

УДК 314.424.2(470.0)

К.А. Гулин, М.В. Морев

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ И ПРИЧИН СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

В статье представлены основные результаты исследования социально-психологических характеристик пациентов Вологодской областной психиатрической больницы, совершивших попытку самоубийства в период с 2006 по первый квартал 2007 г. В ходе исследования было проанализировано 98 историй болезни парасуицидентов.

Приведены последние данные об уровне суицидальной активности в зарубежных странах, России и Вологодской области, а также предложены показатели, необходимые для углубленного изучения проблемы смертности от самоубийств.

Одним из наиболее ярких негативных последствий трансформационных процессов в российском обществе в 1990-е годы стал резкий рост уровня самоубийств. В первое десятилетие нового века уровень суицидальной активности снижается, постепенно приближаясь к «дореформенному» уровню. Тем не менее по степени распространенности самоубийств Россия продолжает занимать лидирующие позиции в мире. Так, с показателем 32,2 случая самоубийств на 100 тысяч человек населения в 2005 г. Россия среди европейских стран уступала только Литве (37,0). Для сравнения: в среднем по 25 странам – членам Европейского Союза – этот показатель составлял 10,8 случая на 100 тысяч человек, в том числе во Франции – 15,8, в Германии – 10,4, в Великобритании – 6,4<sup>1</sup>.

К одному из российских регионов с устойчивым повышенным уровнем суицидальной активности населения относится Вологодская область. По

данным государственной статистики (рис. 1), показатель смертности населения региона от самоубийств в период с 1999 по 2007 г. снизился с 61,1 до 35,6 случая на 100 тысяч человек. Однако это в 1,2 раза больше, чем в среднем по стране, и в 1,8 раза выше предельно допустимого значения, установленного Всемирной организацией здравоохранения (20 на 100 тысяч человек)<sup>2</sup>.

Высокий уровень суицидальной активности вызывает необходимость разработки антисуицидальной программы, направленной как на предупреждение попыток суицида, так и на оказание психологической, социальной и иных видов помощи суицидентам и их близким. Вместе с тем, ни в стране, ни в регионе такой программы в настоящее время не существует.

Для того чтобы повлиять на интенсивность распространения в обществе суицидов, необходимо, как минимум, понять факторы, обуславливающие

<sup>1</sup> Данные Евростата [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu>

<sup>2</sup> Осипов Г.В., Кузнецов В.Н. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. – М.: Вече, 2005. – С. 185.



ГУЛИН Константин Анатольевич  
кандидат исторических наук,  
зам. директора ВНКЦ ЦЭМИ РАН



МОРЕВ Михаил Владимирович  
младший научный сотрудник  
ВНКЦ ЦЭМИ РАН

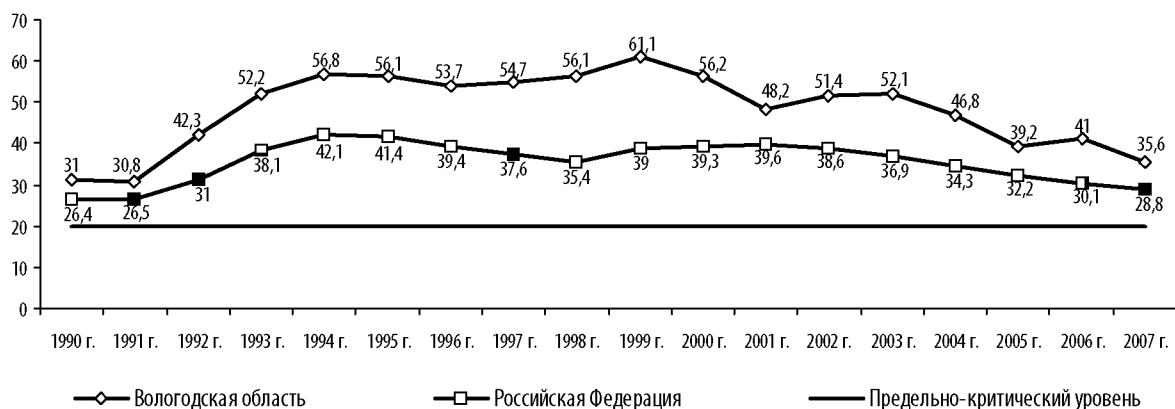


Рисунок 1. Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации (умерших на 100 тыс. чел.)

\* Источник: данные Федеральной службы государственной статистики.

данное явление. С этой целью в 2007 г. было начато исследование социально-психологических характеристик людей, совершивших суицидальную попытку<sup>3</sup>.

С учетом того, что попытки суицида совершаются значительно чаще, чем завершенные самоубийства, исследование парасуицидального поведения приобретает особую практическую значимость, поскольку позволяет получить достаточно подробное и точное представление о мотивации суицидентов и факторах, под воздействием которых принимается решение о самоубийстве. Это, в свою очередь, обеспечивает более грамотный подход к разработке и реализации системы мероприятий по минимизации суицидальной активности населения региона.

Результаты исследования позволяют с уверенностью говорить о том, что одним из главных факторов суицидального

риска является дисгармония межличностных отношений. По данным врачебных заключений (эпикризов), в 70% случаев попытке суицида предшествовал острый конфликт, при этом чаще всего он разгорался между супругами или между родителями и детьми. Конфликты между друзьями или коллегами по работе имели место лишь в 12% случаев. Это свидетельствует о том, что отношения в семье имеют первостепенное значение как фактор, определяющий степень суицидального риска. Поэтому данная сфера требует приоритетного внимания со стороны специалистов по охране психического здоровья.

Попытки суицида особенно распространены в молодежной среде. Так, 46% парасуицидов было совершено людьми в возрасте до 30 лет. Для сравнения: в средней возрастной группе (40 – 59 лет) этот показатель составил 32%, в старшей (более 60 лет) – 3%.

Широкое распространение попыток суицида среди представителей молодежи объясняется специфическими возрастными изменениями, происходящими в подростковом возрасте: основной отличительной характеристикой молодого возраста является недостаточно устойчивая сформированность Я-Концепции, т. е. личностных убеждений, жизненных

<sup>3</sup> Исследование проводится на базе Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ) в рамках договора ВНКЦ ЦЭМИ РАН и Департамента здравоохранения Вологодской области о выполнении долгосрочного мониторинга по теме НИР «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения». В 2007 г. было проанализировано 98 больничных карт пациентов ВОПБ, совершивших попытку суицида в 2006 – I кв. 2007 гг.

ценностей и установок; при этом повышенная эмоциональность, склонность к гипертрофированию каких-либо идей и отсутствие жизненного опыта нередко не позволяют подростку найти иной, кроме самоубийства, выход из проблемной ситуации. Значительное количество попыток самоубийств среди представителей молодежи делает проблему суицидального поведения актуальной как с демографической, так и с экономической точки зрения, поскольку обуславливает повышение уровня смертности среди представителей трудоспособного возраста.

Важной особенностью парасуицида является *способ его осуществления*. Данная характеристика во многом позволяет определить степень риска летального исхода, что немаловажно для понимания мотивов суицидальной попытки. В проведенном исследовании из 129 парасуицидов (с учетом предыдущих попыток) 65 было совершено путем самоотравления (чаще всего лекарственными препаратами), 38 – через вскрытие вен, 21 – самоповешенье, 3 – падение с высоты и 2 – самоотпеление.

По сравнению с самоповешеньем, самострелом или падением с высоты попытки ухода из жизни через самоотравление и вскрытие вен обладают

более низкой степенью вероятности летального исхода. Из этого следует, что в большинстве случаев попытка суицида совершается демонстративно, т. е. суицидент не задается целью уйти из жизни, а пытается привлечь к себе внимание окружающих или таким образом «ответить» одному из участников конфликта на нанесенное ему оскорбление.

По мнению старшего научного сотрудника ИМП РАН Д. Богоявленского, «люди с более высоким уровнем образования меньше склонны к самоубийствам. Самое опасное – неполное среднее»<sup>4</sup>. Сущность низкого уровня образования как фактора суицидального риска состоит в том, что оно чаще всего «соседствует» с малопрестижными, низкодоходными профессиями и конфликтной социальной средой.

К группе риска также могут быть отнесены лица с начальным профессиональным образованием (рис. 2). Среди обследованных пациентов лишь 10 человек имели высшее или неполное высшее образование. В то же время представительство людей с начальным профессиональным и средним образованием среди парасуицидентов в 2 раза больше, чем в целом по области.



Рисунок 2. Уровень образования парасуицидентов, в %

Источник: данные исследования суицидальных попыток.

<sup>4</sup> Богоявленский Д. [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rususa.com/news/>

Это подтверждается и сопоставлением динамики количества самоубийств и удельного веса людей, имеющих среднее и неполное среднее образование. Так, по данным исследования общественного психического здоровья, проводимого ВНКЦ ЦЭМИ РАН, за период с 2002 по 2007 г. динамика представительства жителей области со средним и неполным средним образованием соответствовала тенденциям в уровне смертности населения от самоубийств (рис. 3)<sup>5</sup>.

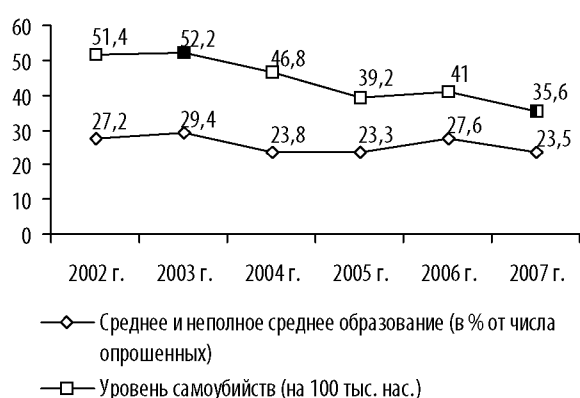


Рисунок 3. Динамика смертности населения от самоубийств и представительства людей со средним и неполным средним образованием

Анализ непосредственно связанной с уровнем образования сферы профессиональной деятельности свидетельствует о том, что в 49% случаев человек, совершивший попытку суицида, не имел постоянного места работы. В то же время, по данным Росстата, численность безработных в целом по области составила 8% от экономически активного населе-

<sup>5</sup> Исследование проводится в рамках НИР «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения». Мониторинг ведется в 8 районах (Грязовецкий, Кирилловский, Вожегодский, Великоустюгский, Шекснинский, Никольский, Бабаевский, Тарногский) и 2 городах (Вологда, Череповец) области. Объем выборки составляет 1500 человек. Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%.

ния, т. е. среди парасуицидентов доля людей, не занятых трудовой деятельностью, в 6 раз больше.

Количество трудоустроенных парасуицидентов составило 42%, однако следует отметить, что, согласно врачебным записям в медицинских картах, среди представителей данной категории не все имели стабильный заработок: по причине неуспеваемости многие парасуициденты молодого возраста рано бросают обучение в школе и начинают пробовать себя на трудовом поприще. Но, как правило, долго на одном месте они не задерживаются и, в результате, вынуждены перебиваться случайными заработками. Отсутствие постоянного источника дохода у большинства парасуицидентов говорит о возможности трактовки социально-экономического неблагополучия как фактора суицидального риска. Это подтверждает динамика количества самоубийств в регионе и доли людей, относящих себя к категориям с низким социально-экономическим статусом («бедные» и «нищие»), которая была практически идентична в период с 1995 по 2007 г., по данным исследования социально-экономических условий жизни населения области (рис. 4)<sup>6</sup>.

Как отмечает Д. Богоявленский, «алкоголь – это самый главный фактор риска. Он обнаружен в крови у 60% самоубийц. Причем 40% в момент смерти были натурально пьяны»<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Мониторинг изменения условий жизни проводится в 8 районах (Грязовецкий, Кирилловский, Вожегодский, Великоустюгский, Шекснинский, Никольский, Бабаевский, Тарногский) и 2 городах (Вологда, Череповец) области. Объем выборки составляет 1500 человек. Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%.

<sup>7</sup> Богоявленский Д. [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rususa.com/news/>

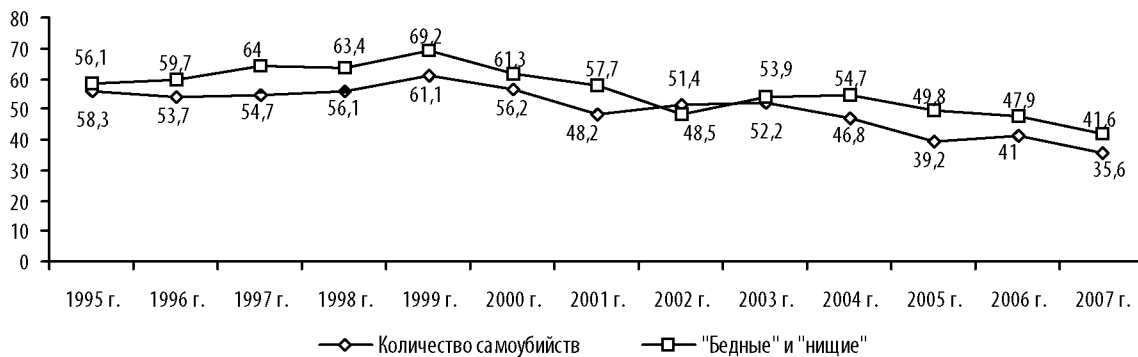


Рисунок 4. Динамика количества самоубийств в Вологодской области и доли людей, относящих себя к «бедным» и «нищим»

В 68% случаев суицидальные попытки так или иначе были связаны с потреблением алкоголя. При этом в 42 из 66 случаев алкоголизм имел стойкий патологический характер. В остальных случаях алкоголь употреблялся эпизодически, но регулярно, при этом в 15 случаях данные эпизоды совпадали непосредственно с суицидальной попыткой, т. е. парасуицид совершался в состоянии алкогольного опьянения (не считая эпизодов патологического алкоголизма).

В 21% случаев парасуицид был связан с алкоголизмом ближайших родственников суицидента (преимущественно отцов или мужей). Практически все случаи злоупотребления алкоголем (как со стороны родственников, так и со стороны самого суицидента) сопровождались неудовлетворительными жизненными условиями, тяжелым социальным положением, материальным неблагополучием и высоким уровнем конфликтности семейных взаимоотношений.

Особые опасения вызывает тот факт, что проблема злоупотребления алкоголем широко распространена в молодежной среде. В возрастной группе до 30 лет из 45 совершенных попыток самоубийства 32 (71%) были связаны с потреблением алкогольной продукции.

Суицидальное поведение является крайней, наиболее радикальной формой поведения при той или иной степени психологического дискомфорта. В связи с этим логично предположить, что между попыткой самоубийства и состоянием психического здоровья существует тесная связь.

Это подтверждает сопоставление динамики распространенности симптомов депрессии и показателя смертности населения от самоубийств. По данным исследования общественного психического здоровья, на протяжении 2002 – 2007 гг. тенденции их изменения совпадали (рис. 5)<sup>8</sup>.



Рисунок 5. Уровень распространенности симптомов депрессии и завершенных самоубийств

Источник: данные ФСГС по Вологодской области и мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

<sup>8</sup> Для получения сведений об уровне распространенности симптомов депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Между тем, по данным научных исследований, лишь треть самоубийств совершается психически больными, в то время как остальная часть суицидов на счету здоровых людей<sup>9</sup>. В проведенном исследовании лишь 9% суицидальных попыток было обусловлено психическим заболеванием (паранойя или шизофрения). Во всех остальных случаях парасуицид совершался здоровыми людьми, однако каждый из них на момент поступления в больницу проявлял признаки депрессии или тревоги (двигательная заторможенность, подавленность настроения, замкнутость или, наоборот, тревожность, мнительность, агрессивность). Важно отметить, что около 15% парасуицидентов на момент исследования неоднократно являлись пациентами ВОПБ, а 30% совершали суицидальные попытки ранее.

*Наличие суицидальной попытки* в биографии человека следует рассматривать как особенно важный фактор, поскольку в данном случае он уже принимал решение о самоубийстве и этот поступок не является для него чем-то шокирующим, что, безусловно, повышает вероятность повторного парасуицида. По данным главного психиатра Минздрава Украины, директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, «50% людей, совершивших суицидальную попытку, повторяют суицидальные действия, из них 10% – в течение первого года после предшествующей попытки»<sup>10</sup>.

В данном контексте следует напомнить, что специалисты по охране психического здоровья в силах купировать психологический кризис парасуицидента

и частично изменить его отношение к проблемам. Но при сохранении прежних условий его существования (социально-экономическое неблагополучие, конфликтогенность социальной среды и т. д.) вероятность алкоголизма и повторной суицидальной попытки остается высокой.

Итак, можно сделать вывод о том, что отклонение в психическом здоровье, несомненно, следует рассматривать как фактор суицидального риска. В то же время реализация суицидальных намерений не является прерогативой людей с психической патологией.

Основываясь на результатах исследования, мы можем ранжировать факторы риска по степени их участия в механизме формирования и развития суицидальных тенденций (таблица). Следует обратить внимание на то, что детальное изучение этих факторов осложнено недостатком статистической информации. Для более глубокого анализа причин проблемы суицидального поведения мы считаем целесообразным ведение мониторинга по недостающим показателям.

Таким образом, суицидальное поведение преимущественно является результатом социальной и экономической неустроенности жизни, на что в свое время обращали внимание классики мировой социологии (Э. Дюркгейм, П. Сорокин и др.). Чаще всего попытки самоубийства обусловлены тяжелыми условиями быта и материальным неблагополучием, при этом «последней каплей» в большинстве случаев выступают конфликты в семье. На этом фоне случаи парасуицидального поведения как реакция на стресс или как следствие психической патологии встречаются крайне редко, что свидетельствует о социальной обусловленности данной проблемы.

<sup>9</sup> Вагин И.О. Психология жизни и смерти. – СПб., 2001. – С. 37.

<sup>10</sup> Чуприков А. Все темней и темней в бесконечном тоннеле // Зеркало недели. – 1996. – №47(112).

## Ранжирование факторов суицидального риска и их отражение в статистических показателях

Факторы	Отражение фактора в объективных статистических показателях	Показатели, недостающие для углубленного изучения проблемы
1. Дисгармония семейных отношений	Общие коэффициенты брачности и разводимости, средняя продолжительность брака, количество детей в семье.	Уровень конфликтности социальной микросреды; психологический климат в семье; наиболее проблемные сферы жизни; степень психологического комфорта для ребенка (по результатам психологических тестов, социологических опросов, углубленного интервью).
2. Злоупотребление алкоголем	Заболеваемость и болезненность алкогольными психозами, уровень потребления алкоголя (в литрах), показатели стационарной службы, количество правонарушений и случаев смерти под воздействием алкогольной продукции.	Уровень потребления алкоголя и суррогатов на предпатологическом уровне; качество потребляемой алкогольной продукции; наличие и интенсивность депрессивных и суицидальных мыслей под влиянием алкоголя.
3. Социально-экономическое неблагополучие	Размер среднемесячной заработной платы и пенсии, темп роста среднемесячной заработной платы, темп инфляции, реальные денежные доходы населения, покупательная способность доходов, структура денежных расходов.	Субъективный уровень удовлетворенности материальным положением.
4. Отсутствие постоянного места работы	Уровень зарегистрированной безработицы, численность безработных, имеющих официальный статус в органах государственной службы занятости, коэффициент напряженности на рынке труда.	Имеющиеся источники дохода; длительность трудовой беззанятости; психологическое состояние в связи с нетрудоустроенностью.
5. Отклонения в психическом здоровье	Уровень заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, число находящихся на диспансерном наблюдении, уровень инвалидизации, показатели стационарной службы.	Распространение симптомов психического заболевания на уровне предпатологии; доля обращающихся за специализированными услугами; характеристика эмоционального состояния (со слов окружающих).
6. Наличие психического заболевания или суицидальной попытки в анамнезе	Данные со слов пациентов, фиксируемые в истории болезни.	Наличие суицидальных мыслей, угроз, случаев злоупотребления алкоголем и т. д. (со слов родственников); анализ биографии потенциального суицидента по документальным источникам.
7. Психическое заболевание или алкоголизм родственников		

Результаты проведенного исследования свидетельствуют также о том, что проблема самоубийств тесно связана с высоким уровнем потребления алкоголя. Особую опасность представляет широкое распространение суицидальных попыток в молодежной среде. За исследуемый период в возрастной группе до 30 лет было совершено 46% всех суицидальных попыток, при этом четверть из них – среди несовершеннолетних.

В условиях большой степени актуальности проблемы самоубийств на территории Вологодской области первостепенное значение приобретает

разработка и принятие программы мер по предупреждению суицидальных тенденций. Кроме того, анализ основных факторов суицидального риска в настоящее время возможен преимущественно по официальным статистическим данным, отражающим их общее состояние в регионе. На наш взгляд, для повышения эффективности изучения факторов суицидального риска необходима конкретизация объектов исследования, то есть переход от уровня всего общества в целом к конкретным индивидам, семьям или социальным группам.