all regions, due to disbelief in one's own strength, the formation of a negative concept of the surrounding world and the perception of the world as hostile, the lack of constructive planning for the future.

Keywords: suicide, suicidal risk, factors, perception, surrounding world

Самоубийство остается важным фактором смертности во всем мире [1-3]. Этиология самоубийств неоднородна, поскольку вероятность совершения суицида ассоциируется с различными факторами риска [4-6]. Суицидальное поведение различается между полами, возрастными группами, географическими регионами и социально-политическими условиями [7-9].

ВОЗ разделяет все страны на 3 группы по показателю суицида. Если в стране в год совершается до 10 случаев на 100 000 населения, то уровень суицидов в этой стране считается низким, 10-20 че-

ловек – средний уровень и более 20 случаев на 100 000 населения – критически высокий уровень самоубийств.

Число официально зафиксированных самоубийств в Кыргызии на 100 тысяч населения (по данным ВОЗ) в 2012 году составило 9.2 случая, в 2015 г. – 8.2, в 2016 – 9.1, в 2018 году – 8.3 случая. По данным Министерства внутренних дел Кыргызской Республики, в 2018 году зарегистрировано 88 случаев совершения суицида среди детей подросткового возраста; 22,63% попыток суицида от всего количества было предпринято молодыми людьми в возрастной

категории 18-22 года. Эти значения свидетельствуют о серьезной проблеме, связанной с суицидом среди подростков и молодежи, которая имеет приоритетное значение и должна решаться на каждом уровне защиты жизни и здоровья граждан Кыргызской Республики.

Благодаря выявлению уровня намерений совершения суицидальных действий возможно предупредить попытки самоубийства.

Материалы и методы исследования

В рамках данного исследования нами было проведено анкетирование городских и сельских жителей Республики Кыргызия. Всего было проанкетировано 2908 человек в возрасте 13-45 лет.

Критерии включения в группу для анкетирования:

- 1) рождение и постоянное проживание на территории Республики Кыргызия;
- 2) отсутствие сведений о наличии органических поражений в головном мозге;
- 3) пациент должен быть проинформирован об участии в анкетировании и должен выразить на это свое согласие.

К исследованию не допускаются пациенты, соответствующие таким критериям:

- 1) тяжелые соматические заболевания, которые подтверждены у пациента и находятся в стадии декомпенсации;
- 2) обнаруженные острые инфекционные заболевания;
- 3) пациент не дал свое согласие на участие в анкетировании.

Нами использовался опросник по риску суицидальных действий А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой, которая его немного скорректировала. Этим опросни-

ком пользуются многие специалисты, чтобы в быстрые сроки продиагностировать и выявить уровень риска совершения суицидальных действий для предупреждения попытки суицида [10].

Обработка результатов: проводится подсчет всех положительных ответов по субшкальным диагностическим коэффициентам. Полученный балл приравнивается к значению, при этом учитывается индекс (табл. 1). По итогу обработки результатов составлялся вывод по уровню намерений совершения суицидальных действий и факторам, которые повышают суицидальный риск.

Автоматическая расшифровка интервалов тестовых значений основывается на таких показателях, выраженных в %: 0% – отсутствие тенденции, 1-20% – наличие низкого уровня, 21-40% – наличие пониженного уровня, 41-60% – наличие среднего уровня, 61-80% – наличие повышенного уровня, 81-100% – наличие высокого уровня [11].

Для статистической обработки данных использовались универсальные компьютерные программы операционной среды Windows с пакетом Microsoft Excel, версии 7.0, а также статистические программы SPSS Statistics 21 и Statistica 7. Достоверность между средними значениями устанавливалась через метод, предполагающий однофакторный дисперсный анализ при действии F-критерия Фишера, t-критерия Стьюдента для относительных величин. Неблагоприятные факторы, их воздействие и связь между ними выявлялись через непараметрическую ранговую корреляцию Спирмана, при которой определяется коэффициент корреляции и коэффициент достоверности (P). Нулевая гипотеза отвергалась при $p > 0,05$.

Таблица 1

Значения шкал и уравнительные индексы опросника Т.Н. Разуваевой

№	Субшкальный диагностический показатель	Суждения, №	Индекс	Значение фактора риска, максимально допустимого
1	Шкала демонстративности	12, 14, 20, 22, 27	1, 2	6
2	Шкала аффективности	1, 10, 20, 23, 28, 29	1,1	6,6
3	Шкала уникальности	1, 12, 14, 22, 27	1, 2	6
4	Шкала несостоятельности	2, 3, 6, 7, 17	1,5	7,5
5	Шкала социального пессимизма	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1	6
6	Шкала разрушения культурных барьеров	8, 9, 18	2,3	7
7	Шкала максимализма	4, 16	3,2	6,4
8	Шкала временной перспективы	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1	6,6
9	Шкала антисуицидального фактора	19, 21		6,4

Результаты исследования и их обсуждение

Выполненная нами обработка результатов с применением опросника суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Т.Н. Разуваевой относительно каждого субшкального коэффициента позволила установить уровень намерений совершения суицидных действий и факторы, повышающие суицидальный риск. Обработка данных производилась отдельно для каждой когорты (жители города, жители села) в каждой области. В абсолютных числах результаты обработки полученных данных отражены в таблице 2. Нами была использована следующая интерпретация интервалов тестовых значений, выраженных в %: 0% – отсутствие тенденции, 1-20% – наличие низкого уровня, 21-40% – наличие пониженного уровня, 41-60% – наличие среднего уровня, 61-80% – наличие повышенного уровня, 81-100% – высокий уровень. Данные в % отражены в таблице 3, и как видно из представленной таблицы, показатели по шкалам различались в выделенных когортах.

По шкале «демонстративность» уровень показателей можно оценить как «средний», поскольку во всех рассматриваемых когортах полученные данные отмечались в пределе от 41% до 60% (2,28–3,09). Несколько выше, чем в других когортах, были показатели у жителей села Таласской области (51,5%), у горожан (47,7%) и сельских жителей (45,2%) Нарынской области, однако абсолютные значения не превышали уровня 60%. Таким образом, стремление к получению внимания, сострадания и сочувствия к своим проблемам в умеренной степени характерно для всех анализируемых когорт.

Относительно шкалы «аффективность» в когортах «Иссык-Кульская область (сельская местность)», «Нарынская область (городская и сельская местности)», «г. Ош», «Таласская область (село)», «Чуйская область (село)» отмечен повышенный уровень тестовых значений – 61-68% (4,02-4,50). Таким образом, можно отметить, что в данной группе эмоциональные проявления преобладают над установлением интеллектуального контроля, когда речь идет об анализе ситуации.

В показателях шкалы «уникальность», через которую выражается личностное восприятие и понимание ситуации как чего-то особенного, не схожего с другими, значения в когортах «Баткенская область (город)», «г. Бишкек», «Иссык-Кульская область (городская и сельская местности)», «Чуйская область (городская местность)» находятся в интервале 20-40% (2,29-2,37), что оцени-

вается как пониженный уровень. В остальных когортах тестовые значения по данной шкале находятся в интервале 40-60% (2,42–2,72, средние значения). Данная шкала подразумевает крайние меры решения сложных ситуаций, в том числе и совершение суицидных действий.

Относительно шкалы «несостоятельность», отражающей негативную концепцию себя, в когорте «г. Бишкек» значения имеют предел 20-40% пониженного уровня (2,34). По остальным когортам это значение находится на среднем уровне – 41-57,5% (3,07-4,31).

Относительно шкалы «социальный пессимизм», отражающей негативную концепцию окружающей реальности и отношение к миру как к чему-то враждебному, в когорте «Таласская область (село)» выявлен высокий уровень тестовых значений – 81% (4,86). В группе «Ошская область (город)» выявлен пониженный показатель по данной шкале – 38,5% (2,31), средний уровень отмечен у жителей Баткенской области (город, село). У всех остальных опрошенных регистрируются повышенные уровни социального пессимизма – 68-78% (4,13-4,68).

В связи с разрушением культурных барьеров появляются ценности и стандарты, которые в некоторой мере могут оправдывать суицидальные действия и делать их даже привлекательными. Во всех анализируемых когортах тестовый показатель по данной шкале отмечен на низком уровне – 31-37% (2,19-2,64).

Инфантильное с максимализмом отношение к принятым ценностям, отношение ко всем жизненным сферам с точки зрения конфликта в рамках одной отрасли жизни, не свойственны для опрошенных. Тестовые значения по данной шкале находятся или на низком (Баткенская область – город, село, Ошская область – город), или на пониженном уровне (1,37–3,87).

Показатели по шкале «временная перспектива», характеризующей невозможность конструктивного планирования будущего, во всех анализируемых когортах находятся на низком уровне и не превышают 40% (2,59). Исключение составляет Нарынская область (город), где тестовые значения по данной шкале составляют 46,8% (3,08, пониженный уровень).

Антисуицидальный фактор, способствующий снижению суицидального риска, даже если имеются иные факторы, повышающие суицидальные намерения, во всех анализируемых группах демонстрирует пониженный уровень 20,2-25,5% (1,29–1,63).

Таблица 2

Анкетирование по опроснику Т.Н. Разуваевой, показания по шкалам (средние по областям)

Регион	Шкала демонстративности	Шкала аффективности	Шкала уникальности	Шкала несостоятельности	Шкала социального пессимизма	Шкала разрушения культурных барьеров	Шкала максимализма	Шкала временной перспективы	Шкала антисуицидального фактора (%)
Баткенская обл.	2.51	3.04	2.29	3.07	3.48	2.19	1.37	2.09	1.29
	2.79	3.37	2.71	4.31	3.32	2.49	2.68	2.52	1.52
г. Бишкек	2.28	3.95	2.29	2.34	4.11	2.43	3.09	2.03	1.41
Джалал-Абадская обл.	2.53	3.88	2.72	3.82	4.28	2.48	3.78	2.44	1.44
	2.29	3.98	2.47	3.54	4.08	2.35	3.69	2.07	1.43
Иссык-Кульская обл.	2.53	3.74	2.36	3.72	4.18	2.54	3.68	2.02	1.37
	2.83	4.18	2.37	4.0	4.61	2.45	3.74	2.54	1.53
Нарынская обл.	2.86	4.47	2.89	3.92	4.36	2.36	3.58	3.08	1.58
	2.71	4.25	2.70	4.22	4.68	2.63	3.87	2.59	1.63
г. Ош	2.53	4.29	2.65	3.52	4.30	2.64	3.28	1.96	1.49
Ошская обл.	2.55	3.68	2.57	3.52	2.31	2.36	2.36	2.40	1.38
	2.58	3.74	2.61	3.83	4.22	2.41	3.63	2.41	1.38
Таласская обл.	2.44	4.36	2.59	3.53	4.13	2.23	3.2	1.95	1.35
	3.09	4.50	2.71	3.75	4.86	2.63	3.35	2.2	1.45
Чуйская обл.	2.45	3.94	2.32	3.66	4.27	2.35	3.43	2.07	1.42
	2.39	4.02	2.42	3.55	4.39	2.49	3.21	2.07	1.40

Примечание: числитель – город, знаменатель – село.

Таблица 3

Анкетирование по опроснику Т.Н. Разуваевой, показания по шкалам (средние по областям), % выраженности показателя

Регион	Шкала демонстративности	Шкала аффективности	Шкала уникальности	Шкала несостоятельности	Шкала социального пессимизма	Шкала разрушения культурных барьеров	Шкала максимализма	Шкала временной перспективы	Шкала антиуцидального фактора
Баткенская обл.	41.8 46.5	46.1 51.1	38.2 45.2	40.9 57.5	58 55.3	31.3 35.6	21.4 41.9	31.7 38.2	20.2 23.8
г. Бишкек	38	59.8	38.2	31.2	68.5	34.7	48.3	30.8	22
Джалал-Абадская обл.	42.2 38.2	58.8 60.3	45.3 41.2	50.9 47.2	71.3 68.0	35.4 33.6	59.1 57.7	37 31.4	22.5 22.3
Иссык-Кульская обл.	42.2 47.2	56.7 63.3	39.3 39.5	49.6 53.3	69.7 76.8	36.3 35	57.5 58.4	30.6 38.5	21.4 23.9
Нарынская обл.	47.7 45.2	67.7 64.4	48.2 45	52.3 56.3	72.7 78.0	33.7 37.6	55.9 60.5	46.7 39.2	24.7 25.5
г. Ош	42.2	65	44.2	46.9	71.7	37.7	51.3	29.7	23.3
Ошская обл.	42.5 43	55.8 56.7	42.8 43.5	46.9 51.1	38.5 70.3	33.7 34.4	36.9 56.7	36.4 36.5	21.6 21.6
Таласская обл.	40.7 51.5	66.1 68.2	43.2 45.2	47.1 50	68.8 81.0	31.9 37.6	50 52.3	29.5 33.3	21.1 22.7
Чуйская обл.	40.8 39.8	59.7 60.9	38.7 40.3	48.8 47.3	71.2 73.2	33.6 35.6	53.6 50.2	31.4 31.4	22.2 21.9

Примечание: числитель – город, знаменатель – село.

Выводы

Анализируя результаты анкетирования с использованием опросника Разуваевой, отражающего уровень сформированности суицидальных намерений, можно отметить пониженный уровень антисуицидального фактора во всех анализируемых группах – 20,2-25,5% (1,29–1,63), что отражает высокий уровень формирования суицидального поведения у респондентов. Детальный анализ показателей по шкалам позволил выявить регионы, где средние значения обнаруживают «болевы́е точки» риска. Показатели по шкале «демонстративность» во всех анализируемых группах отмечались в пределах от 41% до 60% (2,28–3,09), что соответствует «среднему» уровню. Следовательно, желание обратить внимание на свои несчастья выражено умеренно во всех анализируемых когортах. Относительно шкалы «аффективность», отражающей преобладание эмоциональной сферы над интеллектуальным контролем при оценке ситуации, в когортах «Иссык-Кульская область (сельская местность)», «Нарынская область (городская и сельская местности)», «г. Ош», «Таласская область (село)», «Чуйская область (село)» отмечен повышенный уровень тестовых значений – 61-68% (4,02-4,50). Эти данные согласуются с большим количеством законченных суицидов в данных областях, произошедших за анализируемый период. В этих же областях у респондентов отмечен пониженный уровень по шкале «уникальность», отражающей принятие себя как исключительной, уникальной личности. Во всех областях, кроме когорты «Ошская область, город» и «Баткенская область, город, село», регистрируется высокий уровень социального пессимизма. Диагностика по другим шкалам («слом культурных барьеров», «инфантильный максимализм», «временная перспектива») выявила низкий уровень показателей по данным шкалам практически во всех анализируемых когортах.

Таким образом, анализируя результаты анкетирования, можно отметить высокий уровень риска формирования суицидального поведения практически во всех регионах, обусловленный неверием в свои

силы, формированием негативной концепции окружающей реальности и отношением к миру, как к чему-то враждебному, отсутствием конструктивного планирования будущего.

Список литературы

1. Naghavi M. Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *BMJ*. 2019. № 364. URL: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.194> (дата обращения: 28.07.2023).
2. Галако Т.И. Суицидологическая ситуация в Киргизской Республике: анализ динамики и разработка мер профилактики // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2017. С. 54-56.
3. Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В., Волошин П.В., Марута Н.А., Алтынбеков С.А., Хотиняну М.А., Галако Т.И. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2014. Т. 16. № 6. С. 4-10.
4. Касымов О.Т., Байызбекова Ж.А., Нургазиев Д.Т., Тулаинова И.К. Изучение поведенческих стереотипов, повышающих уязвимость переселенцев (внутренних мигрантов) к ВИЧ/СПИДу и ИППП: монография. Бишкек, 2003. 62 с.
5. Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Касымов О.Т. Эпидемиологические аспекты наркомании в Киргизстане: монография. Бишкек, 2004. 131 с.
6. Касымов О. Т. Руководство по общественному здравоохранению / Под общей редакцией д.м.н., проф. О.Т. Касымова и к.м.н. С.Т. Абдикаримова. Бишкек, 2012. 272 с.
7. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018. Vol. 15, № 7. P. 1425. DOI: 10.3390/ijerph15071425.
8. Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз) // *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019. № 4. С. 117-128.
9. Саркиапоне М., Положий Б.С. Суицидальная ситуация в странах Западной Европы // *Российский психиатрический журнал*. 2014. № 2. С. 28-32.
10. Григорьева А.А. Выявление риска суицидального поведения у подростков в общеобразовательных школах // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2019. № 3 (26). С. 515-523.
11. Чагин В.С. Суицидальное поведение подростков и молодежи: основы научной рефлексии // *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология*. 2020. № 1 (254). С. 131-135.