

СУИЦИДЫ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. Г. БЕРЧЕНКО, Н. Г. ТОЛСТАШЕВА, Н. В. ЯКУШКИН

БЕРЧЕНКО Наталья Геннадьевна - кандидат экономических наук, директор Витебского центра региональных исследований и разработок. ТОЛСТАШЕВА Наталья Геннадьевна - кандидат экономических наук, научный сотрудник того же центра. ЯКУШКИН Николай Владимирович - заведующий отделением Витебского областного психоневрологического диспансера (E-mail: jak_n@tut.by).

Аннотация. Представлены результаты исследования суицидов в Витебской области, полученные на основе анализа совершенных самоубийств, социологического опроса, оценки социально-экономических факторов риска по районам и городам области, предложен комплекс мер по снижению суицидальной смертности населения региона.

Ключевые слова: суицид * суицидальная смертность * суицидальное поведение * группа риска * социально-психологические особенности * факторы суицидального риска * превенция суицидальной смертности

Среди демографических проблем, характерных для регионов Республики Беларусь, остро стоит высокий уровень смертности от внешних причин, в том числе, суицидов. В Витебской области эта проблема имеет особую остроту. С 1990 по 2008 гг. уровень суицидальной смертности в области на 30 - 49% превышал среднереспубликанские показатели, достигнув максимального значения в 1997 г., когда количество

самоубийств составило 51,7 случая на 100 тыс. населения. Для получения комплексной объективной картины наблюдаемого явления при исследовании его причин учитывались демографические, социальные, медико-психологические и экономические характеристики рассматриваемой территории. Данный подход лег в основу проекта "Меры по предотвращению и снижению смертности от суицидов на основе оценки факторов риска по районам и городам Витебской области", который был реализован на базе Витебского центра региональных исследований и разработок с привлечением ученых республики и области. Указанный проект стал первым комплексным, крупномасштабным исследованием в данном регионе.

Цель исследования заключалась в разработке комплекса мер по профилактике и сокращению суицидальной смертности области. Для ее достижения решены следующие задачи: проанализирована динамика суицидальной смертности населения в районах и городах области основных половозрастных групп; проведен анализ фактологии завершенных самоубийств; определены основные социопсихологические характеристики группы риска; выявлены основные демографические, медицинские, социально-экономические факторы, влияющие на суициды, а также острота их проявления в районах и городах области. В процессе исследования использованы эмпирическая типологизация, сравнительный анализ, социологический опрос, корреляционный и регрессионный анализ, непараметрическая статистика, многомерный сравнительный анализ, рейтинговые оценки.

Анализ половозрастной структуры и динамики суицидальной смертности в 1999 - 2007 гг., а также 500 завершенных самоубийств за период 2007 г. и 1 полугодие 2008 г. позволил отнести к основным факторам риска следующие: мужчины составили 81,2% всех проанализированных случаев суицидов. За 1999 - 2007 гг. уровень смертности от самоубийств мужчин был в 5 - 5,8 раза выше смертности женщин. В возрасте старше 40 лет совершено 65,7% суицидов. Большинство из них имели невысокий уровень образования: незаконченное среднее (12,2%), среднее (43%) и среднее специальное (32,2%) и только около 4% высшее и незаконченное высшее образование. После 30 лет 44%, совершивших суицид, жили в законном или гражданском браке, 27,2% никогда не состояли в браке, в полной семье проживали 12%, в неполных семьях - более 70%, одиноко проживал каждый четвертый (25,6%). Суицидальная смертность сельских жителей в 2 раза выше смертности городского населения (65 - 70 и 30 - 35 случаев на 100 тыс. жителей). 67,2% являлись неработающими и, хотя эта группа включает и неработающих пенсионеров, уровень безработицы среди трудоспособных суицидентов в десятки раз превышает безработицу среди остального населения. За период с 2002 г. по 2006 г. 58,9% лиц, совершивших суицид, находились в состоянии алкогольного опьянения, из них легкую степень опьянения имели 14,3%, среднюю - 21,7% и сильную - 23%. Значимость данного фактора выявлена также при анализе суицидов: в 22% случаев врачами отмечалась алкогольная зависимость. Кроме того, 51% по оценкам врачей злоупотреблял алкоголем.

Результаты других исследований, помимо перечисленных, позволяют отнести к факторам риска депрессивное состояние: 30 - 80%, страдали от депрессии, а депрессия среди лиц, совершивших попытку самоубийства, диагностируется примерно у 70%¹. Некоторые зарубежные авторы отмечают, что наличие парасуицида в прошлом или в близком окружении, у этих лиц наблюдается 20 - 30-кратное увеличение риска самоубийства. По данным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, из них каждый десятый умирает в результате самоубийства².

Для определения социально-психологических особенностей людей, имеющих высокий суицидальный риск, проведен социологический опрос 1729 человек. Он был нацелен на выявление различий по психологическому и материальному благополучию, отношению к суицидальным проявлениям, способам реагирования на сложную ситуацию, информированности об источниках оказания помощи, подходам к их профилактике. Сравнительный анализ результатов опроса проводился в группе суицидального риска, в которую включались лица, имеющие 3 и более факторов риска, и по кон-

¹ Векс А. Т. Suicide and ways of its prevention. Stockholm, 1973.

² Погосин И. А. Психология суицидального поведения. Пособие для вузов. Мн.: Тесей, 2005. 208 с.

трольной группе респондентов, имеющих не более 1 фактора риска. В результате в группу суицидального риска вошли 219 чел. (12,6%) общего количества респондентов, в контрольную - 866 чел. (50%).

Помимо статистически достоверных различий по полу, возрасту, образованию, занятости, семейному положению и наличию детей выявлено, что субъективная оценка своего психологического благополучия у респондентов основной группы риска существенно ниже, чем в контрольной группе: если средний показатель индекса благополучия в контрольной группе составил 15,9 балла, то в группе риска 9,7. Статистически достоверные различия выявлены также в оценке респондентами своего семейного благополучия. Так, в контрольной группе теплыми и близкими отношения в семье назвали 46,7%, а в группе риска только 19,6%. При этом респонденты группы риска более часто оценивали свои отношения в семье как нормальные (63,9%), безразличные (7,3%) и конфликтные (8,7%), что может свидетельствовать как о нежелании подробно останавливаться на семейных проблемах, так и о выработанной сенсбилизации к конфликтным ситуациям в семейной жизни.

Достоверные различия выявлены также в субъективной оценке своего материального благополучия и удовлетворенности жизнью, включая материальное положение, питание, одежду, состояние здоровья. Средний показатель материального благополучия в группе риска 14,9 балла, в контрольной группе - 17,9.

В контрольной группе основными источниками дохода являются доходы от трудовой деятельности (75,5%), нахождение на иждивении других лиц (19,2%), стипендия (11,7%). В группе риска источниками являются пенсия по возрасту (52,5%), доходы от трудовой деятельности (34,7%), работы в личном подсобном хозяйстве (14,2%). В контрольной группе возможности получения более высокого дохода в 83,6% случаев зависят от самого человека: он может найти другую более высокооплачиваемую работу или дополнительный заработок. В группе риска такую возможность имеют только 35,6%. Их доходы в основном являются социальными выплатами.

Достоверная отрицательная взаимосвязь проявилась между количеством выявленных у респондента факторов риска и наличием в месте его проживания социально-бытовых объектов. Респонденты группы риска в основном проживают в небольших населенных пунктах с ограниченной доступностью социально-бытовых услуг.

При исследовании различий отношения к суицидальным проявлениям выявлено, что в группе суицидального риска только 48% считают, что обстоятельств, в результате которых может быть совершен суицид, нет. В контрольной группе таких респондентов 57,4%.

При определении обстоятельств, разрешающих суицид, ответы респондентов обеих групп во многом схожи: на первом месте стоит неизлечимая болезнь (30,9% и 29,7%). Это отражает позицию социума, что неизлечимый больной не может достойно продолжать жить, что в данной ситуации ни близкое окружение, ни медицинские и социальные учреждения не могут реально помочь. Такая позиция является следствием недостаточно развитого уровня оказания медицинской, социально-бытовой помощи людям, имеющим неизлечимые болезни. В сравнении с контрольной группой для респондентов группы риска более высока значимость таких обстоятельств как немощь, страх быть обузой - соответственно 7,5% и 18,7% ответов, одиночество - 2,9% и 7,3%.

При исследовании различий в способах реагирования на сложную жизненную ситуацию в контрольной группе выявлено на 40% больше различных реакций. Они направлены на преобразование своей внутренней или внешней действительности: поиск ошибок в поведении (65,5%), внешняя экспрессия (раздражение - 39,6%), поиск виновных (12,3%), старание все оценить и взвесить (11%). В группе риска респонденты в меньшей степени ищут ошибки в своем поведении и проявляют внешнюю экспрессию (раздражаются). Большая часть (18,3%) действует пассивно: опускают руки, 28,8% обращаются с молитвой к Богу, 7,8% пытаются "забыться" в алкоголе. В поведении респондентов группы риска проявляются признаки инфантилизма, что приводит к накоплению проблем и созданию тупиковых ситуаций. У респондентов двух групп выявлено также статистическое различие по наличию суицидального желания в течение всей жизни. Причины мыслей о суициде во многом схожи у респондентов обеих групп. В большинстве случаев они вызваны утратой смысла жизни, душевным кризисом (12,6% и 11,9% ответов контрольной группы и группы риска, со-

ответственно), конфликтами с близкими (11,8% и 11%). В то же время в сравнении с контрольной группой у респондентов группы риска мысли о суициде чаще вызваны тяжелой болезнью (5,8% и 12,3%), отсутствием постоянных доходов, страхом нищеты (1,5% и 5,5%), немощью, быть обузой (2,7% и 5,9%). Это подтверждает значимость социальных и экономических факторов для профилактики суицидального поведения населения.

При изучении информированности об источниках оказания помощи при суицидальной ситуации и значимости таких источников выявлено, что респонденты контрольной группы в 62% случаев намерены обращаться к специалистам, работающим в сфере психического здоровья (психологам или психотерапевтам). Респонденты группы риска больше склонны обращаться к родственникам (28,3%), священнику (19,3%) или решать проблему самостоятельно. При этом в группе риска наблюдается недоверие к специалистам, работающим в сфере психического здоровья. К ним готовы обратиться только 29%.

При исследовании мнения респондентов о мерах, направленных на предотвращение смертности от суицидов, схожими были ответы, связанные с борьбой с алкоголизмом (42%) и улучшением качества медицины (25 - 27%). В то же время наибольшая часть ответов имела статистическое различие. Респонденты контрольной группы более активно предлагают развивать психологическую помощь, информировать население с помощью средств массовой информации, создавать рабочие места, повышать общую культуру, помогать обездоленным. У респондентов группы суицидального риска - социальная апатия, неверие в государственные институты, они мало ожидают от государственных и социальных служб.

На основе применения эконометрических методов анализа была изучена взаимосвязь динамики суицидальной смертности с основными демографическими, медицинскими, социально-экономическими характеристиками на областном и районном (городском) уровнях. Информационную базу исследования составили статистические данные за период с 1990 г., в анализе использовалось 68 показателей, по которым рассматривались абсолютные и относительные значения.

В блоке демографических показателей были выявлены тесные обратные корреляции с коэффициентом брачности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении, уровне образования населения, то есть улучшение данных демографических характеристик сопровождалось снижением показателей суицидальной смертности. Так, увеличение заключенных браков на 1 в расчете на 1000 чел. сопровождается сокращением уровня смертности от суицидов на 5,1 случая на 100 тыс. населения.

Среди медицинских показателей наибольшая взаимосвязь уровня суицидов была обнаружена со смертностью от болезней системы кровообращения, коэффициентом младенческой смертности, количеством травм и несчастных случаев на 1000 населения. При этом характер связи является прямым, то есть рост данных показателей сопровождается ростом уровня суицидальной смертности. Изучение взаимосвязи динамики суицидальной смертности и заболеваемости хроническим алкоголизмом показало наличие тесной обратной взаимосвязи между этими процессами. Поэтому выявление и своевременное лечение хронических алкоголиков способствует снижению их смертности.

В блоке социально-экономических факторов статистически значимой оказалась взаимосвязь обеспеченности врачами всех специальностей, городским жилищным фондом, посадочными местами на предприятиях общественного питания, динамикой розничного товарооборота и платных услуг. Выявлена четкая взаимосвязь суицидальной смертности с показателями доходов населения (с достоверностью 82%): рост денежных доходов населения на 1% сопровождается снижением уровня суицидов на 0,089 случая на 100 тыс. населения. Статистически достоверная тесная связь обнаружена с динамикой занятости населения. Характер данной взаимосвязи обратный: рост удельного веса занятого в экономике населения сопровождается сокращением суицидов.

Выявлена также тесная связь с показателями, отражающими динамику экономического развития региона: региональным доходом и его относительными значениями на одного занятого, одного жителя, инвестиционной активностью, темпами роста объемов промышленного производства, рядом результативных показателей сельскохозяйственной деятельности. Во всех случаях улучшение социально-

экономических характеристик сопровождается снижением уровня суицидальной смертности.

В мужской популяции по сравнению с женской наблюдаются более сильные связи со всеми выявленными показателями, т.е. влияние рассмотренных факторов на суицидальное поведение мужского населения более значительно. Это является подтверждением того, что самоубийства мужчин с большей вероятностью являются ответом на жизненные проблемы: потерю работы, финансового благополучия, социального положения и др.

Выявленные взаимосвязи согласуются с результатами соцопроса и анализа совершенных самоубийств, что позволяет рассматривать ряд демографических, медицинских, социально-экономических показателей в качестве объективных индикаторов суицидального благополучия территории. Совокупная рейтинговая оценка районов и городов области показала, что в 2007 г. по комплексу таких индикаторов наибольшая суицидальная опасность была характерна для Браславского, Ушачского, Сенненского и Шумилинского районов области. При этом во всех районах области уровень суицидального риска превышал 50%, по городам областного подчинения наибольший риск был характерен для Орши и Полоцка.

Наиболее значительное влияние на суицидальный риск в районах области оказывают демографические и медицинские факторы. По социально-экономическим факторам наименее подвержены суицидальному риску Витебский (частный рейтинг -0,442), Оршанский (0,529), Чашникский (0,533) районы. Существенно повышают суицидальную опасность социально-экономические факторы в Ушачском (0,656) и Поставском (0,649) районах. При этом, если в Ушачском районе суицидальный риск в большей степени обусловлен низким уровнем экономического развития, то в Поставском - низкой занятостью населения.

Результаты проведенного исследования позволили разработать комплекс мер, способствующих профилактике и снижению суицидальной смертности населения области, объединив их в пять основных направлений: профилактика суицидального поведения в группах риска; улучшение качества и доступности специализированной медицинской помощи; повышение психологической культуры и психического здоровья населения; использование опыта Православной церкви; реализация приоритетов региональной политики.

Созданная в области система профилактики суицидов не в полной мере отвечает существующим потребностям. Основным принципом деятельности учреждений и организаций, оказывающих населению медико-психологическую и социальную помощь, является обслуживание по заявительному принципу. Это не позволяет в достаточной мере обеспечить эффективность профилактических мероприятий в группах риска. Не налажено обслуживание тяжелобольных и одиноких. Отсутствует достаточная информированность населения об организациях и учреждениях, оказывающих помощь гражданам, находящимся в сложных жизненных обстоятельствах.

Эффективность работы по профилактике суицидального поведения во многом определяется реализацией мероприятий и развитием специализированной помощи в группах риска. Так, при анализе совершенных самоубийств выявлено, что в 7,8% случаев суицидент был на приеме у врача в течение последнего месяца или за несколько дней до совершения самоубийства. Улучшение качества и доступности специализированной помощи широким слоям населения предполагает развитие психологической службы в учебных и трудовых коллективах, совершенствование системы непрерывной специальной подготовки медицинских и социальных работников.

Основным практическим выводом проведенного исследования является то, что меры по снижению суицидальной смертности должны включать весь комплекс мероприятий, направленных на регулирование демографических, медицинских и социально-экономических аспектов жизни общества. Объединение усилий общественных и государственных институтов, системный подход к реализации названных направлений позволит максимально снизить риск суицидов в районах и городах области, экономические и социальные потери общества, вызванные данной проблемой.