

УДК 314.424.2(470.22)

© Молчанова Е.В.

© Базарова Е.Н.

## Влияние социально-экономических факторов на суицидальное поведение

*Целью данной работы является оценка структуры суицидоопасных эмоциональных расстройств (на примере Республики Карелия) в их взаимосвязи с социально-экономическими и природно-климатическими факторами для разработки алгоритмов диагностики и превенции этого негативного явления. Материалом исследования послужили клинические данные о пациентах Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска, совершивших одну или более суицидальных попыток в течение последних пяти лет. В результате применения математических методов были выявлены общие черты суицидентов, а также факторы, влияющие на суицидальное поведение.*

*Суицидальное поведение, социально-экономические и природно-климатические факторы, регион.*



**Екатерина Владимировна  
МОЛЧАНОВА**

кандидат технических наук  
научный сотрудник Института экономики Карельского научного центра РАН  
molchanova@karelia.ru



**Екатерина Николаевна  
БАЗАРОВА**

старший преподаватель Петрозаводского государственного университета  
врач-психиатр высшей категории, психолог-психоаналитик

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет психическое здоровье как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать собственный потенциал, справиться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также внести вклад в жизнь своего сообщества [1]. Проблема психических болезней стала одной из важнейших для медицинской науки и здравоохранения экономически развитых стран в середине двадцатого века.

Психическое здоровье определяется социально-экономическими, биологическими и экологическими факторами.

В информационном бюллетене о психическом здоровье ВОЗ выделяет основные детерминанты психического здоровья [2]:

1. Уровень психического здоровья человека в каждый данный момент времени определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами.

2. Психическое здоровье связано с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, рисками насилия и физического нездоровья, а также с нарушениями прав человека.

3. Существуют особые психологические и личностные факторы, из-за которых люди становятся уязвимыми перед психическими расстройствами, а также имеется ряд биологических причин психических расстройств, включая генетические факторы и дисбаланс химических веществ в мозге.

По оценкам экспертов, к 2020 году депрессии выйдут на второе место по распространённости после ишемической болезни сердца. В настоящее время депрессией страдают полмиллиарда человек. Для депрессии характерны устойчивое уныние и потеря интересов наряду с психологическими, поведенческими и физическими симптомами. Она входит в число основных причин инвалидности во всём мире. В связи с быстрым ростом депрессий происходит увеличение числа самоубийств.

Следует обратить внимание на две важные особенности определения самоубийства. Самоубийством называют как сознательные действия, приведшие к смерти, так и действия, в результате которых была совершена попытка лишения себя жизни, но в силу обстоятельств не повлёкшая фатального исхода.

По данным ВОЗ, в среднем около 800 000 человек ежегодно совершают самоубийство, 86% из них — в странах с низким и средним уровнем дохода. Возраст более половины самоубийц — от 15 до 44 лет. Самые высокие показатели самоубийств зарегистрированы среди мужского населения стран Восточной Европы. Психические расстройства являются одной из наиболее весомых и поддающихся лечению причин самоубийств [1].

Для сравнительной характеристики частоты самоубийств в разных странах используют показатель «уровень самоубийств», отражающий число завершённых самоубийств на 100 тыс. человек населения. Среднемировым показателем в начале 2000-х годов считалось 14–15 случаев. Среди стран, которые сообщают о количестве самоубийств во Всемирную организацию здравоохранения, самые высокие показатели уровня самоубийств наблюдаются в странах Восточной Европы, а самые низкие — в мусульманских странах.

Россия входит в число стран-лидеров по уровню смертности населения от самоубийств. Показатели по самоубийствам в России в 3–4 раза превышают среднемировые (10–20 случаев на 100 тысяч населения) (табл. 1) [3].

Республика Карелия является одним из проблемных регионов Российской Федерации по уровню смертности, ожидаемой продолжительности жизни и заболеваемости.

Таблица 1. Характеристика стран мира по уровню смертности от самоубийств в 2006 году

Страна	Смертность от самоубийств, на 100 тыс. нас.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Общий уровень смертности, на 1000 нас.	ВВП на душу населения, долл. США
Страны с наибольшим уровнем самоубийств				
Литва	28,94	71,16	13,2	8410
Россия	27,63	66,67	15,21	5810
Казахстан	27,27	66,18	10,27	3860
Словения	22,79	78,35	9,05	19560
Венгрия	21,77	73,57	13,07	11020
Страны с наименьшим уровнем самоубийств				
Кипр	2,39	80,59	6,65	22880
Греция	3,05	79,79	9,42	23650
Италия	5,15	81,58	9,48	32190
Израиль	5,65	80,68	5,47	21020
Мальта	6,04	79,59	7,91	15160

Негативные тенденции нашли своё отражение и в уровне зафиксированных самоубийств, который превышает общероссийский показатель в среднем на 25% (рис. 1). В 2009 году в структуре всех причин смертности населения Карелии суициды составили около 2%, они являются преобладающими среди внешних причин смертности (табл. 2) [4, 5].

Очень высокий уровень самоубийств в постсоветской России, как и в некоторых других экс-социалистических странах, является одним из показателей трудностей

экономики переходного периода. Учёные выделяют следующие факторы, влияющие на уровень самоубийств [6 – 10]:

- половозрастные характеристики;
- временные параметры;
- социальные характеристики;
- влияние потребления алкоголя и наркотиков;
- доступ к специфическим орудиям самоубийства;
- влияние уровня жизни;
- влияние этнической принадлежности.

Рисунок 1. Смертность от самоубийств в России и Республике Карелия, на 100 тыс. нас.

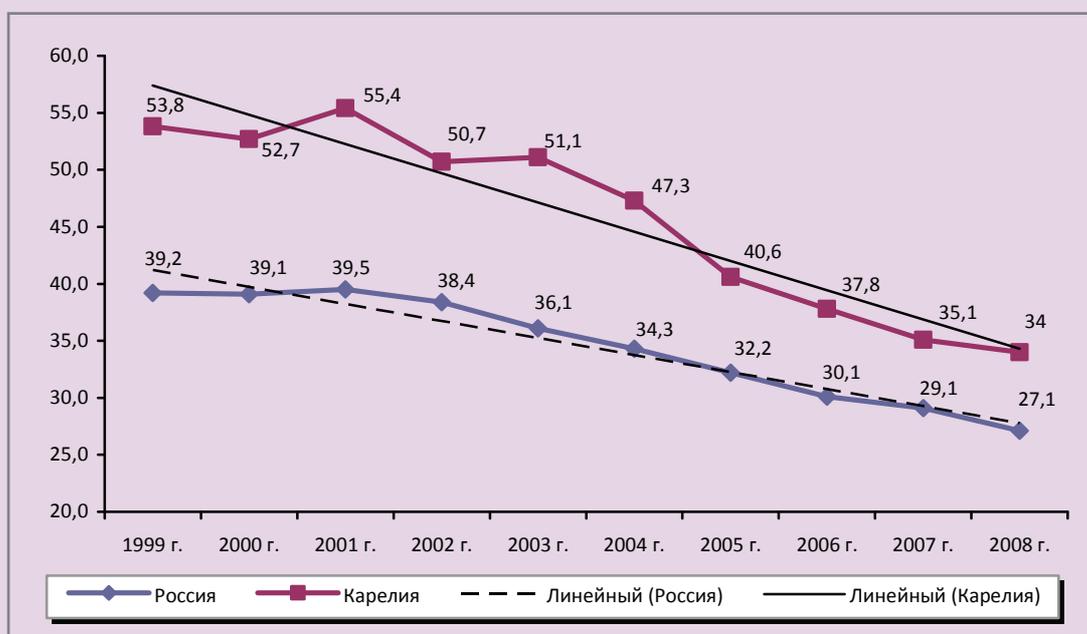


Таблица 2. Структура причин смертности населения Республики Карелия, на 100 тыс. нас.

Причины смерти	2005	2006	2007	2008	2009
Умершие от всех причин смерти, на 100 тыс. человек населения	1806,2	1684,9	1590,8	1615,8	1545,4
<b>Из них:</b>					
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	24,8	24,3	25,7	23,5	22,9
новообразований	200,5	200,9	197,4	224,9	220,8
болезней системы кровообращения	979,0	925,9	872,4	888,4	824,7
болезней органов дыхания	63,5	53,8	47,3	51,1	54,7
болезней органов пищеварения	72,1	67,2	64,3	64,9	74,5
внешних причин смерти	279,6	249,2	232,5	196,9	187,5
<b>Из них:</b>					
случайных отравлений алкоголем	59,3	44,7	43,1	27,7	20,9
самоубийств	40,6	37,8	35,1	34,0	29,2
убийств	24,3	18,0	18,4	15,5	13,0

Цель данного исследования – оценка структуры суицидоопасных эмоциональных расстройств (на примере Республики Карелия) в их взаимосвязи с социально-экономическими и природно-климатическими факторами для разработки алгоритмов диагностики и превенции этого негативного явления.

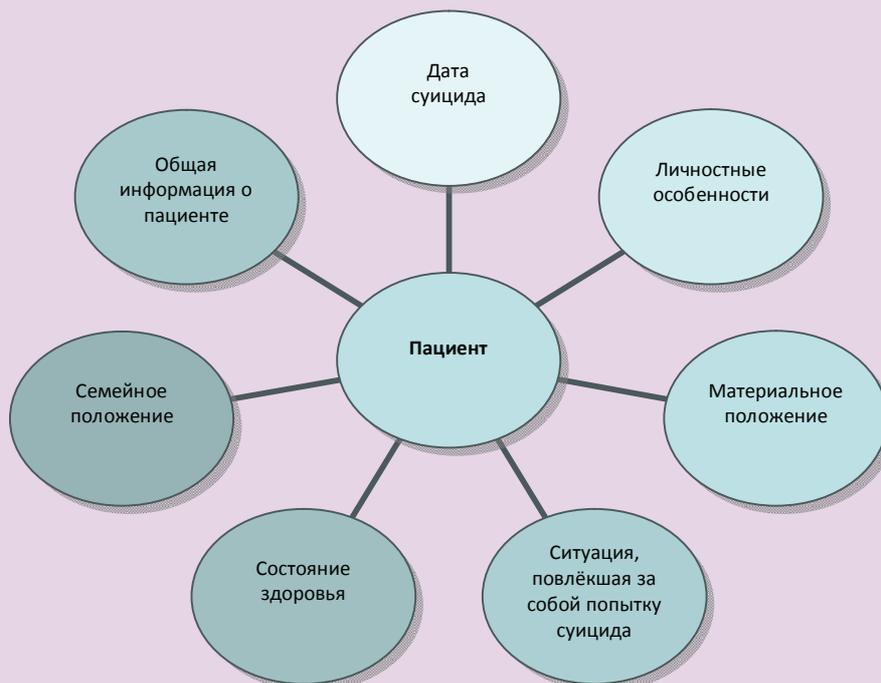
Суицидологическая проблематика является многосложной, мультидисциплинарной. Несмотря на то, что исследований по данной тематике немало, они носят в основном клиничко-описательный характер. В них выделяются факторы суицидального риска, но в самом общем виде (пол, возраст, устойчивые психологические характеристики). Между тем клинические и литературные данные свидетельствуют о том, что эмоциональные проблемы депрессивного и тревожного спектра зачастую лежат в основе мотива добровольного лишения себя жизни.

Одним из наиболее важных является вопрос прогнозирования суицидального риска. Для Карелии, малочисленного региона России (менее миллиона человек),

проблема самоубийств является традиционно актуальной. В рамках данной работы нами была произведена математическая обработка результатов выборки лиц, совершивших одну или более суицидальных попыток в течение последних пяти лет на материале Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска (РПНД). Исследовалась небольшая выборка пациентов психотерапевта-суицидолога РПНД, которая включала в себя 54 человека, совершивших попытку суицида. Эти пациенты были направлены в основном врачами-интернистами, которые оказывали помощь лицам, совершившим суицидальную попытку, как правило, после их осмотра психиатрами-консультантами в стационарах.

Информация о пациентах была представлена в виде информационной системы, состоявшей из семи блоков: дата суицида, общая информация о пациенте, личностные особенности, материальное положение, ситуация, повлекшая за собой попытку суицида, состояние здоровья, семейное положение (рис. 2).

Рисунок 2. Структура информационной системы о незавершённых суицидах



В рамках информационной системы каждый пациент характеризовался по 19 признакам (табл. 3).

Таблица 3. Признаки, характеризующие пациентов РПНД  
г. Петрозаводска, совершивших попытку суицида

Название признака	Варианты	Доля случаев, %
Месяц совершения суицида	<b>Январь</b>	<b>9,3</b>
	Февраль	9,3
	Март	11,1
	Апрель	13,0
	Май	13,0
	Июнь	11,1
	Июль	9,3
	Август	0,0
	Сентябрь	7,4
	Октябрь	9,3
	Ноябрь	3,7
	Декабрь	3,7
Диагноз (причина)	<b>Умеренная реакция на острый стресс</b>	<b>16,7</b>
	Злоупотребление алкоголем	9,3
	Депрессия	22,2
	Пролонгированная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации	25,9
	Психогенное расстройство	25,9
Возраст	<b>От 13 до 18 лет</b>	<b>22,2</b>
	18-30 лет	27,8
	30-40 лет	22,2
	40-50 лет	16,7
	50-60 лет	5,6
	Старше 60 лет	5,6
Пол	<b>Мужской</b>	<b>24,1</b>
	Женский	75,9
Окружение	<b>Своя семья (супруг(а), дети)</b>	<b>48,1</b>
	Родители	33,3
	Иные родственники	7,4
	Друзья	1,9
	Соседи	7,4
	Нет	1,9
Занятость	<b>Безработный</b>	<b>14,8</b>
	Военная служба	1,9
	Обучающийся	27,8
	Пенсионер	9,3
	Интеллектуальный труд	7,4
	Физический труд	38,9
Образование	<b>Среднее (школа)</b>	<b>35,2</b>
	Среднее (специальное)	51,9
	Незаконченное высшее	1,9
	Высшее	11,1
Интересы	<b>Интеллектуально-эстетические</b>	<b>7,4</b>
	Связанные с природой	1,9
	Спортивные	3,7
	Профессиональные, хозяйственные, домашние	87,0

Окончание таблицы 3

Название признака	Варианты	Доля случаев, %
Достаток	<b>Низкий</b>	<b>53,7</b>
	Средний	46,3
	Высокий	0,0
Ситуация	<b>Межличностные проблемы</b>	<b>61,1</b>
	Внутриличностные проблемы	35,2
	Социальные проблемы	3,7
	Бытовые проблемы	0,0
Инвалидность	<b>Нет</b>	<b>83,3</b>
	По психическому заболеванию	7,4
	По соматическому заболеванию	9,3
Способ суицида	Отравление	<b>63,0</b>
	Ножевые	29,6
	Огнестрельные	0,0
	Повешение	7,4
	Утопление	0,0
	Прочие	0,0
Тип суицида	<b>Истинный</b>	<b>72,2</b>
	Манипулятивный	27,8
Попытка	<b>Первичная</b>	<b>68,5</b>
	Повторная	31,5
Наблюдение у специалиста	<b>Наблюдался у специалиста</b>	<b>25,9</b>
	Не наблюдался до суицида	74,1
Сопутствующие заболевания	<b>Терапевтические</b>	<b>31,5</b>
	Неврологические	11,1
	Наркологические	7,4
	Нет	50,0
Госпитализация	<b>Госпитализировался</b>	<b>75,9</b>
	Не госпитализировался	24,1
Жилищные условия	<b>Благоустроенное</b>	<b>75,9</b>
	Неблагоустроенное	13,0
	Съёмное	3,7
	Общежитие	7,4
	Не имеет жилья	0,0
Место жительства	<b>Петрозаводск</b>	<b>88,9</b>
	Прочие	11,1

*Общая характеристика суицидальных попыток.* В результате проведённого исследования были выявлены общие черты суицидентов в рассматриваемой выборке, несмотря на разницу в возрасте, социальном статусе и ближайшем окружении. Нам удалось проанализировать клинические особенности и выделить стержневые симптомы, повлёкшие за собой попытку суицида.

Вероятность совершения суицидальной попытки уменьшается с возрастом (наиболее критичным является возраст до 30 лет)

и может быть описана логарифмической функцией регрессии (рис. 3):

$$y = -4,42 \times \ln(x) + 12,08, R^2 = 0,828,$$

где  $y$  – количество совершённых суицидальных попыток;

$x$  – возраст совершения суицидальной попытки.

Доля женщин, совершивших попытку суицида, составляет 76%, что значительно превосходит аналогичный показатель для мужчин – 24% (рис. 4).

Рисунок 3. Зависимость количества совершённых суицидальных попыток от возраста

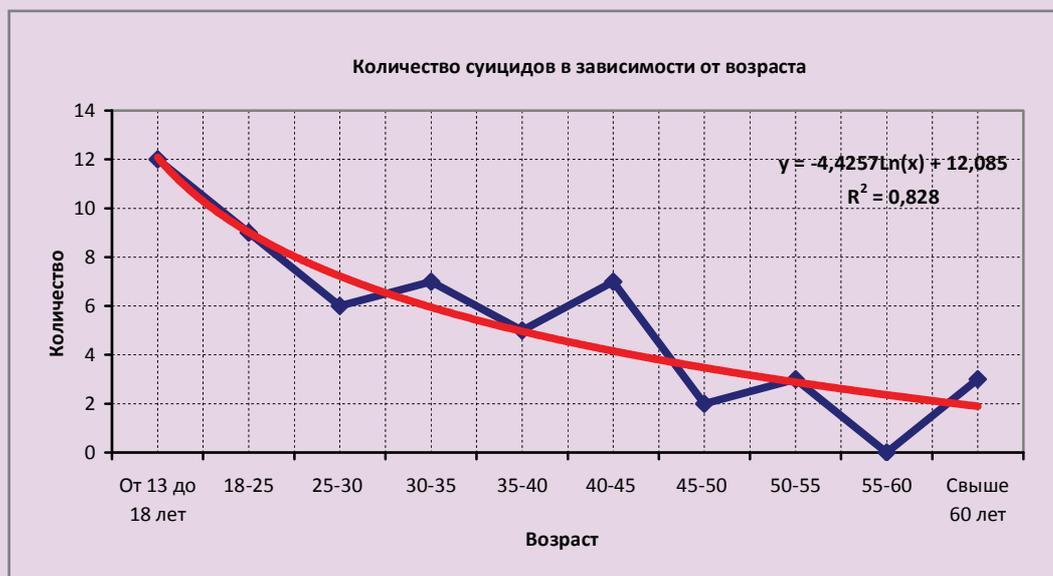


Рисунок 4. Доля суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами



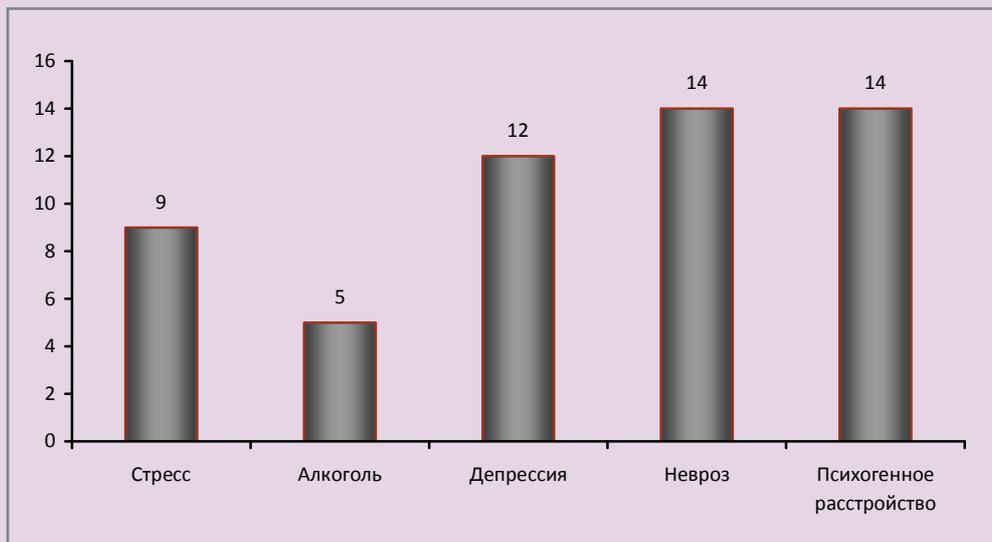
Большинство суицидальных попыток (72%) носили истинный характер, т.е. была предпринята серьёзная попытка действительно уйти из жизни. В основном это были отравление большими дозами лекарственных препаратов (63%), ножевые ранения (30%), повешение (7%). Впервые предприняли попытку суицида 68% пациентов, повторно — 32%.

В исследуемом материале практически отсутствовали импульсивные суицидальные попытки. Кризисные ситуации, состояние психического дискомфорта возник-

ли задолго до совершения суицидальных попыток, но никаких мер по их разрешению суицидентами предпринято не было (рис. 5). Это может косвенно свидетельствовать об отсутствии ценностного отношения к себе, к своему здоровью.

В подавляющем большинстве случаев (76% выборки) обращение за медицинской помощью последовало только после совершения суицидальной попытки, хотя в РПНД ведёт приём суицидолог и помощь может быть оказана анонимно и бесплатно.

Рисунок 5. Кризисная ситуация, возникшая до совершения суицидальной попытки



Кроме того, в результате обработки клинической информации удалось выявить социально-экономические и природно-климатические факторы, повлекшие за собой попытку совершения суицида.

*Природно-климатические условия.* Республика Карелия не относится к крупным промышленно развитым территориям, поэтому среди совокупного воздействия среды обитания человека на его здоровье одно из ведущих мест занимают природно-климатические факторы.

Климат, как фактор, формирующий экологически обусловленные заболевания природного происхождения, на территории Карелии имеет свои особенности. Для него характерны большая изменчивость метеорологических элементов из года в год и в течение суток. Продолжительность зимы составляет более 5 месяцев с температурой до  $-30$  градусов. Вся территория республики относится к зоне избыточно увлажнения (относительная влажность более 80% 150-200 дней в году, 600-750 мм осадков в год, туманы). Резкие изменения погодных условий вызывают колебания содержания кислорода в воздухе, что весьма не безразлично для организма.

В широтах Карелии отмечается естественная недостаточность ультрафиолетового излучения. Таким образом, Республика Карелия, безусловно, относится к дискомфортной зоне жизнедеятельности человека, а по некоторым показателям — к экстремальной зоне.

В связи с этим высокий уровень депрессий различной структуры и генеза налагается на депрессивные синдромы сезонных аффективных расстройств (САР).

САР являются характерными для стран Северной Европы в целом и для Карелии в частности. Продолжительность клинических проявлений САР составляет около пяти месяцев — с октября по март. Сочетание разнообразных депрессивных симптомов является непростой клинической проблемой. В нашем исследовании депрессивная симптоматика практически всегда сочеталась с тревогой, которая выступает сквозным симптомом при суицидах. Отметим лишь специфику суждений при депрессиях: они категоричны и безальтернативны, преобладают идеи самоуничтожения, безнадежности, бессмысленности жизни.

Экзистенциальная пустота логически завершает любую депрессию, даже если не осмысливается в такой терминологии и до конца не осознаётся. И все эти симптомы являются той матрицей, в которой формируются суицидальные мысли и замыслы.

Пик суицидальных попыток, как правило, приходился на весенние месяцы (март, апрель, май). Количество совершённых суицидальных попыток в зависимости от месяца года представлено на *рисунке 6* и приближённо описывается полиномиальной функцией регрессии:

$$y = -0,003x^5 + 0,096x^4 - 1,079x^3 + 5,077x^2 - 9,135x + 10,04$$

$$R^2 = 0,66$$

где  $y$  – количество совершённых суицидальных попыток;

$x$  – месяц года.

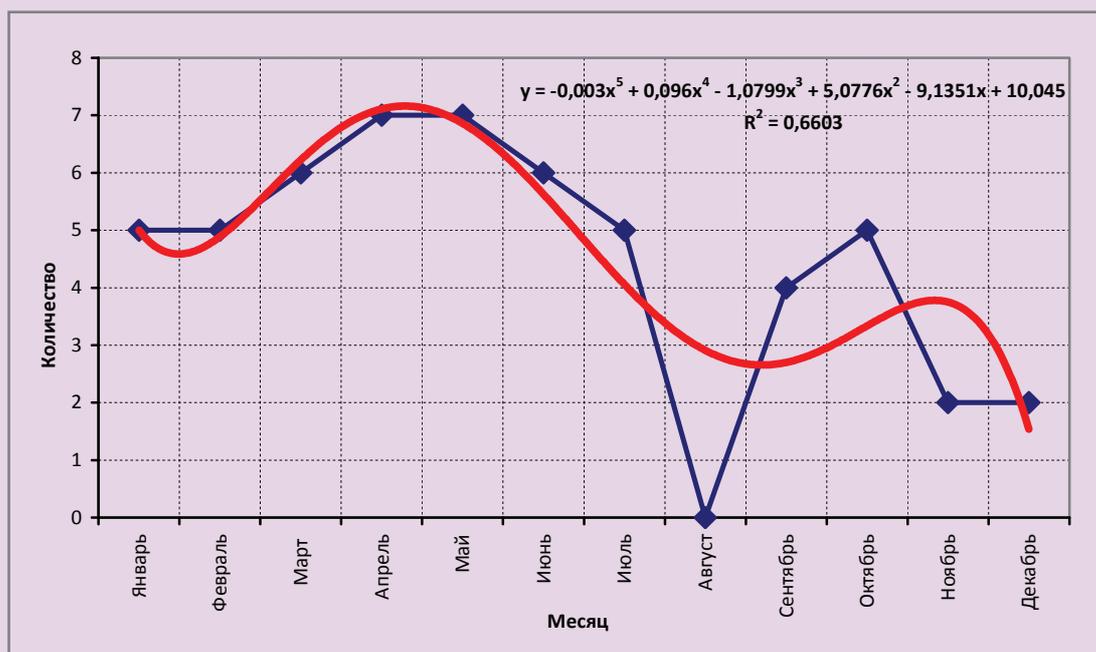
Одной из возможных интерпретаций такой закономерности является совпадение этого временного периода с завершением проявлений САР. Как известно, оно весьма широко распространено в стра-

нах Северной Европы с октября по март и протекает с субклинической депрессивной симптоматикой. Возможно, у наших суицидентов имело место наложение собственно аффективных нарушений и САР.

Длительное снижение настроения, стёртость клинической картины при сохранности волевых функций и пессимистическом мироощущении могли привести к постепенному формированию суицидального замысла и его осуществлению на «излёте» САР.

*Личностные характеристики.* Наряду с клинической составляющей следует отметить личностные характеристики. Чем богаче структура личности, её ценностные образования, убеждения, тем более личность толерантна к кризисным ситуациям, тем большим ресурсом обладает при разрешении жизненных проблем (в нашем случае при депрессивных расстройствах). Относительно суицидальных мыслей и действий такая личность формирует антисуицидальный барьер. При обеднённости личностной структуры антисуицидальный барьер размыт, соответственно, суицидальный риск увеличивается.

Рисунок 6. Количество суицидальных попыток в зависимости от месяца года



Проблема ценностей, вернее, их обеднённости, вообще характерна для суицидентов. Ценности личностного роста, профессионализма, взаимоотношений с ближайшим окружением не были развиты и значимы у исследуемых пациентов. Как правило, они имели невысокий социальный статус, нетворческие профессии (15% – безработные, 28% – учащиеся, 9% – пенсионеры, 39% – занятые физическим трудом).

Кризисные ситуации возникали по преимуществу в семье – и суициды были адресованы семье, собственно суицидальные попытки происходили в домашней обстановке, чаще – в присутствии членов семьи (81% пациентов имели свою семью или жили в семье родителей). Следует отметить, что не только сами суициденты, но и члены их семей не обращали должного внимания на изменение психического состояния своего родственника. По крайней мере, никто не обратился к специалисту за консультацией по этому поводу.

Экзистенциальные, духовные ценности были слабо представлены в личностной структуре исследуемых пациентов. Среднее и среднее специальное образование имели 87% исследуемых (высшее – только 11%). 87% пациентов не имели увлечений, занимались лишь решением бытовых и хозяйственных проблем.

*Экономические факторы.* Особенности экономической структуры Республики Карелия таковы, что наблюдается весьма низкий уровень доходов населения, ограниченность экономических возможностей, трудности с профессиональным трудоустройством, необеспеченность качественного отдыха.

Ценности материального порядка также не могли быть реализованы в жизни суицидентов. Деньги дают если не свободу, то, по крайней мере, ощущение этой свободы. Однако в нашей выборке уровень доходов был преимущественно низким (54%), редко – средним (46%), высокого достатка не имел никто.

Таким образом, бедность ценностного пространства, бедность внутреннего мира были теми объединяющими критериями, которые имели место практически у всех пациентов.

Таким образом, нам удалось проанализировать клинические особенности и выделить стержневые симптомы, повлёкшие за собой попытку суицида. Это был аффективный симптомокомплекс, а именно тревога либо депрессия, а чаще сочетание тревоги и депрессии. Если воспользоваться весьма точным определением Альфрида Лэнгле, то депрессия – это «утрата способности переживать ценность жизни». Тревога – субъективно плохо переносимое чувство беспокойства и напряжения. Как изолированно, так и в сочетании друг с другом тревога и депрессия резко снижают ценностное переживание жизни во всём её многообразии и проблематичности. Таким образом, даже мягкие, субклинические формы аффективной патологии способствовали реализации суицидального поведения.

Несомненно, что значительное влияние оказывала социальная среда, в которой жили пациенты: невысокий достаток, отсутствие крепких семейных взаимоотношений, скудость личностных интересов. Во многом это было определено сложной социально-экономической ситуацией, в которой человек не чувствовал себя востребованным, нужным обществу и окружающим.

В полученных в процессе математической обработки результатах подтвердились клинические наблюдения: суицидальные попытки совершались лицами, личностно незрелыми, о чём свидетельствуют бедность ценностных установок, нетворческие профессии, неумение выстраивать эмоционально-стабильные взаимодействия с окружающими, крайне ограниченный диапазон реагирования в ситуациях кризиса.

Для того чтобы понизить уровень суицидов, должна проводиться серьёзная, комплексная работа. Начальные проявления аффективных расстройств могут увидеть прежде всего родственники пациентов и врачи общей практики. Из этого следует, что:

- Необходимо обучение врачей общей практики выявлению суицидоопасных аффективных расстройств, а для этого целесообразно введение в стандарт обследования диагностических опросников депрессии и тревоги. Выявление на ранних этапах расстройств настроения могло бы способствовать своевременному направлению пациентов к специалистам. В нашем исследовании все пациенты обращались

за помощью спустя месяцы после начала депрессивных нарушений.

- Кризисные ситуации возникали в основном в семейном окружении. Психотерапевтическая работа с семьями, равно как и популяризация семейных ценностей, может стать основой профилактической работы как с потенциальными, так и с реальными суицидентами.

- Требуется принятие специальных мер по улучшению социально-экономического положения представителей групп суицидального риска: сокращение уровня безработицы, профессиональная ориентация и трудовая мотивация, создание специализированных психологических центров.

## Литература

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int>
2. Информационный бюллетень ВОЗ № 220. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/index.html>
3. База данных ВОЗ. Здоровье для всех [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>
4. Российский статистический ежегодник. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.
5. Республика Карелия в цифрах: стат. сб. / Карелиястат. – Петрозаводск, 2009.
6. Дюркгейм, Э. Самоубийство / Э. Дюркгейм. – М.: Мысль, 1994.
7. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. – Санкт-Петербург: Диалект, 2004.
8. Морев, М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения / М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин; под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: Ин-т социально-экономического развития территорий РАН, 2010. – 188 с.
9. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001.
10. Суицидология в трудах зарубежных учёных / под ред. А.Н. Моховикова. – М.: Когито-Центр, 2003.