

# СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

К. А. Гулин, О. И. Фалалеева, М. В. Морев

## ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кардинальные социально-экономические, политические, культурно-нравственные изменения, произошедшие в России в последнее десятилетие XX века, негативно отразились на общем психологическом состоянии россиян. Как следствие, существенно увеличилась распространенность психических и соматических заболеваний. В середине 1990-х гг. заметно возрос уровень суицидального поведения населения.

По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Россия занимает прочную позицию среди стран с наиболее высоким уровнем самоубийств (свыше 20 случаев на 100 тыс. населения). В нескольких российских регионах число самоубийств приближается к 80 (например, Читинская область), в пятнадцати – превышает 60, в трех – 70 (данные 1996 г.)<sup>1</sup>.

Аналогичной ситуация оказалась и в Вологодской области, причем в течение последнего десятилетия распространенность

самоубийств здесь остается значительно более высокой, чем по стране в целом. В связи с этим региональная концепция «Вологодская область-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» одной из приоритетных задач укрепления здоровья провозглашает «сокращение частоты проявлений жестокости в обществе и частоты самоубийств»<sup>2</sup>. Самоубийства уже давно находятся в десятке наиболее распространенных причин смертности населения региона. Наиболее суицидально активной категорией населения являются лица 35 – 50 лет, особенно мужчины. Однако следует подчеркнуть, что в целом суицидальная активность и мужчин, и женщин резко возрастает после 20 лет и сохраняется на стабильном уровне примерно до 55 лет.

В то же время надо отметить, что представленные на рисунке данные касаются только официально зарегистрированных случаев завершённых суицидов. На самом деле круг

<sup>1</sup> [www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm](http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm).

<sup>2</sup> Вологодская область-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области. – Вологда, 2000.



**Гулин**

Константин Анатольевич –  
к.и.н., зам. директора ВНКЦ  
ЦЭМИ РАН.



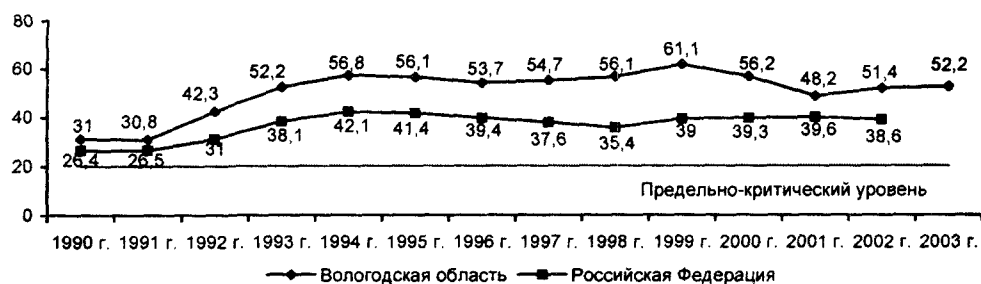
**Фалалеева**

Ольга Игоревна – главный психиатр  
Вологодской области.



**Морев**

Михаил Владимирович –  
сотрудник ВНКЦ ЦЭМИ  
РАН.



Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

людей, вовлеченных в проблему суицидального поведения, значительно шире. В их число входят также: лица, помышляющие о самоубийстве; лица, совершившие попытку суицида; микросоциум суицидента; родственники, переживающие утрату близкого вследствие самоубийства.

По сравнению с регионами Северного района страны в Вологодской области сохраняется высокий уровень самоубийств. Во второй половине 1990-х гг. в регионе насчитывалось более 50 суицидов в год (в 2,5 раза больше предельно-критического уровня, установленного ВОЗ; табл. 1).

Таблица 1

Соотношение количества суицидов в регионах Северного района России (число умерших на 100 тыс. населения)

Регион	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Архангельская область	71	66	63	58	55
Республика Карелия	66	67	62	55	53
Вологодская область	57	56	54	55	52
Республика Коми	58	56	55	45	44
Мурманская область	44	46	44	38	34
Всего по России	42	41	39	38	35

Источник: О суицидальных явлениях в Республике Коми: Информационная записка Комитета государственной статистики Республики Коми. – 2000. – С. 9.

За исследуемый период ни один из районов Вологодской области (за исключением Сокольского в 2003 г.), так же как и города Вологда и Череповец, по уровню суицидальной активности населения не соответствовал предельно-критическому значению, установленному ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. населения; табл. 2). В большинстве случаев количество зарегистрированных самоубийств на протяжении последних лет превышало этот уровень в 3–4 раза. Кроме того, начиная с 2000 г. устойчивая тенденция к снижению количества завершенных суицидов наблюдается только в двух из 26 районов (Сокольский и Череповецкий).

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на одно завершённое самоубийство может приходиться от 10 до 20 парасуицидов (попыток суицида), 8 чел. из числа близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100 человек,

помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне<sup>3</sup> («скрытые» для самого суицидента тенденции к саморазрушению часто являются причиной несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий, злоупотребления алкоголем и наркотиками и т. д.). Таким образом, на 658 самоубийств, официально зарегистрированных по Вологодской области в 2003 г., приходится, по расчетам, 0,8% жителей, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, 0,4% из числа ближайшего окружения суицидента и 5,2% помышляющих о самоубийстве. В целом же в проблему суицидального поведения включено около 6,4% жителей региона (в 2002 г. их было 6,3%).

<sup>3</sup> Гулин К. А., Фалалеева О. И., Ослопова Ю. Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

Таблица 2

**Суицидальная активность населения районов Вологодской области**  
(на 100 тыс. населения)

Районы	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Всего	61,3	56,4	52,9	51,3	52,1
Наименее суицидально активные районы (до 50 случаев на 100 тыс. населения)					
Сокольский	278,4	65,1	62,9	56,9	17,4
Междуреченский	49,3	61,7	62,5	37,9	26,3
г. Череповец	42,0	40,5	39,6	28,2	28,2
Великоустюгский	110,3	45,5	65,9	80,8	33,9
г. Вологда	40,6	39,1	42,3	38,4	34,0
Бабушкинский	62,1	82,2	90,3	72,3	47,2
Кирилловский	122,4	103,0	72,5	26,3	48,9
Череповецкий	52,9	71,9	58,2	54,1	49,2
Районы со средней степенью суицидальной активности (от 50 до 80 случаев на 100 тыс. населения)					
Шекснинский	73,8	96,2	50,0	59,9	50,2
Нюксенский	83,9	53,8	38,4	69,2	51,2
Кадуйский	93,2	68,0	15,9	59,4	54,3
Вологодский	87,0	65,5	57,9	60,7	55,4
Бабаевский	67,1	75,7	76,6	58,1	56,6
Вытегорский	100,8	92,7	102,3	85,5	57,3
Сямженский	139,1	86,9	43,4	70,1	57,6
Тарногский	80,7	50,3	50,6	89,7	65,3
Белозерский	53,3	49,5	68,8	79,4	66,0
Вашкинский	90,9	27,5	56,0	66,0	70,0
Устюженский	67,8	73,7	37,3	80,9	74,7
Районы с повышенной степенью суицидальной активности (более 80 случаев на 100 тыс. населения)					
Никольский	52,2	84,5	56,9	68,1	83,9
Харовский	97,3	53,5	104,0	73,7	84,1
Кичм.-Городецкий	85,0	57,3	33,1	84,0	90,9
Чагодощенский	65,8	72,7	24,5	56,2	90,9
Тотемский	107,9	79,1	90,2	61,8	91,2
Грязовецкий	88,4	86,7	78,7	72,9	97,3
Усть-Кубинский	76,1	28,5	47,6	47,6	117,0
Вожегодский	101,4	102,4	68,6	88,6	132,9
Верховажский	94,6	148,8	107,7	102,4	141,9

Количество суицидальных попыток в Вологде остается на стабильном уровне. По данным станции скорой помощи, в 2001, 2002 и 2003 гг. было зарегистрировано 472, 529 и 472 попытки и умерло от самоубийств 125, 114 и 98 человек соответственно. Таким образом, на 1 самоубийство приходится 4 – 5 суицидальных попыток, а в среднем количество случаев парасуицида по области – около 3300 – 3500. Если же исходить из официальной формулы ВОЗ (10 – 20 попыток на одно самоубийство), то этот показатель достигнет 9 870 случаев.

Высокий уровень суицидальной активности населения в целом по Вологодской области влечет за собой, помимо прочих, ряд социально-экономических проблем. Начиная с 2001 г. показатель экономического ущерба

по индексу ПГПЖ (потенциальные годы потерянной жизни) постепенно увеличивается (табл. 3).

Таблица 3

**Экономический ущерб по индексу ПГПЖ**  
(в человеко-годах)

Территория	Годы					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Вологодская область	14 491	15 548	14 584	13 466	13 526	13 628
Вологда	1 981	2 238	2 385	2 274	2 579	2 036
Череповец	2 846	2 654	2 531	2 559	1 995	1 665

В денежном эквиваленте экономический ущерб от распространенности самоубийств превосходит потери в списке самых частых причин смерти (табл. 4). Так, в 2001 г. потери валового регионального продукта (ВРП) вслед-

ствие завершенных суицидов превысили потери, произошедшие в результате убийств и дорожно-транспортных происшествий. Та же ситуация наблюдается при оценке потерь ВРП в результате потерянных лет потенциальной жизни. Причем надо отметить, что эти данные

не учитывают прямых затрат системы здравоохранения на ликвидацию негативных последствий парасуицидов, а также косвенных затрат на психологическую и экономическую помощь ближайшему окружению суицидента.

Таблица 4

**Потери валового регионального продукта в результате распространенности в регионе самоубийств в 2001 г.**

Причины смертности населения	Количество случаев смертности (всего на 100 тыс. населения)	Потери ВРП вследствие смертности населения за год (в руб. / в % к ВРП)	Потери ВРП вследствие ПГПЖ (человеко-годы / в % к ВРП)*
Болезни системы кровообращения	12 672 / 970,1	45 162 512,25 / 0,064	1 772 075 731,4 / 2,536
Злокачественные новообразования	2 710 / 207,5	17 612 047,55 / 0,025	749 244 746 / 1,072
Самоубийства	691 / 48,2	13 455 497,75 / 0,019	717 591 020,6 / 1,027
Дорожно-транспортные происшествия	409 / 31,3	8 606 189,65 / 0,012	600 728 024,3 / 0,859
Убийства	370 / 28,3	8 046 654,1 / 0,011	420 184 553,5 / 0,601

\* В расчете потерь ВРП, вследствие смертности населения, за год при отсутствии точной даты смерти статистически допускалось, что она произошла в середине года, т. е., что погибший произвел половину среднедушевого ВРП.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» в России должны функционировать такие суицидологические службы, как «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи, отделение кризисных состояний<sup>4</sup>. Эти службы предназначены для оказания специализированной стационарной и амбулаторно-консультативной помощи суицидентам.

В Вологодской области лишь в последнее время стало обращаться определенное внимание органов исполнительной власти, специалистов и общественности на проблему суицидального поведения. Система специализированной лечебно-профилактической помощи суицидентам находится в стадии формирования. В настоящее время организована работа «телефона доверия» на базе областного Центра планирования семьи и репродукции, суицидентам оказывается экстренная скорая помощь в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях. В специализированных (психиатрических, психотерапевтических) учреждениях осуществляется консультирование жителей области, обратившихся за помощью.

<sup>4</sup> <http://ratepp.by.ru/office/prikasms.htm>.

Однако неорганизованной является работа специализированного кризисного стационара. В большинстве случаев суицидент после попытки расстаться с жизнью попадает в медицинское учреждение общего профиля. Срок и характер оказываемых ему услуг обуславливается в основном структурой соматического дефекта. Таким образом, при отсутствии необходимой психокоррекционной помощи истинная причина суицидального поведения не выявляется и не корректируется, оставляя высокую степень вероятности рецидива парасуицида при возникновении стрессовых условий. Таким образом, отсутствует единая система помощи лицам, находящимся в кризисной ситуации. Существующие учреждения, специалисты разрознены, что не позволяет им справляться с задачей снижения уровня суицидального поведения в регионе.

Вместе с тем, по данным опросов ВНКЦ ЦЭМИ РАН, проведенных в 2002 г., среди жителей Вологодской области существует высокая степень потребности в психологической помощи. Причем нуждаются в ней как мужчины, так и женщины разного возраста (особенно актуальной эта проблема является для женщин пожилого возраста; табл. 5).

Таблица 5

**Востребованность психологической помощи жителями области в зависимости от половозрастной характеристики (2002 г.; в % к данной группе респондентов)**

Вариант ответа	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилые
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	38,0	42,5	38,3	39,2	42,2
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	36,7	38,3	41,6	40,3	46,6

Источник: Гулин К. А., Фалалева О. И., Ослопова Ю. Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

Таким образом, учитывая высокую степень актуальности проблемы суицидального поведения в регионе, следует отметить необходимость принятия таких мер, как:

1. Организация комплексной системы лечебно-профилактической помощи суицидентам на территории региона – учреждение новых специализированных структур и объединение действующих психопрофилактических служб и программ под управлением координирующего органа – комплексного медико-психологического кризисного Центра, задачами которого являются:

- ⇒ проведение мониторинга ситуации в различных территориальных образованиях, организация и проведение научных исследований;
- ⇒ организационно-методическое обеспечение и разработка образовательных программ;
- ⇒ психокоррекционная и психотерапевтическая деятельность;
- ⇒ социальная терапия и социальное вмешательство в трудных жизненных ситуациях.

2. Систематизация статистических данных, разработка и запуск системы регионального мониторинга, учитывающего не только количественные (число суицидов и парасуицидов), но и качественные показатели (образ жизни, интересы, микросоциум суицидента и т.д.).

3. Разработка для управленческого персонала, специалистов на основании полученных исследований аргументированных программ и рекомендаций по снижению социально-экономических потерь вследствие суицидальной активности населения.

В сложившейся ситуации эффективность данных мероприятий определяется наличием научно обоснованной аналитической информации о факторах, влияющих на суицидальную активность населения, комплексностью социальных вмешательств, доступностью и профессионализмом лечебно-диагностических и профилактических программ.