

УЧРЕЖДЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК  
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН



**М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин**

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ  
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Вологда  
2010

ББК 60.70. + 60.524.258.7 (2Рос – 4Вол)  
М79

Публикуется по решению  
Ученого совета  
ИСЭРТ РАН

**Морев, М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения** [Текст]: монография / 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.

*Ответственный редактор*

доктор экономических наук, профессор,  
заслуженный деятель науки РФ В.А. Ильин

В монографии рассмотрены теоретические подходы к изучению суицидального поведения населения. Представлен сравнительный анализ проблемы суицидального поведения в Вологодской области и Российской Федерации.

Исследована динамика самоубийств и факторов суицидального риска, тенденций общественного психического здоровья населения. Показан социально-экономический ущерб вследствие распространения суицидов. Дана оценка потребности населения в специализированных (психологических, психотерапевтических, психиатрических) видах помощи.

Определены приоритетные направления совершенствования межведомственной политики по организации региональной системы профилактики суицидального поведения.

Книга предназначена научным работникам, специалистам в области здравоохранения и социальной защиты, преподавателям высших учебных заведений, студентам, а также широкому кругу читателей, интересующихся проблемами психического здоровья населения.

ISBN 978-5-93299-152-7

*Научный консультант*

доктор экономических наук, профессор В.Г. Доброхлеб

*Рецензенты:*

доктор экономических наук, профессор Т.И. Федорова  
кандидат экономических наук О.И. Антонова

© Морев М.В., Шабунова А.А., Гулин К.А., 2010  
© ИСЭРТ РАН, 2010

## ВВЕДЕНИЕ

За последние 45 лет прошлого столетия средний мировой показатель суицидов возрос на 60% [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 г. 1 млн. человек совершили суициды; по прогнозам, к 2020 г. в результате суицидов будет погибать уже 1,5 млн. человек [32]. По заявлению официального представителя ВОЗ, «самоубийство является главной проблемой духовного здоровья общества. Однако эту проблему можно решить, если общественность уделит ей больше внимания и правительства стран мира покажут, что намерены бороться с этим явлением» [3].

Общественное психическое здоровье представляет собой один из важнейших компонентов трудового и человеческого потенциала [48], и проблему суицидального поведения в данном контексте следует считать не только универсальным индикатором, отражающим психологический фон на определенной территории, но и одной из наиболее актуальных задач в сфере охраны и укрепления психического здоровья.

Проблема суицидального поведения в последние десятилетия широко обсуждается как на мировом, так и на общероссийском и региональном уровнях. Результатом этого является регулярное отражение данного вопроса в соответствующих нормативно-правовых и рекомендательных документах. В докладе ВОЗ за 2005 г. отмечено: «Депрессия, шизофрения, зависимость от алкоголя и наркотических средств, слабоумие, эпилепсия и самоубийства имеют в значительной степени приоритетный характер в силу того бремени, которым они являются для общины, и возможности уменьшения этого бремени посредством предоставления всестороннего обслуживания» [83].

Исключительная актуальность проблемы суицидального поведения для России обусловлена такими факторами, как негативные последствия социально-экономических кризисов 90-х гг., антиалкогольная политика государства, специфика коммунистической идеологии в эпоху Советского Союза, многонациональный состав населения. Ослабление социального потенциала России, наблюдаемое при рассмотрении населения с различных точек зрения – в плане демографического воспроизводства, человеческого капитала, а также межличностных и общественных отношений, – можно сравнить сегодня с процессом истощения природы, которое происходит под антропогенным воздействием при отсутствии условий ее восстановления [90]. Социальное нездоровье населения проявляется в катастрофическом росте таких аномалий, как алкоголизм, наркомания (особенно среди молодежи), криминализация социальной среды, выходящая на мировой уровень, катастрофический рост уровня суицидов [92]. Без улучшения демографической ситуации ни о каком экономическом росте не может быть и речи. Лучшее, на что Россия может рассчитывать в условиях современного демографического кризиса, лишь некоторая экономическая стабилизация. Даже при условии привлечения значительных инвестиционных вложений экономика страны будет не в силах их освоить по причине малочисленности населения в трудоспособном возрасте [50].

Оценивая показатели суицида в России, Всемирная организация здравоохранения признала нашу страну находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации [90]. Уровень смертности от самоубийств превышает предельно допустимое значение, установленное специалистами ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. нас.), причем это данные только официальной статистики. По мнению специалистов, в России суицидальное поведение лежит в основе 17% смертей от повреждений с неопределенными намерениями (в Вологодской области – 28%).

Уровень самоубийств особенно высок среди людей трудоспособного возраста (преимущественно среди мужчин), что имеет негативные демографические и экономические

последствия. Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью был бы меньше на 10%. Если бы не они, стране не грозил бы дефицит рабочей силы [107].

Экономический аспект проблемы суицидального поведения состоит в том, что ежегодно в результате самоубийств гибнут десятки тысяч людей молодого возраста, составляющих основу трудового потенциала общества. «Молодые люди в наибольшей степени подвергаются риску, и на них приходится более половины всех самоубийств» [84]. Доля суицидов составляет 1,4% от всех экономических потерь, вызываемых заболеваниями (в некоторых регионах мира этот показатель достигает 2,5%) [79]. Важно также отметить, что экономические издержки связаны не только со смертностью от суицида. Попытки самоубийств, реабилитация суицидентов, психотерапевтическая и медицинская помощь родственникам суицидентов – все это также влечет экономические потери, размер которых установить практически невозможно. Кроме того, значительная часть смертей в результате несчастных случаев, травм, алкогольных и прочих отравлений, дорожно-транспортных происшествий происходит под воздействием суицидальных тенденций, однако не регистрируется официальной статистикой как самоубийство.

В связи с высокой степенью актуальности проблемы суицидального поведения в России возникает необходимость проведения исследований, направленных на изучение факторов суицидального риска, а также поиск путей их минимизации и профилактики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития.

В данной книге представлены результаты одного из таких исследований, проведенного научным коллективом ИСЭРТ РАН в 2003 – 2009 гг. под научным руководством доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина. Целью настоящей работы является осмысление современных тенденций суицидальной активности населения страны и Вологодской области, научное обоснование и выработка управленческих решений, направленных на уменьшение числа самоубийств в регионе.

# Глава 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 1.1. Развитие научных и общественных представлений о суициде

Самоубийство известно с древнейших времен, и на разных этапах развития общества отношение к этому феномену имело свою специфику.

О характере проблемы суицидального поведения в традиционном обществе свидетельствуют существовавшие ранее обычаи. Следует отметить, что самоубийство в то время было достаточно распространенным явлением. Среди известных личностей, добровольно расставшихся с жизнью, фигурируют древнегреческий философ-киник Диоген Синопский, древнеримский философ-эпикурец Луций Анней Сенека, римский император Нерон, эпикурец Петроний и др. Причина широкого распространения суицидов в традиционном обществе состоит в том, что самоубийство часто являлось не только «социально одобряемой», но и единственно возможной формой поведения в определенных ситуациях. Более подробно такие случаи рассмотрены в *таблице 1*.

На начальных этапах развития общества сильнейшее влияние на общественное мнение и психологию каждого конкретного индивида имела *религия*, которая неразрывно связана с образом жизни и до сих пор считается одним из факторов, определяющих уровень распространенности самоубийств. Отношение к самоубийству ведущих мировых религий и менее распространенных верований имеет свои особенности, но сохраняет и некоторые общие черты. Например, христианство в целом объявляет грехом попытку лишения себя жизни, однако в протестантских странах количество суицидов

**Таблица 1. Формы общественного поощрения суицидов**

Причина суицида	Исторический пример
1. Добровольное самопожертвование	На этапе первобытнообщинного строя в голодные годы ради спасения рода добровольно умерщвляли себя старики
2. Самоубийство женщин, ставших вдовами после гибели своих мужей	Самосожжение славянок после смерти их мужей, ритуальное самосожжение вдов («сати») в Индии
3. Добровольные уходы из жизни после смерти «повелителя», объекта почитания и поклонения	Жены и слуги правителей и других высокопоставленных лиц после смерти обязаны были разделить участь своего господина и прибегали к самоубийствам
4. Кодекс чести: самоубийство как искупление позора военных поражений	В Ветхом завете упоминается Саул, заколовший себя после поражения в бою. Римский император Нерон покончил с собой, потерпев поражение в борьбе за власть
5. Суицид как один из способов выражения общественного гнева, протеста против оскорблений; как средство восстановления своей чести	В Японии, где власть иерархического подчинения была максимально сильна, суицид часто был единственной возможностью выражения протеста людьми, стоявшими на низших ступенях иерархической лестницы. Подобные суициды известны и в России (имели место самоубийства в знак протеста против политики, проводимой Петром I)
6. Религиозное самоубийство	Самопожертвования богам в Индии («дикши»)

существенно выше, чем в католических (например, за период с 1999 по 2005 г. в Италии – 6,5, в Дании – 13,5 на 100 тыс. населения). Комментируя это явление, французский социолог Эмиль Дюркгейм писал: «Единственным существенным различием между католицизмом и протестантизмом является тот факт, что второй в гораздо большей степени допускает свободу исследования, чем первый... Протестант в большей степени является творцом своей веры» [48]. Иудейская религия также запрещает самоубийства, и здесь в качестве главного антисуицидального фактора выступают не религиозные догмы, а высокая степень целостности и единства еврейской общины. В то же время некоторые восточные религии (буддизм, брахманизм) исходят из доктрины: «все, что привязывает человека к жизни, есть причина страдания», поэтому ставят перед верующими ряд требований (достичь определенного возраста, родить сына и т. д.), выполнение которых позволяет им самовольно лишать себя жизни.

Религиозный «запрет» на самоубийство имеет положительный эффект и в настоящее время, однако такой подход влечет за собой гнев общества в отношении семьи «грешника». Табуирование суицида является исторической основой актуальной сегодня проблемы стигматизации и дискриминации суицидентов. Поэтому в XX веке отношение религии и общества к феномену суицида стало более толерантным и сочувствующим.

Характеристика периода традиционного общества была бы неполной без описания философских воззрений на проблему суицидального поведения. Философы эпохи древней греко-римской культуры, Средневековья, Возрождения и Нового времени по-разному относились к феномену самоубийства, и эта неоднозначность способствовала появлению научных теорий происхождения и формирования суицидальных тенденций (табл. 2).

Таблица 2. **Философские представления о самоубийстве**

Представитель	Основная идея
1. Пифагор	Суицид – мятеж против установленного богами идеально гармоничного мира
2. Аристотель	Смерть следует приветствовать, но только тогда, когда она приходит в положенный час, а самоубийство – лишь проявление трусости и малодушия
3. Сократ, Платон	Жизнь человека зависит от богов и он «не вправе уклониться от собственного жребия»
4. Луций Анней Сенека	Толерантное отношение к самоубийству («Раньше ты умрешь или позже – неважно, хорошо или плохо, – вот что важно»)
5. Фома Аквинский	Самоубийство – преступление против закона природы, мира и Бога
6. Данте Алигьери	Самоубийство – грех (в «Божественной комедии» Данте поместил самоубийц среди мучающихся в аду грешников)
7. Мишель Монтень	Попытка оправдать суицид («невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству»)
8. Дэвид Юм	Божий промысел проявляется не в отдельных событиях, а во всеобщей мировой гармонии, частью которой является и суицид
9. Иммануил Кант	Оправдывал абсолютный моральный запрет на самоубийство, считая его «оскорблением человечества»
10. Карл Ясперс	Связывал самоубийство с ситуативными факторами, неповторимым стечением обстоятельств, определяющих уникальность человеческой судьбы
11. Н.А. Бердяев	Будучи непримиримым противником суицида, считал, что его порождает бессмысленное страдание и безнадежность, единственным выходом из которых является религия, дающая человеку духовную силу

*Источник: Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 305-306.*

Подобные философские труды, касающиеся нравственной допустимости суицида и его побудительных мотивов, предшествовали возникновению научного интереса к данной проблеме. С середины XIX в. в изучении проблемы суицидального поведения наряду с философскими и нравственными позициями были использованы знания из области психологии и психиатрии, антропологии и этнологии, правоведения, социологии и других наук, что позволяет сегодня рассматривать феномен самоубийства с междисциплинарных позиций.

Научные подходы к проблеме суицидального поведения появляются в конце XIX века. Они связаны, прежде всего, с именами социолога Э. Дюркгейма, психоаналитиков З. Фрейда, А. Адлера, К.Г. Юнга, психологов-гуманистов К. Роджерса, В. Франкла, суицидологов Э. Шнейдмана и Н. Фарбероу.

Из всего многообразия научных подходов можно выделить следующие:

- 1) психопатологический;
- 2) общепсихологический;
- 3) социологический;
- 4) танатологический или историко-культурный.

Рассмотрим подробнее специфику этих подходов.

➤ *Психопатологическая концепция* (Прозоров, Хендин, Исакссон) исходит из предположения о том, что все самоубийцы – это душевнобольные люди, а все суицидальные действия – проявление психического расстройства. Сама проблема суицидального поведения изучалась типичными медицинскими методами, т. е. с точки зрения этиологии, патогенеза и клинической картины заболевания. В данном подходе предлагались различные методы медикаментозного и терапевтического лечения суицидентов.

В рамках психопатологической концепции сегодня изучаются генетические, физиологические, биохимические и другие параметры жизнедеятельности организма. Ряд исследователей, ссылаясь на большую частоту суицидов среди

родственников самоубийц, считают это доказательством роли генетического фактора (Tsuang M.T., 1977; Garfinkel B.D., 1979; Roy A., 1983). Исследования, проведенные в Дании, показали бóльшую конкордантность по фактору самоубийства у однойяцевых, чем у двуяцевых близнецов (Juel-Nielsen, Videbech, 1970).

Наибольших успехов достигли исследования по определению связи между склонностью к суицидальному поведению и уровнем серотонина в крови и спинномозговой жидкости (Asberg M., 1976; Brown G. L., 1982; Beker U., 1996). «У людей, страдающих депрессивным расстройством, низкий уровень серотонина может приводить к агрессивным и импульсивным поступкам, которые обуславливают суицидальные мысли и действия. Но и вне депрессии низкий уровень серотонина способствует возникновению агрессивных тенденций, что делает этих людей опасными для себя и окружающих» [127].

В настоящее время принято считать, что суицид не является результатом психической патологии (об этом свидетельствует хотя бы тот факт, что почти две трети всех суицидов в мире совершается психически здоровыми людьми), однако представление о биохимической природе самоубийства рассматривается как одно из наиболее перспективных в плане возможностей купирования суицидальных тенденций.

➤ Согласно *общепсихологической концепции* основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. Концепции суицида с точки зрения представителей данного направления изложены в *таблице 3*.

Ведущими в современной суицидологии признаются исследования американских ученых Эдвина Шнейдмана и Нормана Фарбероу.

Суицидолог Э. Шнейдман в ходе проводимого им исследования психологической аутопсии (посмертный анализ обстоятельств, предшествующих и сопутствующих самоубийству:

Таблица 3. Психологические теории суицида

Представитель	Направление психологии	Основная идея
З. Фрейд (1856 – 1939) [146]	Психоанализ	Самоубийство – один из возможных результатов борьбы двух основополагающих противоположных влечений: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти
Альфред Адлер (1870 – 1937) [35]	Индивидуальная психология	Самоубийство – исход кризисной ситуации, заключающейся в утрате человеком чувства общности с другими людьми, необходимой для компенсации неполноценности, что является смыслом и целью жизни
Карен Хорни (1885 – 1952) [148]	Психодинамика и эго-психология	При нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный базисной тревогой, формирующейся еще в детском возрасте. Возникшее в детстве чувство враждебности окружения, наряду с иными чувствами, резко актуализирующимися при межличностных конфликтах, становится основой суицидального поведения
Карл Густав Юнг (1875 – 1961) [156]	Аналитическая психология	Самоубийство может быть вызвано бессознательным стремлением человека к духовному перерождению, выступающим основным мотивом добровольной смерти. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы, которые несут в себе мыслеобраз о награде, ожидающей человека в условиях невыносимого существования
Гарри Стэк Салливан (1892 – 1949) [128]	Психоанализ	Рассматривал суицид с точки зрения своей теории межличностного общения: самооценка индивида возникает главным образом из отношения к нему других людей. Если отношение окружающих обеспечивает человеку безопасность, у него формируется образ «хорошее Я», если отношение окружающих порождает тревогу, – «плохое Я». Последнее является источником душевного дискомфорта и при длительном существовании переходит в образ «не-Я», что, в свою очередь, приводит к возникновению аутоагрессивного поведения как единственного способа прекращения страданий
Карл Роджерс (1902 – 1987) [120]	Гуманистическая психология	Основная тенденция жизни заключается в стремлении к самоактуализации, сохранению и усилению «Я», формирующегося во взаимодействии со средой и окружающими людьми. Если структура «Я» является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаемый как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. В результате опыт отчуждается от «Я», в силу чего теряется контакт с реальностью. Это приводит к осознанию полного одиночества, утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется и, таким образом, формируются суицидальные тенденции

<p>Виктор Франкл (1905 – 1998) [35]</p>	<p>Логотерапия</p>	<p>Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении выбора способа своего бытия. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав неповторимость и ценность жизни, перенести ее лишения и страдания. Таким образом, идея самоубийства, по Франклу, принципиально противоположна постулату о том, что жизнь при любых обстоятельствах наполнена смыслом для каждого человека. Само существование идеи самоубийства, возможность его выбора отличает человеческий способ бытия от способа существования животных. Франкл сочувственно относился к самоубийству, но не оправдывал его, поскольку самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, продолжить свое развитие</p>
---	--------------------	---

изучение биографии суицидента, различной документации, в том числе медицинской, предсмертных записок и т. д.) установил, что в основе суицидального поведения лежит особый психологический механизм, названный им «душевной болью» (psychache). Когда переживание негативных эмоций и драматических аспектов жизни становится особенно интенсивным, человек испытывает душевные страдания, и для того, чтобы по-настоящему понять самоубийство, следует прежде всего подумать о том, что заставляет человека лелеять мысль о смерти как способе прекращения страданий. Душевные страдания представляют собой реально испытываемую человеком боль, а летальность относится к идее, самой мысли о смерти как способе избавления от боли [158].

Согласно концепции Э. Шнейдмана «самоубийство основывается на душевной боли, а главным ее источником являются фрустрированные психологические потребности» [158]. Среди таких потребностей человека можно выделить два типа: к первому относятся потребности человека в повседневной жизни (модальные потребности, с которыми человек живет). Ко второму типу относятся те потребности, которые становятся актуальными для человека в ситуациях давления, страдания, внутреннего напряжения и душевной боли (витальные потребности). Когда появляются мысли о суициде,

внутренний фокус сознания смещается с обычных (модальных) к витальным потребностям, которые человек считает важнейшими для продолжения жизни и которые подвергаются фрустрации вследствие наличия угрозы, давления, боли или других обстоятельств.

Базируясь на методе психологической аутопсии, Э. Шнейдман создал *теорию общих черт самоубийств*, т. е. определенных характеристик, свойственных всем формам проявления суицидального поведения и методам реализации суицидальных действий, а также вывел свою типологию самоубийств (эгоистические, диадические, агенеративные суициды).

Создатель концепции саморазрушительного поведения Норман Фарбероу шире взглянул на проблему суицидального поведения, включив в это понятие другие формы аутоагрессии (алкоголизм, трудоголизм, неоправданную склонность к риску, опрометчивый азарт и др). Такой подход позволил Фарбероу разработать принципы современной профилактики суицидального поведения и стать инициатором создания центров профилактики суицидов в США, а затем во многих других странах мира.

В нашей стране суицидология начала развиваться в 1970-е годы, с того момента, когда в Московском институте психиатрии был создан специальный отдел под руководством профессора А.Г. Амбрумовой для научной разработки проблемы самоубийства. Тогда же открылся Всесоюзный научно-методический суицидологический центр, в задачу специалистов которого входило изучение поведения человека в различных экстремальных ситуациях.

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой суицид – это проявление социально-психологической дезадаптации личности при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов. Уровень вероятности реализации суицидальных тенденций зависит от сочетания ряда факторов – уровня типологической готовности личности, наличия «горячей точки» (узловые моменты в биографии суицидента, стрессовая ситуационная нагрузка) [7].

Попытка самоубийства происходит, когда социально-психологическая дезадаптация приводит к невозможности реализации базовых ценностных установок личности (*психическая депривация*).

Рассматривая суицидальное поведение в общепсихологическом аспекте, специалисты учитывают взаимодействие факторов риска трех основных уровней: психопатологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового. Естественным следствием научных изысканий специалистов явилась необходимость создания новой, нетрадиционной системы мер по оказанию помощи людям, пытавшимся покончить с собой, вне психоневрологического диспансера и психиатрической больницы.

В настоящее время руководителем Федерального научно-методического суицидологического центра является доктор медицинских наук, профессор В.Ф. Войцех. Его позиция относительно причин и механизма суицидального поведения в целом продолжает отечественные традиции: «По определению, суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации в условиях неразрешенного социального конфликта. Сам конфликт может быть внутренним, внешним: неприятности на работе, скандалы в семье. Он приводит к истощению нервной системы, изматывает, затрагивает наиболее значимые личностные установки. Человек «заикливается» на своей ситуации, начинает думать только о ней, перебирать возможные варианты ее разрешения, мучиться в поисках выхода, замыкаться в себе, при этом находясь в состоянии постоянного нервного напряжения, что приводит к нарушению сна, депрессии... Так он приходит к стрессу, кризису, во время которых появляются мысли о суициде. А дальше, как правило, попытка...» [136].

➤ *Социологический подход.* Высокий уровень самоубийств в большинстве экономически развитых стран мира ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств для его предупреждения. Анализ

проблемы суицидального поведения лишь в рамках клинко-психологических исследований неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования.

Автором социальной теории самоубийств является французский социолог Э. Дюркгейм, который впервые выдвинул идею о существенном влиянии социально-экономических причин на формирование суицидального поведения. Его взгляды наиболее полно отражены в работе «Самоубийство: социологический этюд» [48]. Автор характеризует суицидальное поведение с точки зрения социологии, определяет границы его исследования и специфику подхода. В частности, Дюркгейм пишет: «В каждом обществе можно констатировать предрасположение к известному количеству добровольных смертей. Такое предрасположение может служить предметом социального изучения в пределах социологии» [48].

Согласно концепции Дюркгейма, в зависимости от мотивационной основы существуют следующие типы самоубийств [48]:

1. *Альтруистический суицид* – самоубийство, совершенное «во благо», в интересах каких-либо людей или идей. Причиной его является недостаток индивидуализма, т. е. этот вид самоубийства можно рассматривать как «продукт абсолютной зависимости личности от общества». К такому типу относятся самоубийство лица, считающего себя обузой для окружающих (преклонный возраст, тяжелое заболевание); суицид «вслед за кем-то», самоубийство после смерти любимого человека; суицид по религиозным убеждениям.

2. *Эгоистический суицид* – самоубийство во имя собственных, «эгоистических» интересов как способ ухода от каких-либо проблем. В отличие от альтруистического суицида, причиной самоубийства эгоистического является «избыток индивидуализма», т. е. стремление индивида отстраниться от общества.

Принципиальная разница этих форм заключается в специфике «включенности» человека в социальную среду, большей или меньшей степени его интегрированности в социум. Эгоистическое самоубийство проистекает из того, что человек не видит смысла в жизни, а альтруистическое – вызывается тем, что человек видит смысл жизни вне ее самой.

3. *Аномический суицид* – самоубийство как реакция протеста на экзистенциальный кризис (экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный) или ситуацию, угрожающую возникновением такого кризиса (например, при резком изменении образа жизни).

4. *Фаталистический суицид* – самоубийство как следствие сверхконтроля или чрезмерного регулирования (конформизма).

Аномическое и фаталистическое самоубийства, по Дюркгейму, являются результатом тяжелого разногласия между личностью и окружающей его средой. Они определяются сопутствующими жизни субъекта страданиями, которые в конечном итоге заставляют человека насильственно прервать жизнь, кажущуюся ему невыносимой. Причем зачастую такое решение принимается раньше, чем человек успевает узнать эту жизнь на собственном опыте.

Э. Дюркгейм выделяет социальные и внесоциальные факторы риска. *К внесоциальным факторам* относятся психоорганическое предрасположение, физическая среда (климат, температура и т. д.), раса и наследственность.

*К собственно социальным факторам риска* Э. Дюркгейм относит:

1. Внешние обстоятельства, в которых находится самоубийца, микросоциальные и биографические характеристики.

2. Природу самих обществ (ведущий фактор риска). Каждое общество имеет свою устойчивую статистику суицидов, ее динамику и предпочитаемые формы ухода из жизни. Следовательно, каждая социальная группа имеет к самоубийству определенную, присущую именно ей коллективную склонность.

Таким образом, суть социологического подхода к феномену суицида состоит в расширении спектра факторов, под воздействием которых возникают суицидальные тенденции, от индивидуально-психологических до социально-экономических и социально-психологических.

➤ *Танатологический (историко-культурный) подход.* Танатологический подход рассматривает самоубийство как историко-культурный феномен ценностного отношения человека к смерти. В рамках данного подхода анализируются древние обычаи, ритуалы, эволюция религиозных и философских концепций суицида, а также отражение темы суицида и смерти в литературе и искусстве.

Современная суицидология имеет большой багаж знаний о механизмах возникновения и развития суицидальных тенденций, поэтому усилия отечественных и зарубежных исследователей сосредоточены в основном на изучении факторов суицидального риска и возможностей повышения эффективности оказания помощи суицидентам и членам их семей. К таким ученым можно отнести Г.В. Старшенбаума (кризисная психотерапия), Д. И. Шустова (алкогольные суициды), А.Б. Смулевича (депрессия), В. Патнема (расстройства множественной личности), Д. Давидсона (посттравматические стрессовые расстройства) и т. д.

С течением времени отношение общества к феномену суицида изменялось от карательного к сочувствующему. Общая динамика этого процесса представлена в *таблице 4* [22].

На протяжении всей истории развития общества существовало и позитивное отношение к суициду и суициденту, хотя это следует рассматривать скорее как исключение из правил. Суицид могли рассматривать как проявление мужества, верности, как способ самопожертвования или проявление свободы своей воли. По утверждению В.Ф. Войцеха, отношение россиян к суициду и человеку, пытавшемуся покончить с собой, выглядит следующим образом: «Половина опрошенных

Таблица 4. Динамика общественного мнения о суициде и суициденте

Временной период	Отношение к суициду	Отношение к суициденту	Исторические причины
Традиционные общества	Нарушение запрета, табу	Захваченный духами, вызывающий страх	Подчиненность жизненного уклада различным верованиям, обычаям, мифам
Древнее общество (Греция, Рим)	Преступление против общества	Преступник	Усложнение социальной и экономической структуры общества
IV в. н. э.	Грех	Еретик, атеист	Господство церкви и религиозных догм
Конец XIX в.	Позор	Презренный, бесчестный или неудачник	Развитие протестантизма, господство экономических стандартов благополучия. Смерть от суицида влекла за собой смену соц. статуса
Начало XX в.	Психическая патология	Душевнобольной	Стигматизация
XX – XXI вв.	Результат неудачной адаптации к жизненным условиям	Проигравший (неспособный добиться успеха в жизни)	Развитие научных представлений о суициде
<i>Источник: Бойко О.В. Охрана психического здоровья. – М.: Академия, 2004. – С. 268.</i>			

считает, что в любой ситуации суицид неприемлем, половина признает такие попытки в крайних случаях возможными. Осуждения суицидентов и суицида как такового не наблюдается, хотя, например, для верующего человека – это тяжкий грех. Но у нас к суицидентам обычно относятся с пониманием, мол, тяжкая жизнь довела человека до самоубийства...» [136].

Таким образом, исторический взгляд на проблему суицидального поведения позволяет сделать вывод о том, что вместе с отношением общества к явлению суицида менялась и сама его суть: если на начальных этапах истории добровольный уход из жизни носил прагматичный характер и во многом был обусловлен религиозными традициями, то в XX веке основным его мотивом стала неудовлетворенность теми или иными условиями жизни, изучением которых занимается современная суицидология.

## *1.2. Исторические предпосылки актуальности проблемы суицидального поведения в Российской Федерации*

На динамику распространения самоубийств в России и Вологодском регионе оказали влияние те же события, которые определили специфику всей структуры смертности населения. Можно выделить следующие этапы:

1. С 1965 по 1980 г. – рост числа суицидов, связанный с тем, что приоритетной для системы здравоохранения была борьба с инфекционными заболеваниями и младенческой смертностью, а не укрепление психического здоровья населения.

2. С 1980 по 1989 г. – снижение смертности от самоубийств вследствие антиалкогольной кампании и улучшения психологического климата в стране в связи с оптимистическими ожиданиями от результатов «перестройки».

3. С 1990 по 2000 г. – существенное увеличение уровня суицидов, связанное с развалом СССР, резкой сменой идеологического курса, политической нестабильностью, экономическими кризисами, отменой антиалкогольной кампании.

4. С 2000 г. по настоящее время – постепенное снижение смертности от самоубийств благодаря относительной политической и экономической стабилизации в стране и адаптации населения к изменившимся в период кризиса условиям жизни.

Следует отметить, что в Вологодской области последствия от этих событий оказались более выраженными, чем по стране в целом.

Существующий в стране демографический кризис связан не только со снижением рождаемости, но и с высоким уровнем смертности, в первую очередь, от социально обусловленных причин, к числу которых относятся и суициды.

Известны три пути выхода из демографического кризиса: повышение рождаемости, снижение смертности и миграционная политика. Регулирование миграционных потоков как

мера, способствующая эффективному решению демографической проблемы, на сегодняшний день исчерпало себя. Кардинально повысить уровень рождаемости в ближайшее время представляется маловероятным, поскольку сначала надо создать культ семьи в обществе, что невозможно достичь отдельно взятыми мерами, такими как запрет аборт или материальное стимулирование.

Таким образом, наиболее эффективным направлением стабилизации демографической ситуации, по мнению специалистов, является именно сокращение смертности, причем смертности в молодых возрастных категориях [121].

Чтобы понять, какую роль играют сегодня самоубийства в формировании демографической ситуации в стране, необходимо дать характеристику этому явлению не только с количественной, но и с качественной стороны. Для этого следует обратиться к теории эпидемиологического перехода, разработанной американским демографом А.Р. Омраном в 1971 г. [138].

Суть его концепции состоит в радикальном изменении структуры причин смертности, когда причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша [14]. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулез, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т. д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиеническим и профилактическим мероприятиям, массовым вакцинациям и т. д.).

Эндогенные причины смертности связаны с естественной старостью организма (например, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания).

С развитием медицины, увеличением возможностей влияния на причины экзогенного характера и осознанием человеком ответственности за состояние собственного здоровья

возрастает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемиологического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

1. *Период эпидемий и голода.* Высокий уровень и колебания смертности.

2. *Снижение пандемии экзогенных заболеваний.* Снижение темпов смертности от инфекционных заболеваний, туберкулеза. Из-за стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи).

3. *Дегенеративные и профессиональные заболевания.* Идет борьба с отрицательными последствиями прогресса. Ведущую роль приобретает фактор развития медицины. Возрастает роль профилактики, борьбы за здоровый образ жизни. Смертность снижается и стабилизируется на низком уровне. Увеличиваются продолжительность жизни и показатель среднего возраста смерти.

4. *Период отложенных дегенеративных заболеваний* (данная стадия предложена в 1986 г. С. Ольшанским и А. Олтом). Идет прогресс в медицине и профилактике заболеваний. Смертность снижается, ее средний возраст переходит на самые старшие возрастные группы. Появляется зависимость здоровья от профилактики [130].

Существует две модели эпидемиологического перехода:

1. Классическая модель (ускоренная). Характерна для западных стран.

2. Современная модель (замедленная). Характерна для развивающихся стран и сопровождается сохранением высокого уровня детской и младенческой смертности.

По поводу того, на какой стадии эпидемиологического перехода стоит Россия в настоящее время, единой точки зрения нет. Одни ученые приводят данные о чрезмерно высоком уровне смертности от туберкулеза и внешних причин

как доказательство того, что это первая стадия (О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев). Другие полагают, что в России, дошедшей до четвертой стадии, начался обратный эпидемиологический переход (В.Г. Семенова).

Среди ученых также нет единой точки зрения и на причины, повлекшие за собой широкое распространение смертности экзогенного характера, демографический кризис и в конечном итоге незавершенность эпидемиологического перехода. Некоторые исследователи (И.Б. Орлова, И.Н. Веселкова и др.) объясняют это распадом СССР, последовавшим за ним экономическим кризисом и, как следствие, психологической дезадаптацией широких слоев населения (в качестве аргумента приводятся данные о резком ухудшении демографической ситуации именно в кризисный период 1990-х гг.).

В то же время Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и другие полагают, что «кривая уровня смертности, тенденции которой сложились еще в середине 60-х гг., была прервана антиалкогольной кампанией 1985 – 1987 гг., когда смертность искусственно понизилась» [98]. По мнению этих ученых, «в период 1993 – 1994 гг. реализовалась какая-то часть смертей, отсроченных благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании» [11].

Существует точка зрения, что скачок смертности в первую очередь связан с резким ростом потребления алкоголя после официальной отмены антиалкогольной кампании (А.В. Немцов, Э. Брейнерд, Д. Катлер).

Некоторые исследователи подчеркивают, что население социалистического лагеря в период перестройки и в последующие годы подвергалось действию многочисленных ситуаций, вызывавших стресс, в результате чего выработался специфический моральный настрой населения восточноевропейских стран как фактор повышения смертности среди взрослого населения [98].

Характеризуя современную демографическую ситуацию, чл.-корр. РАН Н.М. Римашевская отмечает: «Мне еще не приходилось слышать ни одного предположения относительно того, что Россия преодолет тенденцию естественной убыли населения (превышения показателями смертности показателей рождаемости) до конца текущего столетия. Я давно говорю о том, что Россия прошла своеобразную «точку невозврата» в 1992 году: именно тогда пересеклись идущая вниз кривая рождаемости и идущая вверх кривая смертности» [121].

«За 1993 – 2005 годы россиян стало меньше на 5,8 миллиона человек. Инвалидов в стране – 12 миллионов, ежегодно на инвалидность выходит миллион человек. Продолжительность жизни у мужчин – 59 лет (136-е место в мире). Рождаемость – катастрофически низкая: для обеспечения воспроизводства населения показатель рождаемости должен быть не менее 2,14, в 2004 году в России он был равен 1,34. Рожаем, как в Европе, умираем, как в Африке» [117].

Для понимания современных тенденций в динамике смертности от самоубийств на территории Российской Федерации целесообразно начинать анализ с обзора проблемы в дореформенный период (60-е годы XX века), когда общая картина смертности «выглядела естественно обусловленной и имелись признаки, свидетельствующие о дрейфе в сторону зрелых стадий эпидемиологического перехода» [138]. Такой подход позволяет более наглядно продемонстрировать влияние социально-экономических и политических преобразований на суицидальное поведение как демографическую проблему современного российского общества.

С точки зрения эпидемиологического перехода специфика демографических процессов в России имела следующие черты:

1. Более позднее начало и ускоренное развитие эпидемиологического перехода по сравнению с западными государствами, что существенно отразилось на уровне смертности от самоубийств.

2. Отсутствие адекватного появляющимся проблемам развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности среди населения с середины 60-х гг. до конца XX века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965 – 1980 гг., когда тенденции смертности были неблагоприятными; 80-е годы – период позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и период 90-х годов XX века, когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами [138].

Специфика этих исторических этапов, отразившаяся в динамике смертности от самоубийств, представлена на рисунке 1 [26].

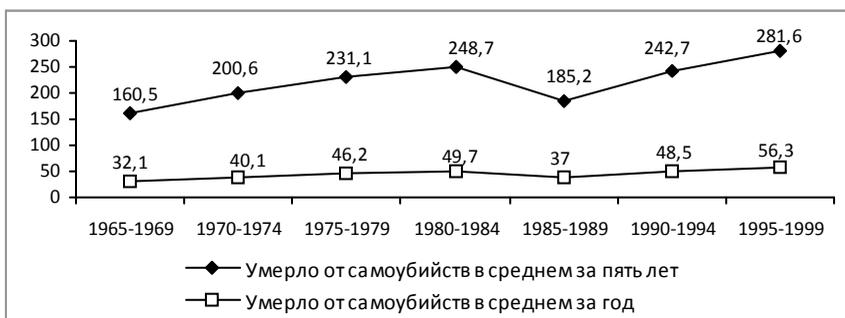


Рис. 1. **Уровень самоубийств в России за период с 1965 по 1999 г.**, тыс. чел.

Источник: Сравнительная характеристика лиц с различными способами суицида [Электронный ресурс] / Н.П. Ванчакова, А.В. Смирнов, К.В. Рыбакова, Ф.О. Урюпов. – Режим доступа: <http://hiv.altnet.ru>

Негативные тенденции в динамике суицидов до 80-х гг. обусловлены тем, что приоритетом советского здравоохранения была борьба с инфекционными заболеваниями, а также сокращение детской и младенческой смертности. «Реальные же факторы, определившие рост смертности (в первую очередь, алкоголизм), были, конечно, объявлены, но никакой продуманной и направленной борьбы с ними (если не считать случайных кампаний), в отличие от Запада, проведено не было» [27]. Как отмечают И.Н. Веселкова и Е.В. Землянова, «снижение продолжительности жизни в России с середины 60-х годов связано с двумя основными составляющими избыточной смертности:

1. Высокой и более «молодой», чем в развитых странах, смертностью от болезней системы кровообращения, которая, в отличие от большинства стран, не снижалась на протяжении последних двух десятилетий.

2. От несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин, куда входит и смертность от суицидов» [27].

Снижение уровня смертности от самоубийств в 80-е гг. связано с антиалкогольной кампанией, благодаря которой общая смертность и продолжительность жизни вышли на уровень 65 лет, причем за счет сокращения смертности не в младенческом и детском, а в трудоспособном возрасте. С психологической точки зрения не менее важным был факт ожидания населением позитивных изменений в связи с «перестроенным» курсом реформ.

Сегодня можно с полной уверенностью сказать, что ситуация, связанная с развалом Советского Союза в начале девяностых, сама по себе повлияла на стремительный рост случаев психических отклонений и самоубийств. Американские ученые Э. Брейнерд и Д. Катлер, исследуя причины смертности россиян в начале 1990-х гг., пришли к выводу, что на 25% ее рост был обусловлен влиянием стресса и отчаяния, на 25% – возросшим уровнем потребления алкоголя. При этом исследователи опровергли тезис о том, что на скачок смертности существенное влияние оказали неразвитость системы здравоохранения, неправильный образ жизни большинства россиян и безработица [15].

Государство, культивируя новую идеологию рыночных отношений, все больше отстранялось от участия в решении социальных и экономических проблем населения. По этим причинам к началу 90-х гг. Россия находилась в критическом состоянии по трем направлениям:

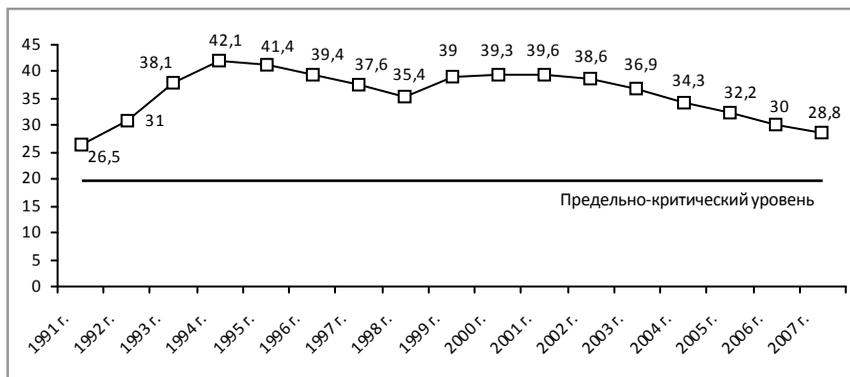
- экономическому (резкий спад производства, обнищание широких слоев населения, расслоение населения по доходам);

- социальному (маргинализация, безработица, криминализация);
- медицинскому (отсутствие профилактического звена в здравоохранении, постоянное увеличение количества платных услуг, а также размера их оплаты).

Как отмечает руководитель Федерального научно-методического суицидологического центра д.м.н., профессор В.Ф. Войцех, «увеличение числа попыток самоубийств началось с 1991 года в связи с резким изменением социально-экономической ситуации в стране, безработицей, низкой заработной платой или вовсе ее отсутствием, низкой социальной поддержкой населения, инфляцией, ростом числа страдающих алкоголизмом» [136].

Тенденции снижения суицидов, наблюдавшиеся в периоды с 1994 по 1998 г. и с 2000 по 2007 г., обусловлены адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям. По мнению директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, уменьшение смертности от самоубийств в последние три – четыре года «свидетельствует о приспособлении населения в целом к достаточно сложным для него условиям жизни при рыночной экономике» [156]. Однако и в 2007 г., в условиях относительной экономической стабилизации в обществе, уровень самоубийств в стране превышал предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; *рис. 2*) [99].

По мнению д.ф.н. И. Б. Орловой, «об огромном «вкладе» в прирост смертности от социально обусловленных причин свидетельствует тот факт, что за изучаемое десятилетие наибольшее увеличение фиксируется в смертности от отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, туберкулеза» [98]. На фоне европейских государств у нас наблюдается несоизмеримо более высокий уровень погибших от причин категории «несчастные случаи, травмы и отравления» (внешние причины воздействия).



**Рис. 2. Уровень самоубийств в России после 1991 года**  
(умерших на 100 тыс. чел.)

*Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 53 с.*

Как отмечает Е.Ю. Андреева, «в настоящее время российский уровень смертности от внешних причин является самым высоким среди стран Европейского региона... В группе внешних причин суицид был и остается самым жестоким киллером, уносящим в России больше всего человеческих жизней» [12].

Е.М. Андреев и А.Г. Вишневский считают, что продолжительность жизни в России «в решающей степени определяется неблагоприятной динамикой смертности от двух групп причин смерти – болезней системы кровообращения и, особенно, внешних причин». При этом, анализируя вклад последних, они отмечают: «Если оценить соответствующий вклад в смертность наиболее жизнеспособной части населения – взрослых в возрасте от 15 до 65 лет, – то внешние причины вообще выходят на первое место» [11].

А.Е. Иванова и В.Г. Семенова отмечают, что качественным результатом реформ 1990-х гг. стало кардинальное изменение структуры травматической смертности, свидетельствующее о ее маргинализации: «На протяжении всего до-реформенного периода среди причин смерти доминировали самоубийства и дорожно-транспортные происшествия: они не только устойчиво занимали первое – второе места,

но с существенным отрывом опережали все остальные причины, что в целом соответствовало вполне цивилизованной структуре внешних причин смерти... Современное положение характеризуется выходом на первые места проблем, связанных с насилием и алкоголем» [59].

На наш взгляд, актуализация алкогольных причин смертности не снижает остроты проблемы суицидального поведения, поскольку алкоголизм и самоубийство – это формы аутодеструктивной активности, которые развиваются по одинаковым механизмам. Кроме того, при фиксировании смерти от суицида чаще всего учитываются только очевидные случаи, поскольку возникают определенные проблемы, связанные с отношением к близким и родственникам погибшего суицидента. И хотя определенная часть смертей совершается под воздействием суицидального импульса, однако, из этических соображений, регистрируется как, например, дорожно-транспортное происшествие или повреждение с неопределенными намерениями. Статистика самоубийств во всем мире является заниженной по сравнению с ее реальными масштабами. Как отмечают специалисты ВОЗ, «суицид неправильно классифицируют, записывая, что смерть наступила в результате неопределенной или естественной причины, например, когда люди – особенно престарелые – перестают принимать лекарства, поддерживающие их жизнь. Суицид может быть не распознан официально, когда наркоман принимает повышенную дозу, когда человек преднамеренно морит себя голодом (так называемая «суицидальная эрозия») или когда он умирает через некоторое время после попытки самоубийства. В этих случаях, так же как в случае эвтаназии или ускорения смерти, официально записывают клиническую причину смерти» [70].

Одним из самых распространенных вариантов суицида подобного характера является «автоцид» (смерть, наступившая в результате ДТП). Исследования Центра профилактики самоубийств в Лос-Анджелесе свидетельствуют о том, что у 25% жертв автокатастроф перед этим отмечалось

подавленное состояние и чувство беспомощности, т. е. классические проявления суицидальных тенденций. Около 25% водителей, погибших по причине ДТП, намеренно или полунанеренно спровоцировали свою смерть рискованными действиями за рулем [50].

Таким образом, установить точное число смертей, обусловленных суицидальным поведением, практически невозможно, но можно предположить, что самоубийство (в явной или завуалированной форме) является наиболее распространенной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления».

Как отмечает И. Орлова, «возрастная структура смертности от суицидов совпадает с аналогичной структурой общей смертности и еще раз подтверждает, что наиболее серьезным симптомом социального нездоровья России в 90-е гг. является сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста» (табл. 5) [98].

В первую очередь, проблема самоубийств распространена среди мужчин и жителей сельской местности (табл. 6).

Таким образом, демографический кризис в стране вызван не только ключевыми историческими моментами 90-х годов (распад СССР в 1991 г., экономический кризис 1998 г.), но и недостаточной активностью государственной политики, направленностью общественной идеологии. По мнению А.Г. Вишневого, успех демографической стратегии СССР в начале 60-х годов был связан с приоритетной ролью

**Таблица 5. Уровень смертности от самоубийств в Российской Федерации (на 100 тыс. населения)**

Возрастная группа	1 – 14 лет		15 – 19 лет		20 – 39 лет		50 – 59 лет		Старше 60 лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1965	1,1	0,2	16,1	7,3	59,7	9,3	68,0	15,6	48,6	13,7
1984	1,6	0,3	23,1	5,9	77,6	11,3	118,5	22,2	91,5	27,7
1989	1,7	0,3	18,9	6,4	51,2	7,3	70,5	8,4	75,8	24,9
2002	2,2	0,6	38,2	8,3	84,1	10,8	94,3	12,8	87,2	19,9

Источник: Орлова И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>

**Таблица 6. Уровень смертности от самоубийств в Российской Федерации (умерших на 100 тыс. населения)**

Категория населения	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Мужчины	72,9	70,3	58,1	53,9	51,6
Женщины	13,7	11,8	9,8	9,5	9,6
Городское население	37,8	33,8	26,4	24,1	23,2
Сельское население	51,5	53,9	47,9	46,3	45,0

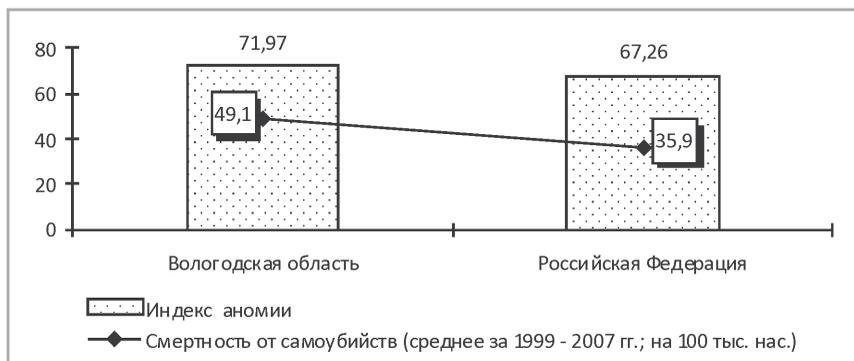
*Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 54 с.*

государства в формировании демографической картины. Однако в середине 60-х годов возможности государства оказались исчерпанными, потребовалась новая стратегия, основанная на передаче части бюджетных средств бизнесу и домохозяйствам, а также на ответственности каждого человека за состояние своего здоровья. В отличие от западных стран, в СССР такой стратегии найти не удалось. Дальнейшие непродуманные социально-экономические реформы и смена идеологического курса в начале 90-х гг. тоже повлияли на жизнь широких слоев российского общества [130].

Повышенный уровень смертности трудоспособного населения является свидетельством того, что Россия до сих пор не завершила эпидемиологический переход, остановившись на четвертой его стадии.

Современное общественное устройство в стране практически полностью попадает под определение «социальная аномия», которое в свое время дал Э. Дюркгейм. Под этим состоянием общества французский социолог подразумевал отсутствие четких правил и норм поведения, когда старые ценности рухнули, а новые еще не сложились [3].

В среднем за период с 1999 по 2007 г. уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области был больше, чем в целом по России (рис. 3). Та же тенденция наблюдается при расчете индекса социальной разобщенности для России и Вологодской области. Он определен в соответствии с научными разработками, проведенными в Центре исследований суицидального поведения Оксфордского университета [171].

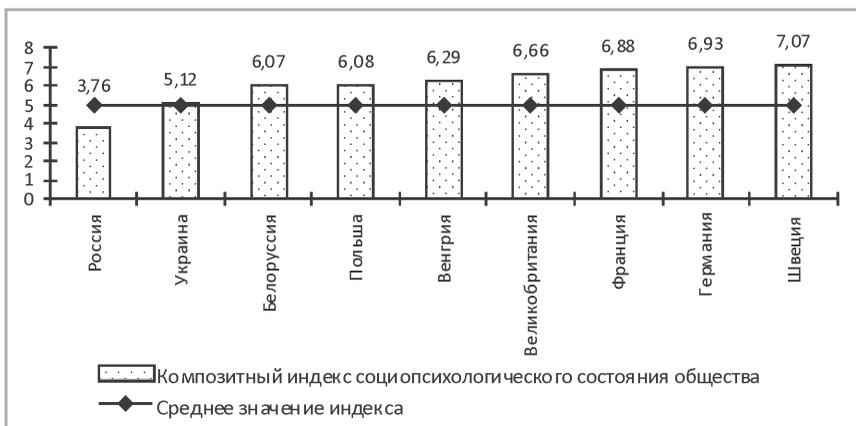


**Рис. 3. Значение индекса аномии на территории Вологодской области и Российской Федерации \***

\* Рассчитано автором по данным Всероссийской переписи населения.

Учеными Института психологии Российской академии наук был разработан композитный индекс социопсихологического состояния общества, в состав которого вошли индексы самоубийств, убийств, социального сиротства, устойчивости семьи, заболеваемости психическими расстройствами, концентрации доходов и др. [162]. В России данный показатель за период 1990 – 2004 гг. составил 3,76, что ниже среднего значения (5 единиц) и меньше, чем в странах ближнего и дальнего зарубежья (рис. 4).

Сопоставляя полученные результаты, ученые пришли к выводу, что общий уровень благополучия граждан той или иной страны зависит не только от социально-экономической ситуации, но и социально-психологического климата. В частности, сравнивая значения индекса в России и близких ей по менталитету и другим характеристикам Украине и Белоруссии, они отмечают: «...уровень жизни в России выше, чем в указанных странах, однако их граждане не гибнут в Чечне, живут в условиях менее криминализированных режимов, и это, наряду с некоторыми другими неэкономическими факторами, обуславливает их лучшее психологическое самочувствие» [162].



**Рис. 4. Значение композитного индекса социопсихологического состояния общества в различных странах мира**

*Источник: Юревич А.В., Цапенко И.П. Социопсихологическое состояние современного российского общества // Вестник РАН. – 2007. – Том 77. – № 5. – С. 387-395.*

Социологическое исследование американских ученых Э. Брейнерд и Д. Катлера показало, что «у мужчин, связывающих с будущим позитивные надежды, вероятность ранней смерти была на 30% меньше, чем у лиц, не видящих просвета в будущем». Состоянием тяжелого психологического стресса ученые объясняют 25%-ный прирост смертности среди россиян в период с 1989 по 1994 г. [15].

Состояние социально-психологической атмосферы особенно важно с экономической точки зрения. «Душевный настрой народа имеет большее значение, чем можно предположить с первого взгляда. В экономике, не входя явным образом в расчеты, он определяет готовность игроков к риску, а значит, прямо влияет на ценообразование и другие основные экономические параметры» [44].

Состояние российского общества после ликвидации СССР и резкой смены курса реформ хорошо представлено Г. Белоглазовым в статье «Социологический анализ самоубийств в России». Исследователь пишет: «В такой ситуации неизбежно наблюдается разделение людей на тех, у кого совершилось крушение всех планов (впустую потрачены

десятки лет жизни!), и на тех, кто рвался поскорее стать хозяевами жизни. Дикая приватизация, красивые военные мятежи и полное отсутствие цензуры при резкой активизации деятельности масс-медиа – все это способствовало формированию у россиян особого мировоззрения, отрицающего любые непоколебимые материальные и духовные ценности, равно как и всякие гарантии завтрашнего дня. Для такой страны это было большим потрясением» [16]. Наряду с культурно-психологическим аспектом современной ситуации в стране немаловажное значение имеет фактор экономической нестабильности. Уровень самоубийств, как и любой другой формы социальной девиации, прямо пропорционален экономической и социальной дифференциации общества.

В начале 90-х годов от 50 до 80% российского населения оказалось в категории бедных. В целом за этот период реальные денежные доходы населения сократились практически в два раза. На этом фоне произошло резкое увеличение их дифференциации: по официальным данным, разница в доходах 10% самых богатых и бедных жителей России выросла с 8 раз в 1992 г. до 14 раз в 2003 г., по результатам исследований, – до 25 раз (20 – 60 и более раз по разным оценкам) [105].

В 1993 году смертность от внешних причин в нашей стране, в отличие от мировых тенденций, заняла второе место, отодвинув на третье смертность от новообразований. Эта специфика сохраняется для России и по сию пору, что свидетельствует об особой значимости социально-экономических факторов [93]. Как отмечают специалисты ИСЭПН РАН, «вследствие реформ в выигрыше оказалась одна пятая часть населения, большинство же в основном проиграло» [96].

Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий считают, что последние 15 лет российских реформ условно можно разделить на три периода [46]:

1. 1991 – 1995 гг. Время коренной ломки социально-политической и экономической систем страны, острого социально-экономического кризиса.

2. 1996 – 1999 гг. Период сложного и болезненного процесса становления новых общественных и экономических отношений, социальной нестабильности, «пробуксовывания» реформ и разочарования в них значительной части населения.

3. С 2000 г. по настоящее время. Появление первых признаков социальной стабильности.

Экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности [58]. Результаты кризиса продолжают оказывать существенное влияние на жизнь общества, и психическое здоровье населения является в этом смысле одной из наиболее уязвимых сторон. По-прежнему остаются актуальными проблемы экономического характера, недоверие власти, высокий уровень преступности и т. д. У многих людей вследствие этого сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику. Около 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей дошкольного возраста, 25% подростков и до 40% призывников [100].

По утверждению директора Института комплексных социальных исследований доктора философских наук М.К. Горшкова, «самое неприятное, что все респонденты отмечают резкое падение морали в обществе. Устои разрушены, место моральных советских принципов остается пусто. До 40% молодежи, по опросам, готово сегодня преступить черту закона и моральные нормы для достижения цели. И в этом не стесняются признаться» [34].

Обоснованную тревогу вызывают масштабы прироста смертности, и особенно по причинам, имеющим непосредственно социальную природу (отравление алкоголем, самоубийства

и убийства). Масштабы смертности по этим причинам – показатель социального нездоровья общества. Неестественные причины обусловили смерть каждого третьего из умерших в трудоспособном возрасте [57].

Уровень смертности населения в результате различных форм аутодеструктивного поведения является естественным следствием сложившегося психологического климата. Наиболее показательными индикаторами в этом плане можно считать смертность населения по причинам, связанным с употреблением алкоголя, а также в результате несчастных случаев, случайных травм и отравлений, определенный процент из которых совершается под влиянием суицидальных импульсов на подсознательном уровне.

На территории Вологодской области уровень смертности от внешних причин и в результате потребления алкогольной продукции выше, чем в среднем по стране. Региональный показатель смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, имел тенденцию увеличения в период с 1998 по 2005 г. Это стало следствием увеличения потребления суррогатов алкоголя, которые свободно продавались в киосках («Крепыш» и т. д.). Только в 2006 году после запрета продажи подобной продукции удалось добиться позитивных изменений в данном вопросе, снизив рассматриваемый показатель на 31% (со 105 умерших до 73 на 100 тыс. населения; *рис. 5*). В Вологодской области наблюдается тенденция снижения уровня смертности от несчастных случаев, травм и отравлений, однако по-прежнему этот показатель превышает среднероссийский на 15% (*рис. 6*).

Учитывая то, что проблема суицидального поведения напрямую связана с состоянием общественного психического здоровья и является его индикатором, следует кратко проанализировать особенности психологического климата, сложившегося на территории региона.

С 2000 по 2007 г. уровень болезненности психическими расстройствами незначительно увеличился, так же как и доля людей, состоящих на диспансерном учете по поводу психи-



Рис. 5. **Смертность населения по причинам, связанным с употреблением алкогольной продукции** (умерших на 100 тыс. населения)

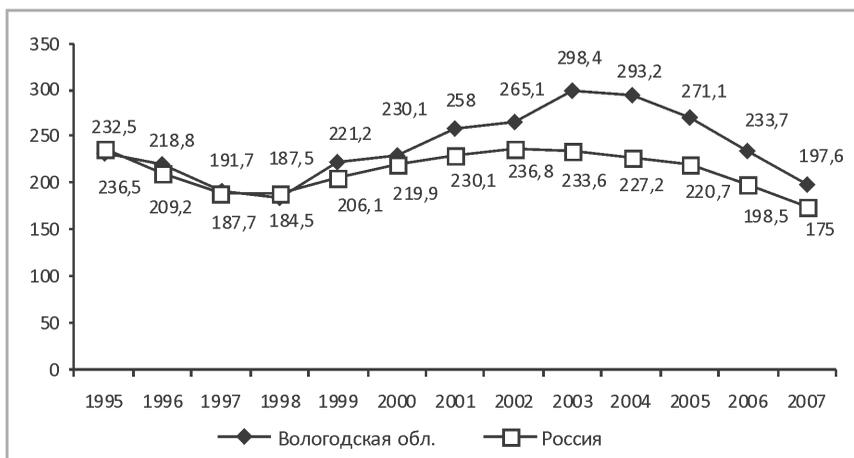


Рис. 6. **Смертность населения в результате несчастных случаев, травм и отравлений** (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 55 с.

ческого заболевания (рис. 7). Заболеваемость психопатологиями снизилась, однако произошло это только в 2007 г., а в период с 2004 по 2006 г. данный индикатор имел негативную тенденцию к увеличению.

О современном состоянии общественного психического здоровья свидетельствуют также показатели смертности от



Рис. 7. Динамика заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в 2000 – 2007 гг. (на 100 тыс. населения)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 137.

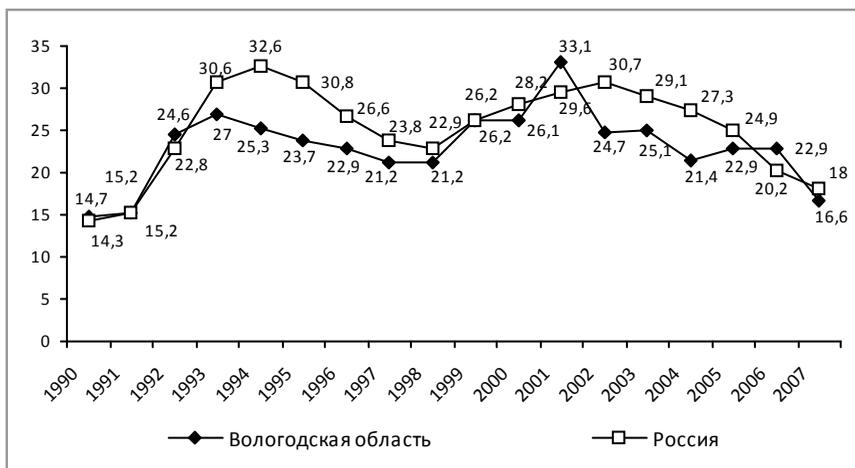
убийств и других причин, связанных с употреблением алкогольной продукции. По данным Всемирной организации здравоохранения, эти показатели значительно выше в странах СНГ по сравнению со странами Европейского союза (рис. 8).

Уровень смертности от убийств на территории Российской Федерации существенно выше, чем в зарубежных странах (прил. 3). В Вологодской области динамика соответствующего показателя с 1998 г. отличается нестабильностью, хотя в более ранний период (1993 – 1998 гг.) количество убийств на территории региона стабильно уменьшалось (рис. 9).



Рис. 8. Корреляция между уровнем смертности от убийств и самоубийств\* (среднее за 1996 – 2006 гг.)

\* Рассчитано автором по Базе данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>



**Рис. 9. Смертность от убийств в Вологодской области и Российской Федерации (на 100 тысяч населения)**

Источники: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

Реальные масштабы проблемы алкоголизма установить достаточно сложно, поскольку вести такую статистику невозможно даже по объемам продаж и выпуска алкогольной продукции. Вместе с тем, исходя из данных наркологической службы Вологодской области, можно констатировать, что, несмотря на тенденцию снижения показателей алкоголизации в последние два года, уровень заболеваемости алкогольными психозами по сравнению с 2000 г. возрос с 46,6 до 63,9 случая на 100 тыс. населения (рис. 10). В 2006 г. значение данного показателя в среднем по России было в два раза больше (131 на 100 тыс. нас.).

Официальная статистика учитывает только те случаи психических расстройств, которые были зарегистрированы в соответствующих медицинских учреждениях. На самом же деле распространение психических патологий и пограничных состояний значительно шире, что вызывает необходимость более точной оценки состояния общественного психического здоровья, а также диагностики психических пато-

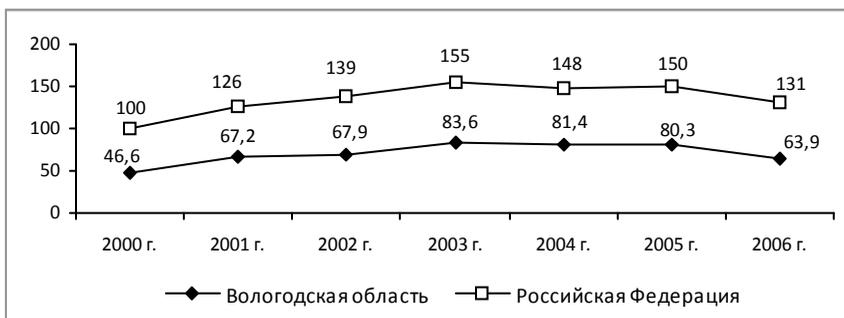


Рис. 10. **Заболеваемость алкогольными психозами в Вологодской области и Российской Федерации** (на 100 тыс. населения)

Источники: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

логий на ранних стадиях развития. Одним из способов решения данной задачи является мониторинг психологического самочувствия населения, который проводится научным коллективом ИСЭРТ РАН с 2002 г.<sup>1</sup>

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2008 г. доля лиц, которые имели признаки невротического расстройства, составила 16% жителей, признаки депрессии – 29%, повышенной тревоги – 28%. За годы проведения исследования значения показателей остаются практически неизменными (табл. 7). При этом следует учитывать, что затяжной характер любого из вышеперечисленных заболеваний создает опасность его осложнения и проявления глубинных симптомов.

У 27% жителей области наблюдаются субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, что вызывает

<sup>1</sup> Мониторинг психологического самочувствия населения осуществляется методом анкетирования по месту жительства. С периодичностью 6 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях Вологодской области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы и города Вологда, Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации осуществляется в программах SPSS и Excel. В структуру анкеты включены госпитальная шкала тревоги и депрессии, методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

**Таблица 7. Распространение симптомов тревоги, депрессии и невроза среди жителей региона в 2002 – 2008 гг. (в % от числа опрошенных)**

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее
<i>Уровень тревоги в норме</i>	<b>59,5</b>	<b>61,1</b>	<b>66,3</b>	<b>65,8</b>	<b>66,6</b>	<b>73,2</b>	<b>72,1</b>	<b>66,4</b>
<b>Уровень тревоги превышает норму</b>	<b>40,3</b>	<b>38,2</b>	<b>33,3</b>	<b>34,2</b>	<b>32,9</b>	<b>26,7</b>	<b>27,9</b>	<b>33,4</b>
Субклинически выраженная тревога	37,8	35,4	30,6	31,5	31,3	25,1	27,0	31,2
Клинически выраженная тревога	2,5	2,8	2,7	2,7	1,6	1,6	0,9	2,1
<i>Уровень депрессии в норме</i>	<b>66,8</b>	<b>66,5</b>	<b>67,4</b>	<b>69,2</b>	<b>65,6</b>	<b>70,3</b>	<b>70,9</b>	<b>68,1</b>
<b>Уровень депрессии превышает норму</b>	<b>32,9</b>	<b>33,3</b>	<b>32,2</b>	<b>30,8</b>	<b>34,4</b>	<b>29,6</b>	<b>29,0</b>	<b>31,7</b>
Субклинически выраженная депрессия	30,3	30,3	29,1	28,5	31,5	26,9	26,1	29,0
Клинически выраженная депрессия	2,6	3,0	3,1	2,3	2,9	2,7	<b>2,9</b>	2,8
<b>Симптомы невроза</b>	<b>27,0</b>	<b>21,0</b>	<b>20,0</b>	<b>22,0</b>	<b>15,0</b>	<b>14,1</b>	<b>15,7</b>	<b>19,3</b>
<i>Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.</i>								

необходимость психокоррекции и консультативной помощи специалиста. Почти 2% населения проявляет симптомы тревоги и депрессии на клиническом уровне. Необходимо также отметить, что именно депрессия является одним из основных движущих механизмов суицидальных тенденций, при этом вероятность совершения суицидальной попытки, а также число людей, вовлеченных в данный круг проблем, увеличивается по мере развития заболевания. По словам директора Европейского регионального бюро ВОЗ М. Данзона, «в настоящее время депрессия находится на третьем месте среди ведущих причин заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ» [89].

На протяжении 2002 – 2008 гг. динамика распространения симптомов депрессии и показателя смертности от самоубийств имела тенденцию к снижению (рис. 11). С 2006 г. уровень суицидов и болезненность психическими расстройствами

снижаются (рис. 12). Из этого можно сделать вывод о том, что изменения в психическом здоровье населения (особенно на пограничном, предпатологическом уровне) отражаются на уровне суицидальной активности.

По мнению главного психиатра Минздрава Украины, директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, «важнейшим условием формирования суицидального поведения у психически до того здоровых людей является социально-психологическая дезадаптация. Вторая половина XX века с постоянно возрастающим инфор-



**Рис. 11. Уровень распространенности симптомов депрессии и завершённых самоубийств в Вологодской области**



**Рис. 12. Болезненность психическими расстройствами и уровень завершённых самоубийств в Вологодской области (на 100 тыс. нас.)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 137.

мационным перенасыщением, глобальными социально-экологическими проблемами определяет ее первостепенную значимость в формировании суицидального поведения» [156].

Таким образом, 90-е годы стали для россиян периодом длительного психологического стресса. За это время (с 1991 по 1999 г.) уровень самоубийств в стране увеличился с 27 до 39 случаев на 100 тыс. населения, в регионе – с 31 до 61 случая.

С 2000 г. в стране и области наблюдается тенденция снижения уровня смертности от самоубийств. Важным индикатором, характеризующим социально-психологическое самочувствие населения в это время, является показатель социального настроения. В его динамике с 2001 г. также отмечены положительные тенденции (рис. 13). За этот период численность жителей Вологодской области, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась с 52 до 68%, в то время как удельный вес тех, кто дает крайние негативные характеристики своему настроению, сократился почти вдвое. Аналогичные тенденции зарегистрированы и в целом по стране (рис. 14).

На территории Вологодской области и Российской Федерации состояние психологического климата и проблемы



Рис. 13. Динамика социального настроения в Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены / ВЦИОМ, 2001 – 2008.

суицидального поведения тесно связаны, при этом их динамика обнаруживает две различные тенденции. С одной стороны, в области отмечается некоторая стабилизация социально-психологического климата по сравнению с начальным периодом исследования. С другой стороны, продолжает сохраняться высокий уровень тревоги, депрессии, невротизации.

Психологическая поддержка для противостояния стрессу необходима каждому третьему жителю, причем это характерно не только для Вологодской области, но и для России в целом [100]. На проблеме суицидального поведения это отражается, прежде всего, тем, что низкая выявляемость рассмотренных выше психических патологий создает опасность увеличения доли самоубийств в будущем, при этом вероятность такой ситуации имеет место даже в отсутствие каких-либо социально-экономических или политических катаклизмов.

В условиях экономического кризиса высокий уровень смертности от суицидов был следствием несоответствия между ожиданиями и реальными возможностями населения. «Так называемая статусная несовместимость – отсут-

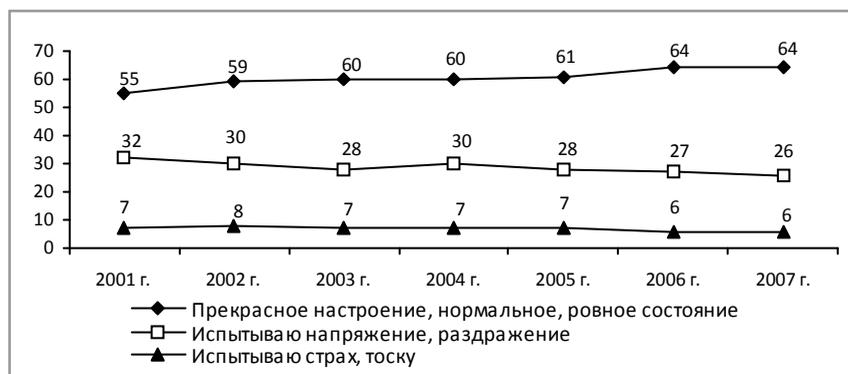


Рис. 14. Динамика социального настроения в Российской Федерации (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены / ВЦИОМ, 2001 – 2008.

ствие соответствия между базовыми характеристиками индивидов и социальных групп в силу нарушения связей в цепочке: образование – профессия – статус – доход является одной из ключевых проблем переходных обществ. Естественным следствием этих нарушений оказывается психологический дискомфорт и, что важнее, дезориентация испытывающих статусную несовместимость индивидов и групп в социально-экономическом пространстве» [1].

Таким образом, социально-экономический кризис, имевший место в начале 1990-х гг., привел к маргинализации широких слоев населения. Одновременно с этим была отменена антиалкогольная кампания, а также взят политический курс на формирование рыночных отношений. Все эти обстоятельства отразились на психологическом климате в обществе, в результате чего резко возрос уровень распространения психопатологий, случаев алкоголизма и самоубийств. Пик суицидальной активности отмечается в середине 1990-х гг. С 2000 года, когда в стране наметились первые признаки политической и экономической стабилизации, количество суицидов сократилось, что еще раз доказывает ее связь с психологическим климатом в обществе.

### *1.3. Методологические подходы к исследованию суицидального поведения*

На сегодняшний день теоретические основы проблемы суицидального поведения разработаны достаточно основательно как с психологической, так и с социологической и демографической точек зрения. В связи с этим современные исследования сосредоточиваются в основном на практических разработках в области факторов суицидального риска, а также изучении динамики самоубийств в конкретных группах населения. Среди направлений современных исследований можно выделить:

1. Эпидемиологические исследования суицидального поведения (В.Г. Семенова, А.Е. Иванова, А.Г. Вишневский).

2. Гендерные особенности суицидального поведения (И.Б. Назарова, О.В. Бойко и др.).

3. Исследование проблемы алкоголизма как фактора суицидального риска (А.В. Немцов, Д.И. Шустов, В.М. Школьников, Э. Брейнерд, Д. Катлер и др.).

4. Исследования суицидального поведения у людей с нарушениями психического здоровья (В.А. Мангуби, Д. Вассерман, Г.И. Брегман и др.).

5. Исследования степени суицидального риска у людей, переживающих смерть своих близких (Б. Дейтс, К. Лукас, Г. Сейден, Б. Колодзин и др.).

6. Исследования этнокультуральных особенностей суицидального поведения (Б.С. Положий, В.Д. Менделевич и др.).

7. Исследования темпоральных характеристик суицидального поведения (А.Ю. Мягков, О.И. Шумилов и др.).

8. Исследование возможностей профилактики суицидального поведения (Г.В. Старшенбаум, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян и др.).

9. Суицидальная активность при тяжелых соматических заболеваниях (М. Гейер, В. Бройтигам, В.В. Ивашов).

10. Роль средств массовой информации в механизме развития суицидальных тенденций (Н.Е. Маркова, Е.А. Золотов, Д. Филипс и др.).

Отличительной чертой представленного исследования является использование социологического мониторинга. Его данные позволяют отслеживать динамику изменений, происходящих в общественном психическом здоровье, и, следовательно, определять конкретные группы суицидального риска до того момента, когда в них будут проявляться суицидальные тенденции, вызванные какими-либо социально-экономическими катаклизмами.

Нами было проведено исследование группы парасуицидентов (лиц, совершивших суицидальную попытку), результаты которого позволили выявить основные черты социальной ситуации, «благоприятствующей» возникновению

начальных этапов суицидогенеза и в какой-то мере провоцирующей попытку самоубийства среди людей, абсолютно здоровых в физическом и психическом отношении.

В целом методы, использовавшиеся нами в ходе исследования, можно разделить на 2 блока (табл. 8).

Учитывая тот факт, что самоубийство является добровольным поступком и поэтому целиком и полностью зависит от субъективного восприятия индивидом окружающей действительности, мы приходим к выводу, что данные официальной статистики не могут отражать внутренние механизмы, обуславливающие динамику и факторы суицидального риска. В связи с этим анализ проблемы суицидального поведения по официальным статистическим данным был подкреплён информацией, полученной в ходе проведения социологических опросов (мониторинг социально-экономического положения, состояния физического здоровья, психологического самочувствия).

**Таблица 8. Структура методологических подходов исследования**

Анализ факторов и структуры суицидального поведения по официальным статистическим данным	Анализ факторов суицидального риска по субъективным оценкам населения Вологодской области
1. Анализ статистических показателей психического здоровья и различных аспектов проблемы суицидального поведения; оценка деятельности медицинских учреждений; анализ статистических показателей, характеризующих факторы суицидального риска.	1. Анализ больничных карт парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ).
2. Расчет индекса социальной разобщенности.	2. Мониторинг общественного мнения по вопросам социально-экономического положения, образа жизни и т. д.
3. Расчет таблиц ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).	3. Мониторинг состояния общественного психического здоровья.
4. Оценка экономического ущерба по индексу «потерянные годы потенциальной жизни» (ППГЖ).	4. Социологические исследования потребностей населения в специализированных видах помощи; общественного мнения о суицидентах и людях, испытывающих проблемы с психическим здоровьем.

Мониторинг общественного психического здоровья осуществляется на территории Вологодской области. Точки опроса: г. Вологда, г. Череповец, Бабаевский, Великоустюгский, Вожегодский, Грязовецкий, Кирилловский, Никольский, Тарногский, Шекснинский районы. Опрос проводится 1 раз в год с 2002 г. Форма опроса – формализованное интервью. Сбор эмпирических данных производится методом поквартирного опроса с шагом 5 – 8 квартир. Объем выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города);
- пропорции половозрастной структуры взрослого населения области.

Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

В структуре опросника пять исследовательских блоков:

*1. Анализ факторов, влияющих на психологический климат в регионе.*

Используемые вопросы:

• Что бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?

• Укажите, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены своей сегодняшней жизнью (по 10-балльной шкале, где 1 – полностью удовлетворен, 10 – полностью не удовлетворен).

• Чувствуете ли Вы себя в безопасности дома, на улице днем, на улице вечером?

• Отметьте наиболее актуальные из перечисленных ниже проблем в стране, которые беспокоят лично Вас, не оставляют Вас равнодушными (инфляция – постоянный рост цен, снижение уровня жизни, высокий уровень преступности, социальная незащищенность граждан, рост безработицы и т. д. – всего 20 пунктов).

• Скажите, пожалуйста, как Вы относитесь к религии?

• Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично отношениями с друзьями, с коллегами по работе, с родителями, с супругом, с детьми; своим положением в обществе, содержанием работы, жилищно-бытовыми условиями и т. д. (всего 20 пунктов).

- Испытываете ли Вы чувство одиночества?
- Как часто и как тяжело Вы болеете?
- Как Вы считаете, какую роль средства массовой информации играют в формировании психического состояния человека?
- Как бы Вы оценили изменение своего материального положения за последние три года, по сравнению с прошлым годом, за последние 6 месяцев?
- Как бы Вы оценили изменение своего должностного положения за последние три года, по сравнению с прошлым годом, за последние 6 месяцев?
- Как часто Вы испытываете психологический дискомфорт в следующих сферах жизни: на работе, в семье, на улице, в общественном транспорте, при общении с родителями, при общении с друзьями, при обращении в учреждения социального обслуживания?

2. *Анализ тенденций распространения негативных психических состояний: тревоги, депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии) и невроза (методика экспресс-диагностики неврозов К. Хека и Х. Хесса).*

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (А. Zigmond, R. Snaithe, 1983) обладает высокой дискриминантной валидностью [68, с. 313]. Она представляет собой 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: 1) тревога (нечетные пункты) и 2) депрессия (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений:

0 – 7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8 – 10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»;

11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия» [68, с. 313].

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса (К. Heck, E. Hess, 1975) дает общую информацию о вероятности невротического состояния. Методика представляет собой тест из 40 вопросов. Ответу «Да» присуждается 1 балл, ответу «Нет» – 0 баллов. Интерпретация результатов проводится путем подсчета ответов «Да». В случае если сумма баллов превышает 24, вероятность наличия у исследуемой личности невроза считается высокой [111, с. 170].

*3. Оценка потребности населения в специализированных (психологических, психиатрических, психотерапевтических) видах помощи.*

Используемые вопросы:

- Скажите, пожалуйста, Вы испытывали раньше психологические проблемы, требовавшие помощи квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта)?

- Обращались ли Вы когда-нибудь за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту)?

- Если обращались, удовлетворил ли Вас результат оказанной помощи?

- Хотите ли Вы, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства?

- Готовы ли Вы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту) в случае необходимости?

- Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

- Приходилось ли Вам пользоваться «телефоном доверия»?

*4. Отношение населения к суицидентам и людям, испытывающим психологические проблемы.*

Используемые вопросы:

- Определите, пожалуйста, свое отношение к следующим поступкам: употребление наркотиков, самоубийство, супружеская измена, деловая неисполнительность и т. д. (всего 9 пунктов).

- Как Вы относитесь к людям, испытывающим проблемы с психологическим здоровьем?

*5. Социально-демографические характеристики респондентов: пол, возраст, семейное положение, образование, род занятий, место проживания (городская/сельская местность).*

Данный блок содержит также вопросы, раскрывающие субъективную оценку респондентами своего материального положения:

- Каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в течение последнего месяца?
- Какой размер дохода на одного члена семьи в месяц, по Вашему мнению, необходим для нормальной жизни?
- К какой категории (богатые, люди среднего достатка, бедные, нищие) Вы себя относите?

В 2007 г. на базе Вологодской областной психиатрической больницы было проведено исследование суицидальных попыток. Выборочная совокупность (98 человек) состояла из пациентов клиники, госпитализированных по поводу суицидальной попытки в период с 2006 по 1 квартал 2007 г. Форма исследования – анализ историй болезни пациентов. В ходе исследования фиксировались следующие данные о социально-демографических характеристиках парасуицидентов:

- пол;
- возраст;
- образование;
- профессиональная занятость;
- характер потребления алкоголя;
- отягощенность наследственности;
- способ парасуицида;
- причина суицидальной попытки;
- психологическое состояние, наличие психических отклонений;
- средний срок госпитализации по возрастным группам;
- темпоральные характеристики парасуицида (месяц совершения попытки).

Для анализа влияния распространенности самоубийств на общий уровень ожидаемой продолжительности жизни нами была использована методика расчета таблиц ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) [25].

Таблицы ОПЖ являются эмпирической моделью типа и параметров смертности населения, существующих на определенную календарную дату. Они показывают, как вымирало бы некоторое гипотетическое поколение одновременно родившихся при условии сохранения на протяжении всей жизни этого поколения повозрастных показателей смертности на том же уровне, который имел место на дату составления таблицы.

Таким образом, таблицы ОПЖ – это математическая модель процесса естественного убывания поколения сверстников с возрастом. Основные преимущества данной методики, на наш взгляд, состоят в следующем:

- относительное нивелирование последствий невозможности проследить реальные демографические процессы в определенном поколении сверстников;
- возможность расчета показателя ОПЖ в различных возрастных группах населения;
- возможность вычленения показателя ОПЖ без учета уровня смертности от определенной причины (в нашем случае – от самоубийств).

Суть методики состоит в последовательном измерении восьми показателей для каждой возрастной категории:

1. *Показатель смертности ( $m_x$ )*. Повозрастной коэффициент смертности, отражающий, сколько умерших приходится на каждого человека популяции в возрасте  $x$ :

$$m_x = D_x / P_x,$$

где  $D_x$  – число умерших в возрасте  $x$  за изучаемый год;  
 $P_x$  – среднегодовая численность популяции в возрасте  $x$ .

2. *Вероятность умереть от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $q_x$ )*. Расчет проводится по формуле Паевского:

$$q_x = 1 - e^{-(r m x)},$$

где  $e$  – основание натурального логарифма ( $e = 2,718282$ );  
 $r$  – ширина возрастного интервала (лет).

Для последнего возрастного интервала  $q_x = 1$  исходя из соображения, что все поколение должно вымереть.

3. *Вероятность дожить от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $p_x$ ):*

$$p_x = 1 - q_x .$$

Для последнего возрастного интервала  $p_x = 0$ .

4. *Порядок вымирания гипотетического поколения новорожденных ( $l_x$ ). Показывает, сколько лиц из первоначальной совокупности ( $l_0 = 100000$  новорожденных) доживет до возраста  $x$  при условии сохранения повозрастной структуры смертности  $m_x$  на протяжении всей жизни.*

$$l_{x+r} = l_x \times p_x$$

5. *Число умерших гипотетического поколения от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $d_x$ ):*

$$d_x = q_x \times l_x = l_x - l_{x+r} .$$

Для последнего возрастного интервала  $d_x = l_x$  исходя из предположения, что все поколение должно вымереть.

6. *Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $L_x$ ):*

$$L_x = (l_x + l_{x+r}) \times r / 2 .$$

Для последней возрастной группы применяется формула:

$$L_x = k \times l_x ,$$

где  $k$  – коэффициент, представляющий собой эмпирически рассчитанную среднюю продолжительность жизни для крайних возрастных групп (для возрастной группы «70 лет и более»  $k = 9,6$ ).

7. *Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста  $x$  до смерти ( $T_x$ ). Представляет собой сумму  $L_x$  от возраста  $x$  и старше:*

$\omega$

$$T_x = \sum L_x$$

$X,$

где  $\sum$  – знак суммы;  $\omega$  – предельный возраст.

8. *Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте  $x$  ( $e_x$ ):*

$$e_x = T_x / l_x.$$

Анализируя причины высокого уровня смертности от самоубийств в России, мы использовали методику вычисления уровня социальной разобщенности как показателя, адекватно отражающего современное состояние социально-психологического климата.

Расчет индекса социальной разобщенности был применен сотрудниками Центра исследований суицидального поведения при кафедре психиатрии Оксфордского университета и на кафедре социальной медицины Бристольского университета. Индекс рассчитывался по данным переписи населения в каждом округе и складывался из суммы следующих показателей [171]:

- процент жителей, имевших другие домашние адреса за год до переписи населения 1991 года (количество иммигрантов);
- процент одиноких лиц в населении;
- процент взрослых, не состоящих в браке;
- процент лиц, проживающих в нанимаемом в частном порядке жилье.

В нашем исследовании расчет велся по данным Всероссийской переписи населения (за исключением первого критерия, отражающего количество иммигрантов):

1. Количество людей, прибывших на данную территорию (в процентах от общей численности населения).

2. Процент домохозяйств, состоящих из одного человека.

3. Процент взрослых, не состоящих в браке (мужчины и женщины старше 16 лет, никогда не состоявшие в браке, вдовы, разошедшиеся).

4. Процент лиц, снимающих жилые помещения у отдельных граждан.

Широкая распространенность суицидов среди лиц трудоспособного возраста диктует необходимость рассматривать проблему суицидального поведения не только с демографической, но и экономической точки зрения.

В качестве одного из шагов по оценке масштабов экономических последствий распространения суицидов в обществе нами была использована методика расчета ущерба вследствие преждевременной смертности по индексу ПГПЖ. Потерянные годы потенциальной жизни (Years of Potential Life Lost) являются важным показателем, рекомендованным ВОЗ и отражающим современное состояние демографических процессов в регионе [151, с. 40]. Этот индикатор выражает меру влияния преждевременной смертности на население. ПГПЖ рассчитывается как сумма разностей лет между пороговым значением возраста смерти (ПЗВС) и фактическим возрастом смерти всех лиц, умерших в течение года в возрастах моложе ПЗВС.

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x (L-x),$$

где  $d_x$  – число смертных случаев в возрасте  $x$ ;  $L$  – базовое значение продолжительности жизни.

Средний возраст смерти (СВС) рассчитывался по формуле:

$$\text{СВС} = 65 - \text{ПГПЖ на 1 случай},$$

где 65 – число лет, ПГПЖ на 1 случай.

Значение ПЗВС задается произвольно в зависимости от целей расчета (обычно берут 60, 65 или 80 лет). ПГПЖ может учитывать смертность как от всех причин, так и от отдельных причин смерти. В данном исследовании за базовое значение продолжительности жизни при определении

показателя ППЖ был выбран возраст 65 лет, поскольку именно это значение рекомендовано ВОЗ в рамках движения «Здоровье для всех к 2000 году» [112].

Таким образом, для решения поставленных задач мы использовали социологические, математические и экономические методы исследования, при этом уделяя особое внимание не только данным объективной статистики, но и субъективным оценкам населения Вологодской области, что соответствует принципу комплексности и позволяет с различных точек зрения взглянуть на проблему суицидального поведения.

Исторический анализ проблемы суицидального поведения позволяет констатировать, что по мере развития научных представлений о суициде отношение общества к данному феномену становилось более толерантным и сочувствующим. Тем не менее категорическое неприятие самоубийства по-прежнему существует и в настоящее время трактуется как одна из важных проблем, мешающих человеку своевременно обратиться за квалифицированной помощью.

Динамику распространения суицидов в России определяли такие события, как антиалкогольная кампания, «перестроечный» курс реформ, социально-экономические кризисы 1990-х гг. и последующий период стабилизации политической и экономической ситуации в стране.

Наконец, представив методологический аппарат исследования, важно подчеркнуть, что официальная статистика не отражает реальных масштабов проблемы суицидального поведения, поэтому для более адекватной оценки ситуации нами используется мониторинг психологического самочувствия населения, а также изучение социально-психологических характеристик людей, совершивших суицидальную попытку.

## Глава 2

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РОССИИ И ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

#### 2.1. Современное состояние проблемы суицидального поведения

Уровень завершенных суицидов служит важнейшим социально-демографическим показателем, обобщающим многие факторы общественной жизни. Он отражает глубину социальной патологии общества, представляя индикатор его неблагополучия [3]. На сегодняшний день Россия является одной из стран с наиболее высоким уровнем смертности населения от самоубийств. При этом суициды имеют существенный удельный вес в смертности трудоспособного населения. С учетом того, что снижение смертности – это наиболее эффективное направление улучшения демографической ситуации, изучение проблемы суицидального поведения приобретает особую значимость.

По данным Всемирной организации здравоохранения, Россия входит в число стран – лидеров по уровню смертности населения от самоубийств. Данные, приведенные в *таблице 9*, свидетельствуют о том, что для стран с высоким уровнем суицидов характерна более негативная демографическая ситуация, которая заключается в повышенном (в 3 – 4 раза) уровне преждевременной смертности.

На сегодняшний день в структуре всех причин смертности населения Российской Федерации суициды составляют примерно 2,3% (*табл. 10*). В классе «Несчастные случаи, травмы и отравления» этот показатель доходит до 16%, что превышает уровень смертности от наиболее распространенных причин – убийств (12,1%) и случайных отравлений алкоголем (12,6%).

Таблица 9. Демографические характеристики стран с максимальным и минимальным уровнем смертности от самоубийств (2006 г.)

Страна	Смертность от самоубийств (умерших на 100 тыс. нас.)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах)	Общий уровень смертности (умерших на 1 тыс. нас.)	Снижение ожидаемой продолжительности жизни из-за преждевременной смертности до 65 лет
<i>Пятерка стран с наиболее высоким уровнем самоубийств (ранжированный список)</i>				
Литва	28,94	71,16	13,2	9,68
<b>Россия</b>	<b>27,63</b>	<b>66,67</b>	<b>15,21</b>	<b>12,34</b>
Казахстан	27,27	66,18	10,27	12,32
Беларусь	25,31	70,37	13,71	9,33
Словения	22,79	78,35	9,05	5,0
<i>Пятерка стран с наименьшим уровнем самоубийств (ранжированный список)</i>				
Кипр	2,39	80,69	6,65	3,18
Греция	3,05	79,79	9,42	3,88
Италия	5,15	81,58	9,48	3,58
Мальта	6,04	79,59	7,91	3,45
Соединенное Королевство	6,53	79,66	9,44	4,31

*Источник: База данных ВОЗ. Здоровье для всех / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>*

Таблица 10. Удельный вес самоубийств в структуре причин смертности населения Российской Федерации \*

Причины смертности	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2000 – 2006 гг.
Все причины (абс.)	2225,3	2254,9	2332,3	2365,8	2295,4	2303,9	2166,7	2277,8
Внешние причины (абс.)	318,7	331,6	339,3	335,2	327,1	315,9	282,8	321,5
<b>Самоубийства (в % от внешних причин / в % от всех причин)</b>	<b>2,6 / 17,9</b>	<b>2,5 / 17,3</b>	<b>2,4 / 16,3</b>	<b>2,2 / 15,4</b>	<b>2,2 / 15,1</b>	<b>2,0 / 14,6</b>	<b>2,0 / 15,2</b>	<b>2,3 / 16,0</b>
Убийства (в % от внешних причин/в % от всех причин)	1,9 / 12,9	1,9 / 12,9	1,9 / 13,1	1,8 / 12,5	1,7 / 12,0	1,6 / 11,3	1,3 / 10,2	1,7 / 12,1
Случайные алкогольные отравления (в % от внешних причин/в % от всех причин)	1,7 / 11,7	1,8 / 12,4	1,9 / 13,2	1,9 / 13,4	1,9 / 13,1	1,8 / 13,0	1,5 / 11,7	1,8 / 12,6

\* Рассчитано по данным Российского статистического ежегодника. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.

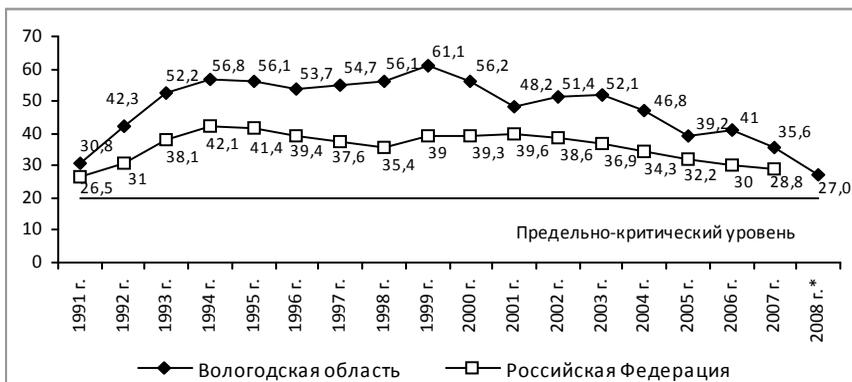


Рис. 15. **Уровень смертности населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации** (умерших на 100 тыс. населения)

\*Данные за период с января по сентябрь 2008 г.

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.

Общероссийские тенденции развития суицидального поведения нашли свое отражение и на региональном уровне. На территории Вологодской области смертность от самоубийств вышла на кардинально более высокий уровень с 1991 года, при этом уровень смертности жителей региона от самоубийств остается значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 15). Значительное повышение суицидальной активности, согласно представленной диаграмме, отмечалось в 1992 и 1998 гг. – следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране. В целом за период 1999 – 2007 гг. на территории области было совершено 5 577 самоубийств. Средний уровень суицидальной активности населения региона за этот период составляет почти 49 случаев на 100 тыс. населения, что почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное ВОЗ.

В большинстве районов области (в 20 из 26) уровень смертности от самоубийств за период с 1999 по 2007 г. составлял от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения (рис. 16; прил. 1).

Следует отметить, что проблема суицида не исчерпывается числом лиц, совершивших «завершенный» суицид,



то есть установленной причиной смерти которого является очевидное преднамеренное лишение себя жизни. В проблеме суицидального поведения вовлечено значительное количество людей, чья смерть не увязана напрямую с самоповреждением, чьи попытки не привели к смерти, а также близкие и родственники суицидентов.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» завершенных суицидов (за период 1999 – 2007 гг. в Вологодской области – 5 577 человек) приходится [36]:

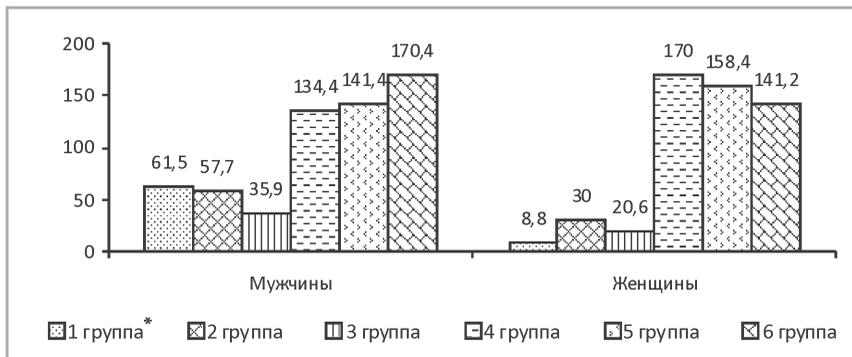
- 10 – 20 попыток (незавершенных) суицидов (в нашем регионе – в среднем  $15 \cdot n = 83\ 655$ );
- число людей, имеющих суицидальные намерения (внутренний суицидальный дискурс), –  $100 \cdot n$  (в Вологодской области –  $5\ 577 \cdot 100 = 557\ 700$ );
- число близких, вовлеченных в проблему, риск развития суицида среди которых также резко возрастает:  $n \cdot 8$  (в нашем регионе –  $5\ 577 \cdot 8 = 44\ 616$ ).

Таким образом, за исследуемый период около 691 548 жителей региона могли быть вовлечены в проблему суицидального поведения.

В 2005 г., по данным В.Г. Семеновой, О.И. Антоновой и др., Вологодская область находилась в числе десяти регионов, которые занимали второе место по уровню самоубийств среди населения в возрасте от 20 до 39 лет (*рис. 17*). По уровню суицидов среди мужчин и женщин от 40 до 59 лет пятая группа, в которую входит Вологодская область, стоит на четвертом месте [139].

Следует также отметить, что недоучет смертности от самоубийств за счет аналогичных латентных событий, отнесенных к категории «Повреждения с неопределенными намерениями», в Вологодской области превышает среднероссийские показатели (*табл. 11*).

На территории области смертность от суицидов среди мужчин больше, чем среди женщин, примерно в 7 раз, а среди жителей сельской местности в 2 раза чаще, чем среди горожан.



**Рис. 17. Распределение российских территорий по уровню самоубийств среди населения в возрасте от 20 до 39 лет (2005 г.; в % к уровню России)**

\* 1 группа: Брянская, Тюменская области, Чукотский АО, Кабардино-Балкария, Алтай, Калмыкия; 2 группа: Амурская, Липецкая, Московская, Новосибирская, Тульская, Челябинская области, Республика Коми; 3 группа: Хабаровский край, Архангельская, Астраханская, Белгородская, Воронежская, Иркутская, Калининградская, Тверская, Калужская, Камчатская, Кемеровская, Костромская, Магаданская, Новгородская, Оренбургская, Пензенская, Псковская, Смоленская, Еврейская автономная области, республики Адыгея, Дагестан, Марий-Эл, Мордовия, Чувашия; 4 группа: Краснодарский, Красноярский, Приморский края, Владимирская, Волгоградская, Нижегородская, Томская, Ярославская области, Санкт-Петербург и Москва, республики Башкортостан, Бурятия, Карелия, Северная Осетия, Татарстан, Саха (Якутия); 5 группа: Алтайский и Ставропольский края, Вологодская, Самарская, Мурманская, Саратовская, Свердловская, Ульяновская области, республики Тыва и Удмуртия; 6 группа: Сахалинская, Орловская, Ростовская, Рязанская, Тамбовская, Читинская области, Республика Хакасия.

Источник: Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова, Е.В. Дубровина // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – С. 431.

**Таблица 11. Недоучет смертности населения от самоубийств за счет латентных аналогичных событий среди поврежденных с неопределенными намерениями в 2005 г., в %**

Территория	20 – 39 лет		40 – 59 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Вологодская область	26,2	26,5	19,7	36,4
Вологодская область (место среди субъектов РФ)	15	21	17	17
Российская Федерация	13,8	21,9	13,0	19,9

Источник: Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова, Е.В. Дубровина // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – С. 436.

Таблица 12. Структура смертности населения Вологодской области от самоубийств (умерших на 100 тыс. населения)

Возрастная группа	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Среднее за 1999 – 2007 гг.
<i>Пол</i>											
Мужской	89,5	109,4	98,6	96,1	94,5	98,1	87,2	70,9	76,5	76,6	<b>89,8</b>
Женский	18,1	18,4	18,8	14,5	13,1	9,7	12	11,8	11	11,0	<b>13,8</b>
<i>Возраст</i>											
10 – 19 лет (с 1998 по 2000 г. – 0 – 19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	<b>10,7</b>
20 – 39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	<b>54,9</b>
40 – 59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	<b>71,6</b>
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	<b>60,8</b>
<i>Тип поселения</i>											
Городская местность	43,3	51,6	46,9	47,8	40	41,3	34,3	28,9	29,2	25	<b>38,8</b>
Сельская местность	70,1	82,6	77	63,9	76,2	76,6	74,8	60,6	66,7	57,2	<b>70,6</b>
<i>Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007 / Вологдастат. – Вологда, 2008.</i>											

Возрастная структура смертности от суицидов на территории области представлена в *таблице 12*. Стабильное снижение смертности от суицидов наблюдается только в возрастной группе от 40 до 59 лет. Тем не менее в данной категории ежегодно наблюдается наибольший уровень самоубийств. Особые опасения вызывает тот факт, что в 2008 г. единственной возрастной группой с негативными изменениями в динамике суицидальной активности стали представители младшей возрастной группы (от 10 до 19 лет).

Удельный вес суицидов в структуре всех причин смертности населения Вологодской области немного выше среднероссийских показателей и ежегодно составляет около 2,6%. В 2007 г. он незначительно увеличился (с 2,1 до 2,4%) по сравнению с 2006 г.), при этом смертность от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» снизилась с 14,4 до 13,7%. Это произошло за счет мужской части населения, среди которой на протяжении всего периода 2001 – 2007 гг. отмечается более высокий уровень смертности от внешних причин по сравнению с женщинами (примерно в 4,5 раза; *прил. 2*).

Неодинаковая суицидальная активность наблюдается среди мужчин и женщин различных возрастных групп (*табл. 13*).

Таблица 13. **Удельный вес самоубийств в половозрастных группах населения Вологодской области** (в % от всех причин смертности)

Годы	Мужчины						Женщины					
	10 – 19	20 – 39	40 – 59	60 и более	0 – 17	Трудоспособный возраст	10 – 19	20 – 39	40 – 59	60 и более	0 – 17	Трудоспособный возраст
2001	18,2	14,9	6,9	1,9	н/д	9,0	12,5	6,4	2,5	0,5	н/д	4,2
2002	23,1	15,2	5,7	1,8	5,7	8,1	5,4	7,5	2,3	0,4	1,5	4,0
2003	16,0	13,0	5,0	1,6	6,0	6,9	5,1	7,4	15,5	0,4	1,4	3,1
2004	14,6	11,7	4,2	1,6	6,2	5,9	5,0	6,1	1,4	0,4	0,9	2,7
2005	18,9	8,5	3,8	1,3	4,2	5,0	12,0	5,5	1,7	0,3	3,5	3,1
2006	9,3	12,1	3,3	1,7	5,1	6,1	6,7	4,6	1,9	0,4	2,6	2,8
2007	18,5	11,6	4,1	1,4	5,0	6,0	2,7	5,5	1,8	0,3	1,0	3,2
<b>Среднее за 2001 – 2007 гг.</b>	<b>16,9</b>	<b>12,4</b>	<b>4,7</b>	<b>1,6</b>	<b>5,4</b>	<b>6,7</b>	<b>7,1</b>	<b>6,1</b>	<b>3,9</b>	<b>0,4</b>	<b>1,8</b>	<b>3,3</b>
* Рассчитано по данным Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области («Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007»).												

До 2007 г. стабильные позитивные тенденции наблюдались только в возрастных группах 40 – 59 лет среди мужчин и 20 – 39 лет – среди женщин, однако в 2007 г. уровень смертности от самоубийств в данных категориях незначительно увеличился.

По сравнению с другими причинами смертности представительство суицидов особенно высоко среди молодежи (10 – 19 и 20 – 39 лет), причем это характерно как для мужчин, так и для женщин. Удельный вес смертности от суицидов среди мужчин данных возрастных групп составляет соответственно 16,9 и 12,4%, среди женщин – 7,1 и 6,1%. В группе несовершеннолетних распространенность самоубийств существенно меньше (удельный вес – в среднем 5,4% среди мужчин и 1,8% – среди женщин), однако это связано с тем, что до 10-летнего возраста суициды вообще не совершаются.

Внешними причинами обусловлено около 15% всех смертей на территории Вологодской области. Причем среди мужской

части населения смертность от несчастных случаев, травм и отравлений стоит на втором месте, уступая только смертности от болезней системы кровообращения. Анализируя структуру данного класса, необходимо отметить, что суициды в нем являются одной из наиболее актуальных причин. Их удельный вес составляет в среднем за год 19% среди мужчин и 12% среди женщин (см. прил. 2). В целом по области этот показатель составляет 17,5%, в то время как среднероссийский показатель равен 16,1%. Для сравнения: уровень смертности в результате ДТП на территории Вологодской области составляет 13%, от убийств – 9%.

Необходимо также отметить, что смертность в результате алкогольных отравлений и повреждений с неопределенными намерениями, к которым проблема суицидального поведения имеет непосредственное отношение, ежегодно составляет 16 и 18% соответственно, причем среди мужчин данные причины смертности распространены примерно в 1,2 раза больше, чем среди женщин (см. прил. 2).

Суицидами обусловлено около 18% всех случаев смертности от внешних причин в трудоспособном возрасте. На территории Вологодской области самоубийства встречаются чаще всего в младшей возрастной группе среди мужчин (10 – 19 лет; 27,2%) и в старшей возрастной группе среди женщин (более 60 лет; 16,9%). Причем, по последним данным, уровень смертности от суицидов среди мужчин 10 – 19 лет существенно увеличился (с 12 до 23%; табл. 14).

Таким образом, проведенный анализ позволил нам выявить место и роль завершенных самоубийств в структуре причин смертности населения Российской Федерации и Вологодской области, а также выделить глобальные причины, обусловившие резкий скачок суицидов в начале 1990-х гг. Полученные данные позволяют сделать вывод о существенном влиянии самоубийств на общую картину смертности населения. Учитывая тот факт, что официальная статистика не дает полной информации о распространении суицидов,

Таблица 14. Удельный вес суицидов в категории причин смертности «Несчастные случаи, травмы и отравления» в Вологодской области \*, %

Год	Мужчины						Женщины					
	10 –19	20 –39	40 –59	60 и более	0 –17	Трудоспособный возраст	10 –19	20 –39	40 –59	60 и более	0 –17	Трудоспособный возраст
2001	25,0	22,3	20,2	28,4	н/д	20,9	16,0	13,1	34,1	18,6	н/д	12,8
2002	37,5	23,6	17,9	26,2	15,5	20,3	5,0	16,5	9,4	15,8	7,7	12,3
2003	18,2	21,7	16,1	26,5	15,4	18,2	7,5	16,1	7,5	14,1	5,3	10,3
2004	37,5	19,6	14,6	23,9	15,6	16,3	6,7	12,9	6,5	19,0	0,4	9,4
2005	37,5	15,1	13,9	20,9	11,3	14,6	20,0	15,0	9,0	14,3	11,1	11,5
2006	11,8	19,9	16,5	29,0	11,1	17,7	32,5	9,8	11,1	20,0	10,5	9,8
2007	23,0	19,5	16,3	26,1	11,9	17,9	4,2	13,5	12,9	16,6	3,0	12,9
<b>Среднее за 2001 – 2007 гг.</b>	<b>27,2</b>	<b>20,2</b>	<b>16,5</b>	<b>25,9</b>	<b>13,5</b>	<b>18,0</b>	<b>13,1</b>	<b>13,8</b>	<b>12,9</b>	<b>16,9</b>	<b>6,3</b>	<b>11,3</b>

\* Рассчитано по данным Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области («Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007»).

мы можем отметить, что самоубийства являются основной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления», который, в свою очередь, находится в первой пятерке причин смертности населения региона.

Заключая вышеизложенное, подчеркнем, что повышенный уровень самоубийств в России по сравнению с другими странами мира имеет историческую обусловленность. Данные статистики свидетельствуют о том, что в Вологодской области социально-экономические и политические катаклизмы отразились в еще большей степени, создав при этом такую ситуацию, что самоубийства стали одной из наиболее распространенных причин смертности среди населения трудоспособного возраста.

Радикальные изменения на государственном уровне отражаются на динамике самоубийств, поэтому следует с большой долей вероятности ожидать обострения проблемы суицидального поведения как одного из последствий мирового финансового кризиса 2008 г. В настоящее время

ученые не решаются прогнозировать масштабы увеличения уровня самоубийств, однако предпосылки его уже имеются. Так, по данным директора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Татьяны Дмитриевой, в 2008 г. на 20% увеличилась тенденция обращения пациентов к психологам, на 10% – к психиатрам, количество звонков по «горячей линии» научного центра им. В.П. Сербского возросло в 4 раза [83]. По данным социологических опросов, проведенных ИСЭРТ РАН в декабре 2008 г., 36% жителей Вологодской области уже ощутили на себе последствия мирового финансового кризиса: 21% опрошенных столкнулись с задержками выплаты зарплат и пенсий, 36% – с уменьшением их размеров, 20% – с увольнениями, 13% – с приостановкой деятельности предприятий.

Все эти данные свидетельствуют о необходимости детального анализа проблемы суицидального поведения, и в частности выявления факторов и групп суицидального риска. Их конкретизация обеспечит возможность адресного и более эффективного влияния на динамику смертности от самоубийств.

## *2.2. Комплексный анализ факторов суицидального риска на территории Вологодской области*

Если рассматривать суицидальную активность населения как индикатор, отражающий уровень общественного психического здоровья, то логично предположить, что факторы суицидального риска могут быть аналогичными тем детерминантам, которые влияют на состояние здоровья в целом, и, следовательно, их классификация может быть построена сходным образом.

Здоровье каждого человека определяется особенностями его организма, образа жизни (факторы человека) и воздействием, которое он испытывает извне (факторы среды) [55]. В первую группу входит фактор генетической предрасположенности и образа жизни (вредные привычки, склонность

к рисковому формам поведения). Во вторую группу факторов входят условия проживания, уровень дохода, социально-экономическая ситуация в обществе, особенности системы социальной поддержки.

По данным Н.С. Григорьевой, Т.В. Чубаровой, специфика заболеваний мужчин и женщин определяется следующими группами факторов [55]:

1. Биологические и физиологические (специфические заболевания мужчин и женщин).

2. Социокультурные (гендерные различия в заболеваемости и оценке собственного недомогания, обусловленные социальными и культурными традициями).

3. Экономические (уровень дохода).

4. Факторы окружающей среды (различия в образе жизни).

5. Системные факторы (например, уровень развития здравоохранения на городских и сельских территориях, интенсивность обращения мужчин и женщин за медицинской помощью или по поводу профилактики заболеваний).

Таким образом, на динамику демографических показателей влияют внутренние и внешние условия. То же самое относится и к детерминантам склонности индивида к проявлениям аутоагрессии.

Факторы суицидального риска – это внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие формированию суицидальной активности или непосредственно вызывающие ее [33].

В системном характере происхождения суицидальных тенденций можно выделить три взаимосвязанных элемента (уровня):

а) индивидуально-психологический (специфика мировоззрения, степень толерантности личности к нервно-психическим нагрузкам, тип темперамента и другие особенности личности);

б) ситуационный;

в) статусный.

Попытка суицида происходит тогда, когда на каком-либо из этих уровней проявляется несостоятельность индивида, его неспособность контролировать ситуацию. Ни один из перечисленных ниже факторов сам по себе не является стопроцентным условием совершения суицидальной попытки: различные гипотезы и научные споры вокруг данных проблем ведутся до сих пор. *Наша задача – определить круг параметров, которые необходимо учитывать для диагностики степени вероятности появления суицидальных тенденций.* При этом мы сознательно упускаем из виду случаи, когда суицидальная активность связана с грубой психической патологией.

Как отмечают специалисты ВОЗ, «знание того, какие индивиды имеют предрасположенность к суициду, а также сталкиваются с факторами риска, поможет выделить тех, кто больше всего нуждается в превентивных мерах» [89]. Организация системы мониторинга с использованием перечисленных в данной работе индикаторов позволит выявить группы людей, находящихся в зоне повышенной опасности. Надо также отметить, что анализ различных факторов риска суицидального поведения имеет немаловажное значение в плане диагностики защитных механизмов личности, которые снижают риск возникновения суицидальных тенденций, используются специалистами при выведении суицидента из состояния острого психологического кризиса и выступают в качестве основного механизма их возвращения к нормальной жизни. Антисуицидальные факторы являются обратной стороной предпосылок, обуславливающих дезадаптивное поведение индивида, поэтому их идентификация и понимание рассматривается специалистами ВОЗ как «основа для предупреждения суицидов» [89].

Среди факторов суицидального риска можно выделить психологические (индивидуальные особенности психики, тип темперамента, толерантность к психическим нагрузкам), социальные (специфика социальной среды, уровень безработицы, алкоголизма), экономические (уровень дохода, степень профессиональной мобильности, уровень инфляции),

природно-климатические (фазы солнечной активности, магнитных бурь, суровость климата) и т. д. Однако, на наш взгляд, целесообразнее рассматривать детерминанты суицидального поведения с точки зрения сферы их влияния на все общество в целом, определенные социальные слои и индивидов. В связи с этим классификация факторов суицидального риска, основанная на анализе теоретического опыта и принципе комплексного подхода, может быть следующей (рис. 18).

На протяжении всей своей сознательной жизни человек подвергается воздействию факторов, которые при неблагоприятном стечении обстоятельств могут вызвать в нем суицидальные наклонности. В различные возрастные периоды структура этих факторов меняется: снижается интенсивность одних причин, повышается актуальность других.

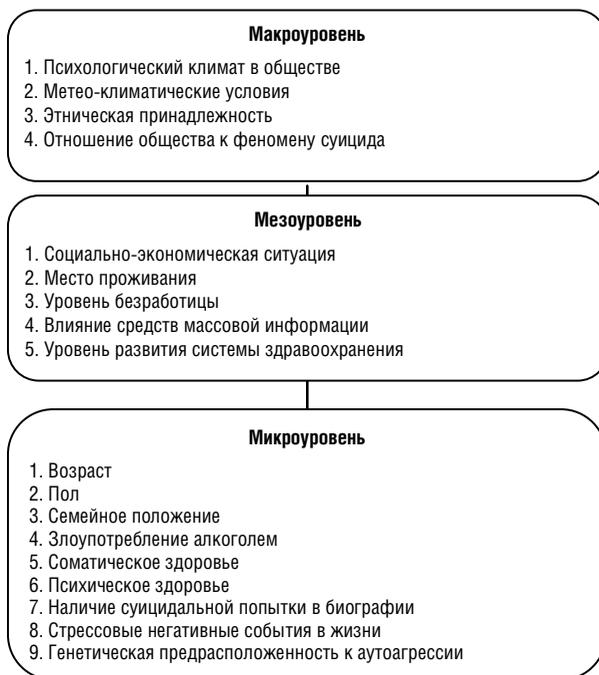


Рис. 18. Структура факторов суицидального риска

Это естественный процесс, заставляющий человека развиваться и самосовершенствоваться. Нас же интересует ситуация, когда индивид по каким-либо причинам не может преодолеть негативного влияния тех или иных факторов.

С точки зрения управляемости практическую ценность представляют собой прежде всего факторы социальной среды на мезо- и микроуровне, поэтому именно им будет уделено преимущественное внимание в данной работе, хотя в реальной жизни социальные и психологические факторы риска сопутствуют друг другу и анализировать их отдельно можно только теоретически, в научных целях. Действие любого фактора не предопределяет суицид фатально, однако при определенных условиях повышает степень вероятности суицидальной попытки.

*1. Факторы суицидального риска на макроуровне.* К факторам суицидального риска на макроуровне мы относим психологический климат в обществе, природно-климатические условия, этническую принадлежность и традиционно сложившееся отношение общества к феномену суицида. Объединяющим все эти категории критерием является низкая степень возможности контроля и управления. Факторы макроуровня следует рассматривать как объективно существующие условия, формирующиеся в ходе исторического процесса развития общества. В предыдущей главе достаточно подробно были рассмотрены такие факторы, как психологический климат в обществе и отношение социума к феномену самоубийства, поэтому далее речь пойдет о влиянии на проблему суицидального поведения этнического и климатического факторов.

В современной суицидологии считается, что среди народов Севера процент самоубийств значительно выше, чем среди южных народов. Причем такое положение вещей является исторически сложившейся нормой, а не результатом каких-либо социально-экономических катаклизмов. Я. Гишинский и Г. Румянцева объясняют это влиянием *историко-культурологического фактора*, то есть «насколько данная культура

предлагает, подсказывает суицидальную модель возможного «разрешения» кризисной ситуации» [31]. По мнению ученых, этим может объясняться традиционно высокий уровень суицидов среди народов финно-угорской группы или, к примеру, более низкий уровень самоубийств среди черного населения США, в то время как их социально-экономическое положение заметно уступает положению белого населения.

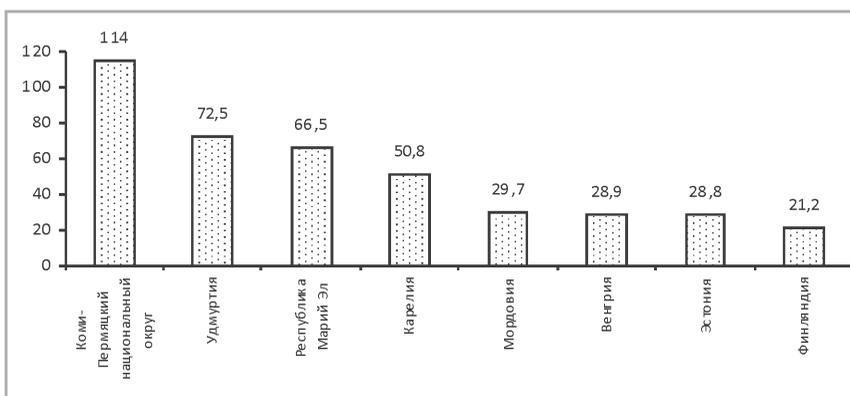
К финно-угорской группе относится 21 народность РФ. По данным Всероссийской переписи населения, наиболее представительными являются мордва (845 тыс. чел.), удмурты (637 тыс.), марийцы (605 тыс.). Всего в России проживает 2 760 700 представителей финно-угорских народов, что составляет 1,9% населения страны.

Причина более высокого уровня суицидальной активности среди народов Севера кроется в их особом *менталитете*, сложившемся под влиянием многих факторов, в том числе тяжелых условий климата и культурно-исторических традиций. Как следствие, северяне более замкнуты, сосредоточены на своем внутреннем мире, склонны к философским размышлениям и т. д. Не менее важен и тот факт, что на южные и восточные народы, в силу сложившихся исторических традиций, гораздо большее влияние оказывает религия.

ВОЗ отмечает, что «разные этнические группы – даже если они живут в одном и том же месте – могут иметь очень несходные уровни суицидов. В Сингапуре, например, среди этнических китайцев и индусов уровень самоубийств гораздо выше, чем среди этнических малайцев» [84]. Этнокультуральное изучение частоты самоубийств в Республике Коми показало, что частота самоубийств среди лиц финно-угорских национальностей составляет 94,9 случая на 100 000 нас., что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель среди славян (41,5 на 100 000) и в 1,7 раза – средний показатель по республике. При этом распространенность суицидов среди финно-угров возросла за последние годы в 1,6 раза, а среди славян оставалась стабильной [107].

Суицидальная активность финно-угорских народов, проживающих на территории России, выше, чем в других странах, что объясняется более неблагоприятным социально-экономическим положением и правовым статусом представителей данной этнической группы в нашей стране. По данным за 2002 г., это соотношение выглядело следующим образом (рис. 19) [164].

По мнению заместителя генерального директора Фонда развития культур финно-угорских народов Василия Яналова, «...финно-угорский мир имеет существенную особенность: в этом этническом сообществе, в отличие, скажем, от тюркского, нет цементирующего религиозного начала... Потомки лесных охотников, пчеловодов, рыболовов и сейчас характеризуются несильным типом личности, они легкоранимы, замкнуты, скромны. Как следствие – обостренные проблемы во взаимоотношениях с обществом у большинства этих народов. Они выражаются, в частности, в уровне суицида: 60 – 70 случаев на 100 000 населения у венгров, удмуртов, мари. Анализируя этот трагический факт, медики отмечают генную усталость, старение как следствие длительного замкнутого образа жизни» [164].



**Рис. 19. Уровень завершённых самоубийств среди народов финно-угорской группы (2002 г.; на 100 тыс. населения)**

Источник: Яналов В. Финно-угорский мир и XXI век [Электронный ресурс] // Финно-угорский вестник. – 2006. – №3. – Режим доступа: <http://www.finugor.ru/?q=comment/reply/1801>

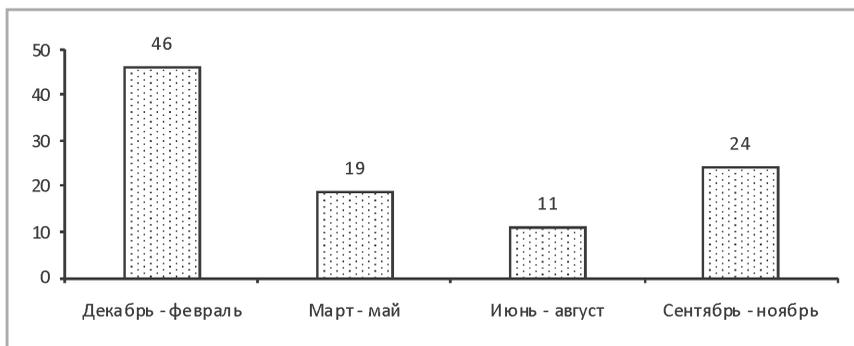
Немаловажным является и тот факт, что до 70% численности финно-угров России являются сельскими жителями, при этом на фоне других народов представители финно-угорской группы отличаются более низким уровнем образования. На 10 000 населения коми всего 133 человека являются студентами вузов, мордвы – 118 человек, мари – 116, удмуртов – 115, хантов и манси – 113, карелов – 106, коми-пермяков – 83. Для сравнения: этот же показатель среди бурят составляет 354 человека, абхазов – 327, калмыков – 304, евреев – 257, русских – 190. По удельному весу кандидатов и докторов наук на 100 000 населения финно-угорские народы замыкают список российских этносов [164].

Объясняя этническую составляющую суицидального поведения финно-угорских народов, Б.С. Положий выделяет следующие ее аспекты [107]:

- ♦ Фактор религиозной морали.
- ♦ Особенности национальных традиций (вера в загробную жизнь и т. д.).
- ♦ Антиципационная несостоятельность. Как отмечает ученый, «финно-угорская культура накладывает табу на разновариантное прогнозирование жизни, диктуя необходимость предвосхищения лишь позитивных событий. В итоге несовпадение личностного прогноза развития ситуации с ее реальным неблагоприятным течением может принять психотравмирующий и суицидогенный характер».
- ♦ Утрата финно-угорскими народами традиционных национальных корней в процессе ассимиляции в России.

Влияние метеоклиматических условий на распространение самоубийств в настоящее время пока мало изучено и получаемые исследователями данные достаточно противоречивы. В классических исследованиях П. Сорокина, Э. Дюркгейма показано возрастание уровня суицидов в летний период, которое ученые объясняют активизацией социальной жизни.

Тем не менее некоторые современные исследования темпоральных характеристик суицидального поведения противоречат этим данным. Так, по результатам исследования



**Рис. 20. Сезонное распределение суицидальных попыток, в %**

*Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).*

Ю.С. Обидиной, самоубийства чаще совершаются в конце зимы – начале весны [85]. По данным исследования, проведенного Г.И. Девятковой в Пермской области, наибольшее число суицидов (56,3%) наблюдается в период с декабря по май [85].

Наше исследование суицидальных попыток показало, что уровень парасуицидов более высок в осенне-зимний период<sup>2</sup>. На наш взгляд, это может быть связано с уменьшением продолжительности светового дня и отражением этого обстоятельства на психологическом самочувствии человека в виде подавленности настроения и ослабления толерантности организма к нервно-психическим нагрузкам (рис. 20).

Таким образом, факторы суицидального риска на макроуровне представляют собой наиболее общие условия существования социума, поэтому их влияние на уровень самоубийств следует рассматривать только при подходе к суициду как общественному феномену, имеющему свою историческую обусловленность в каждой стране.

<sup>2</sup> Исследование проведено в 2007 г. на базе Вологодской областной психиатрической больницы. Выборочная совокупность (98 человек) состояла из пациентов клиники, госпитализированных по поводу суицидальной попытки в период с 2006 по 1 квартал 2007 г. Форма исследования – анализ историй болезни пациентов.

II. *Факторы суицидального риска на мезоуровне.* К данной группе факторов мы относим те условия социальной среды, с которыми непосредственно сталкивается человек. Если факторы макроуровня своим объектом имеют общество в целом, то факторы суицидального риска на мезоуровне распространяются на определенные социальные группы. К таким детерминантам мы отнесли особенности социально-экономической ситуации, место проживания, состояние проблемы безработицы, влияние средств массовой информации и уровень развития системы здравоохранения.

Субъективная оценка населением Вологодской области уровня своего материального положения свидетельствует о тесной связи количества самоубийств и доли людей, относящих себя к «бедным» и «нищим» слоям населения (рис. 21). Особенно наглядно эта связь проявлялась в период с 1996 по 2001 г. Коэффициент корреляции между уровнем смертности от самоубийств в Вологодской области за период 1994 – 2007 гг. и долей относящих себя к бедным и нищим слоям населения составил 0,84.



**Рис. 21. Соотношение уровня суицидальной активности жителей Вологодского региона и их субъективной оценки своего материального положения**

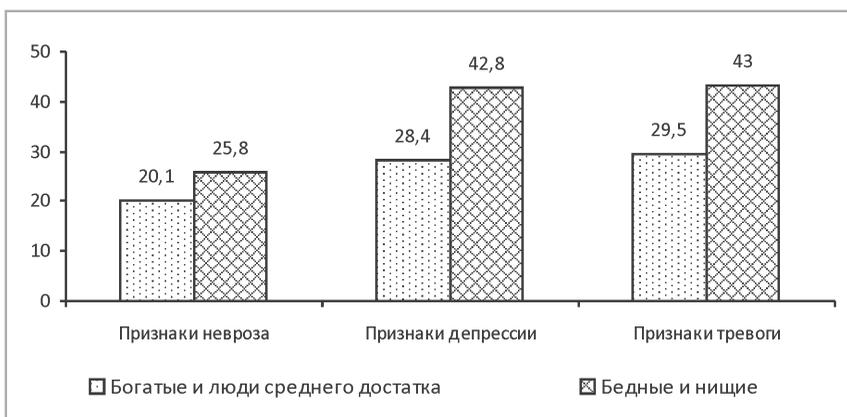
*Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН по оценке социально-экономической ситуации в стране и области.*

Мы не располагаем данными об уровне доходов исследуемых парасуицидентов, однако можем сделать косвенный вывод о том, что низкий уровень материального благополучия повышает риск возникновения суицидальных тенденций. Об этом свидетельствуют следующие факты:

1. По данным опроса, симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются среди малоимущих слоев населения (рис. 22).

2. Анализ биографий парасуицидентов – пациентов ВОПБ – показал, что среди них широко распространены малопrestижные профессии (дворник, рабочий, санитарка, сторож и т. д.), которые не являются высокодоходными. Кроме того, на момент попытки суицида многие из них не работали или часто меняли место работы, т. е. не имели постоянного источника дохода.

3. Интенсивность случаев смертности от самоубийств более высока на сельских территориях, где изначально уровень жизни населения ниже, о чем свидетельствуют данные Территориального органа ФСГС по Вологодской области.



**Рис. 22. Распространение симптомов психических нарушений в зависимости от социальной самоидентификации населения (среднее за 2002 – 2008 гг.; в %)**

Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН по оценке социально-экономической ситуации в стране и области.

Существование связи между уровнем самоубийств и экономической ситуацией в стране отмечается и другими учеными. В 2001 г. сотрудниками центра исследований суицидального поведения при кафедре психиатрии Оксфордского университета было проведено исследование на предмет обнаружения корреляционной зависимости между умышленными самоповреждениями, самоубийствами и уровнем социально-экономического развития отдельных округов Оксфорда [171]. Ученые пришли к выводу, что низкий уровень экономического развития оказывает негативное влияние на развитие суицидальных тенденций, причем этот фактор одинаково значим для обоих полов и в первую очередь влияет на младшие возрастные группы.

К тому же выводу пришли исследователи парасуицидов в Ивановской области: «Депрессивная экономика, низкий уровень жизни и высокая дифференциация доходов населения сильнее всего сказываются на представителях молодежной когорты, порождая у них глубокий разрыв между нормативными притязаниями... и средствами их реализации, усиливая аномические тенденции и способствуя тем самым росту суицидальной активности в этой группе» [85].

По данным О.В. Исаак, самоубийства в Республике Молдова в основном характерны для людей, имеющих финансовые проблемы [67]. Сегодня этот факт не вызывает удивления, т. к. в такой среде менее развит культурный потенциал, высока степень криминогенности обстановки, тяжелые условия быта, слабо развита инфраструктура досуговых учреждений, актуальна проблема алкоголизма и других форм асоциального поведения. По данным И.Б. Назаровой, «мужчины сложнее переносят экономические проблемы, поскольку не используют эффект культурных и социальных факторов таким образом, как женщины» [86].

Остается только добавить, что актуальность проблем экономического характера на территории региона по-прежнему остается высокой. Так, по данным Вологдастата, уровень дифференциации доходов 10% наиболее и 10% наименее

обеспеченных слоев населения России и Вологодской области превышает предельно-критический уровень (10:1) [99], что свидетельствует о концентрации материальных благ среди немногочисленных представителей наиболее обеспеченного слоя общества, в то время как основная масса населения располагает ресурсами только для поддержания более или менее приемлемого уровня жизни.

Важнейшей стороной жизни, определяющей мировоззрение человека, является степень его занятости, характер и удовлетворенность своей профессиональной деятельностью. Уровень суицидов существенно выше среди безработных, чем среди работающего населения. Работа дает человеку возможность быть материально независимым, обеспечивает (целенаправленно или стихийно) определенный уровень социального контроля, способствует расширению круга знакомств и интересов. Бедность и низкое социальное положение – оба эти следствия безработицы, по-видимому, часто повышают уровень суицидального поведения, особенно в том случае, если работа потеряна внезапно [67].

В нашем исследовании 49% парасуицидентов не имели постоянного места работы (рис. 23). В то же время в целом

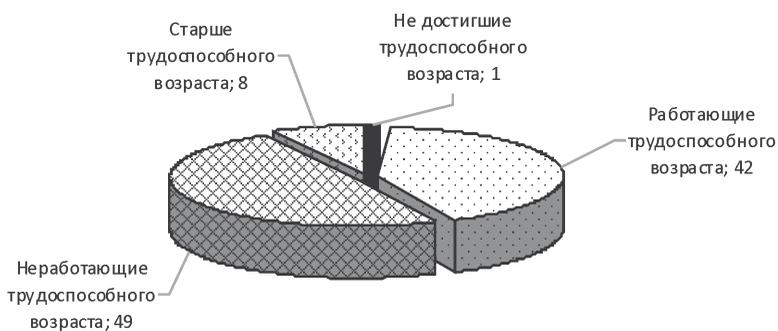


Рис. 23. Профессиональная занятость парасуицидентов, в %

Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).

по региону численность безработных и экономически неактивного населения в трудоспособном возрасте составила 5,5 и 24% соответственно, т. е. среди парасуицидентов представительство неработающих трудоспособного возраста примерно в 1,7 раза больше.

Сходные данные были получены при проведении аналогичных исследований. Так, в исследовании Д.И. Шустова в группе суицидентов насчитывалось 40% безработных трудоспособного возраста, а в группе парасуицидентов 43% потеряли работу в течение года перед попыткой самоубийства [159]. В исследовании материального положения семей безработных, проведенном под руководством старшего научного сотрудника ИСЭПН РАН, доктора экономических наук М.Е. Баскаковой, был сделан такой вывод: «Как и следовало ожидать, уровень материального благосостояния в семьях безработных ниже, чем в семьях, опрошенных по России в целом... В нынешней экономической ситуации потеря работы, а следовательно, заработка зачастую отбрасывает семью безработного за грань нищеты» [57].

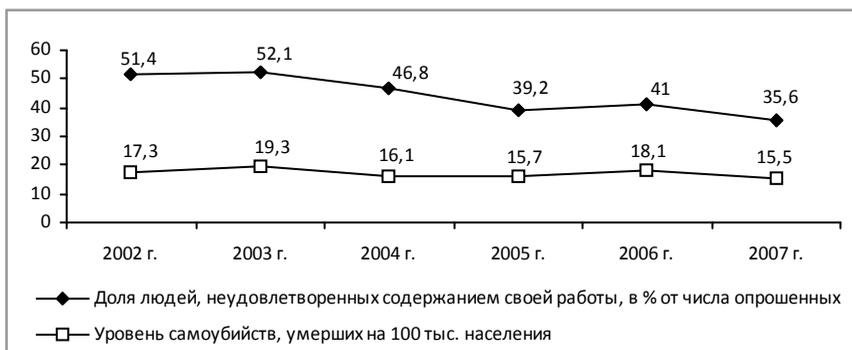
По данным И.Б. Назаровой: «У мужчин состояние безработицы и бедности (домохозяйство, находящееся ниже уровня бедности 5 лет и более) ухудшает ситуацию в психологическом здоровье. То же можно сказать о бедных женщинах, которые «не очень и совсем не удовлетворены жизнью»: они «находят утешение» в социальной и культурной сфере, возможно, гибко меняя поведение... Даже недолгосрочный эффект безработицы (в течение года) ощутимо усиливает состояние психологического дискомфорта» [86].

В качестве фактора возникновения (или, наоборот, предотвращения) суицидальных тенденций, на наш взгляд, важным является не только сам факт профессиональной занятости, но и степень удовлетворенности индивида характером своей работы. Ежедневное и длительное времяпрепровождение за нелюбимым и к тому же сопряженным с нервными нагрузками делом негативно влияет на все стороны жизни человека, повышая тем самым степень суицидального риска.

По данным мониторинга общественного мнения, проведенного коллективом ИСЭРТ РАН, динамика распространения суицидов на территории Вологодской области на протяжении периода с 2002 по 2007 г. совпадала с изменениями численности людей, неудовлетворенных содержанием своей работы в целом (рис. 24).

Определенная закономерность динамики самоубийств прослеживается среди работающего населения. По данным европейских исследований, уровень самоубийств среди мужчин особенно высок на низшей ступени классовой лестницы (неквалифицированный труд). У женщин же распространенность суицидов имеет U-образную форму (частота самоубийств снижается в группе специалистов среднего звена). Неудачи на работе, по статистике, сильнее переживаются мужчинами. Для женщин в качестве мотива суицидального поведения чаще выступают семейные взаимоотношения [70].

Результаты исследования уровня суицидального поведения в Вологодской области за период 1998 – 2007 гг. наглядно демонстрируют тот факт, что среди жителей сельской местности самоубийства совершаются значительно чаще, чем среди горожан (рис. 25).



**Рис. 24. Динамика уровня смертности от самоубийств и доли людей, неудовлетворенных содержанием своей работы**

Источники: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 54.

Аналогичная тенденция была отмечена О.В. Исаак при анализе результатов исследования суицидального поведения жителей Республики Молдова, а также специалистами ВОЗ при анализе статистических данных в различных странах мира. Как отмечают украинские исследователи проблемы суицидального поведения, «сельские жители Украины в 1,52 раза чаще кончают жизнь самоубийством, чем городские. Во многом это связано с увеличением когорт населения старшего возраста, резким повышением уровня алкоголизации сельского населения и отсутствием тех видов помощи, которые доступны горожанам» [67].

Основными причинами такого распределения суицидов в территориальном разрезе, на наш взгляд, являются: тяжелые материальные и бытовые условия проживания в сельской местности, отсутствие специалистов и служб психологической помощи населению, неразвитость инфраструктуры культурно-досуговых учреждений, высокая степень актуальности различных социальных проблем (алкоголизм, нищета, криминальное поведение и т. д.).

Городские жители оптимистичнее смотрят на жизнь, что положительно влияет на эмоциональное здоровье, они больше

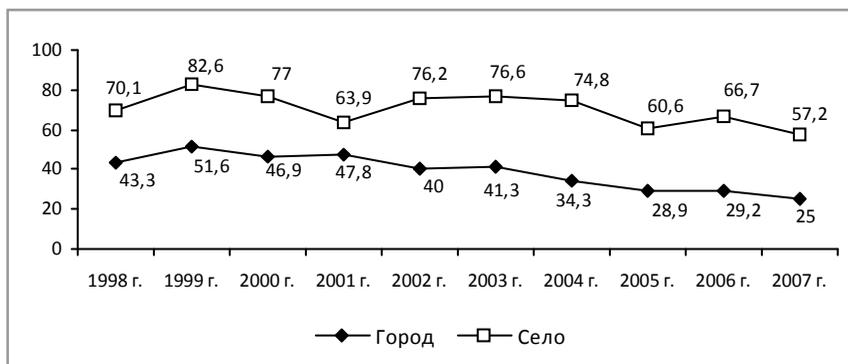


Рис. 25. **Смертность среди сельского и городского населения Вологодской области от самоубийств** (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области. 1998 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 35.

удовлетворены жизнью, но у них выше запросы в отношении здоровья, а стало быть, в отношении здравоохранения и условий, связанных со здоровьем. Существует предположение, что городские жители лучше адаптировались к происходившим в результате индустриализации изменениям в условиях жизни [87].

На уровень психологического микроклимата как общества в целом, так и каждого человека в отдельности огромное влияние оказывают средства массовой информации. Основанные на механизме подражания кластерные суициды особенно часто встречаются среди молодежи, причем данные Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН свидетельствуют о том, что по самоубийствам в этой категории Россия сегодня занимает первое место в мире. Ежегодно самоубийством заканчивают жизнь 2,5 тыс. несовершеннолетних россиян (второе место у США – 1,8 тыс.) [136].

Неправильное освещение СМИ проблемы суицидального поведения может существенно увеличить количество самоубийств. Впечатлительность подростков, как естественная особенность их возраста, обуславливает вероятность возникновения у них мысли о том, что суицид – одна из возможных альтернатив решения проблемы, особенно если самоубийство сверстника преподносится как нечто романтическое или сенсационное. Осознавая этот факт, ВОЗ разработала специальный перечень рекомендаций СМИ по освещению проблемы суицидального поведения. Аналогичные программы действуют в США («Centers for Disease Control and Prevention») и Великобритании («Befrienders International»).

Описывая современную ситуацию в этом вопросе, М. Кабанов, профессор Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, подчеркнул: «В психиатрии существует понятие “саморазрушающее поведение”. Это самоубийства, количество которых в нашей стране растет, наркомания, алкоголизм, азартные игры, включая их новейшую модификацию – компьютерные.

Ныне этот арсенал пополнили акты жесточайшей телеагрессии, обращенной на окружающих» [58]. Как отмечала ректор Санкт-Петербургского университета профессор Л. Вербицкая, за один из последних дней 2003 г. по 15 телеканалам, принимаемым в крупных городах России, было показано 160 драк, 202 убийства, 6 ограблений, 10 половых актов, 66 сцен распития спиртных напитков, 39 случаев использования нецензурных выражений и 302 негативные новости [58].

По данным Фонда «Здоровая Россия», СПИД, секс, наркотики, алкоголь, курение и рискованное поведение составляют 81% содержания Интернета, 89% – телевидения, 99% – радиовещания, 75% – прессы. На долю же здоровья в упомянутых СМИ приходится в среднем 13% информации [58].

По мнению руководителя научно-практического центра Института социально-экономических проблем народонаселения Н. Е. Марковой, современное искусство, целевой аудиторией которого являются подростки, оказывает следующие негативные влияния [82]:

1. Разрушение института социализации детей и подростков, уничтожение культурной преемственности и рост преступности.

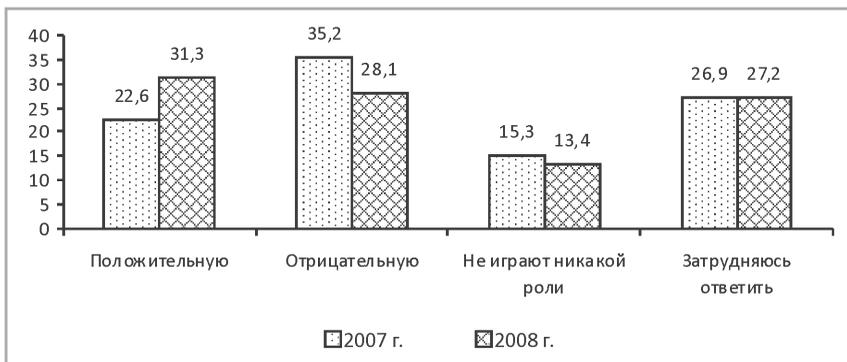
2. Блокирование естественного полового рефлекса, распространение гомосексуализма, проституции и наркомании.

3. Психические травмы, как следствие сексуальной неудовлетворенности и психологического дискомфорта, в дальнейшем – частая смена партнеров, потребление наркотиков, рост самоубийств.

4. Частичное разрушение института семьи и дальнейшее снижение рождаемости.

5. Эпидемия СПИДа, наркомании, дальнейшее уменьшение населения России.

В этих условиях не удивительно, что, по данным за 2008 г., менее трети жителей Вологодской области (31%) считало положительным влияние СМИ на психику человека (рис. 26).



**Рис. 26. Как Вы считаете, какую роль средства массовой информации играют в формировании психического состояния индивида?**  
(в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

По мнению В. Войцеха, «суицидолог должен быть в каждом районе с населением от 500 000 человек» [136]. В то же время в Вологодской области профессиональные суицидологи отсутствуют, а дело оказания помощи суицидентам возложено на специалистов по охране психического здоровья. Обеспеченность психиатрами на территории региона больше, чем в среднем по стране (табл. 15). Однако такая ситуация складывается за счет городов Вологды и г. Череповца.

Подводя промежуточные итоги, следует отметить, что, в отличие от детерминант макроуровня, факторы суицидального поведения на мезоуровне имеют более высокую степень управляемости и должны являться непосредственным объектом влияния со стороны управленческих структур.

**Таблица 15. Обеспеченность населения психиатрами (на 10 тыс. нас.)**

Территория	2000	2003	2004	2005	2006	2007
Вологодская область	1,5	1,7	1,7	1,8	1,5	2,1
Российская Федерация	1,14	1,14	1,14	1,15	1,14	1,14

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – С. 132.

Изменение социальной ситуации, влияние на систему здравоохранения и средства массовой информации в конечном итоге будут иметь эффект на факторы как макро-, так и микроуровней, при этом важной особенностью детерминант мезоуровня является возможность их статистической оценки и мониторинга.

*III. Факторы суицидального риска на микроуровне.* Возможное увеличение количества добровольных уходов из жизни после преодоления этапа острого кризиса на уровне государства Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий объясняют так: «Как это ни парадоксально, но не исключено, что этот рост можно связать именно с социальной стабилизацией. На первый план в формировании суицидального поведения стали выходить не макросоциальные (как в 90-х годах), а более традиционные для самоубийств микросоциальные факторы, отражающие неблагополучие в области межличностных отношений в семье, на производстве, иных группах микросоциума, как бы принявшие «эстафетную палочку» от факторов социальной макросреды» [46].

Под факторами суицидального риска на микроуровне мы подразумеваем индивидуальные (социальные и психологические) характеристики человека, которые способствуют развитию суицидогенеза. В связи с этим важной особенностью итогов анализа факторов микроуровня представляется не выделение наиболее значимых детерминант суицидогенеза, а определение групп риска, т. е. социально-психологических характеристик тех категорий населения, которые в первую очередь должны являться объектом внимания суицидологов и специалистов по охране психического здоровья.

Составление своеобразного портрета представителя группы суицидального риска следует начинать с анализа распространения самоубийств по возрастным категориям. Возрастная структура проблемы суицидального поведения на территории Вологодской области представлена в *таблице 16*. Ежегодно наиболее суицидально активную категорию

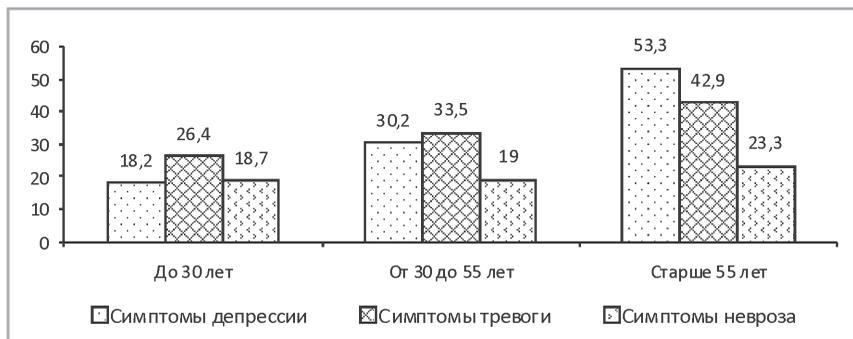
**Таблица 16. Возрастная структура смертности населения  
Вологодской области от самоубийств\*** (умерших на 100 тыс. населения)

Возрастная группа	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Среднее за 1999 – 2007 гг.
10 – 19 лет (с 1998 по 2000 г. – 0-19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	<b>10,7</b>
20 – 39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	<b>54,9</b>
40 – 59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	<b>71,6</b>
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	<b>60,8</b>

*\* Рассчитано автором по данным Территориального органа ФГС (Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008).*

составляют люди старше 40 лет. Однако особые опасения вызывает факт, что единственной возрастной группой с негативными изменениями в суицидальной активности стали в 2008 г. представители молодежи (от 10 до 19 лет).

Аналогичная картина получена при анализе возрастной структуры респондентов, у которых были отмечены симптомы тревоги, депрессии и невроза: признаки этих патологических состояний чаще отмечались в группе пожилых (от 55 лет) и людей среднего возраста (от 30 до 55 лет; *рис. 27*).



**Рис. 27. Распределение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от возраста респондентов**  
(среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)

*Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.*

Для каждой возрастной группы в большинстве случаев характерны свои причины, вызывающие у человека намерения расстаться с жизнью. Соответственно и суицидальное поведение обретает свои особенности. В качестве наиболее суицидоопасных возрастных периодов в мировой суицидологии чаще всего выделяются *группы подростков и пожилых людей*.

Результаты наших исследований показывают, что около 46% всех суицидальных попыток совершается представителями возрастной группы до 30 лет (*прил. 4*). В то же время среди людей старше 60 лет ежегодно отмечается высокий уровень завершённых самоубийств, а в 2006 г. представители данной возрастной категории вышли на первое место по уровню смертности от суицида.

По данным ВОЗ, в середине 1990-х гг. количество самоубийств в абсолютном выражении резко повышалось с возрастом. «В настоящее время уровень суицидов уже выше среди людей до 45 лет, чем среди пожилых, приблизительно на 1/3 во всех странах. Этот феномен существует на всех континентах и не зависит от уровня индустриализации и богатства страны.» [89]. В этом возрасте люди наиболее уязвимы с точки зрения возможностей сопротивления внутренним или внешним обстоятельствам, вызывающим суицидальные наклонности. Так, для подростков характерна несформированность мировоззрения («Я-концепция»), что вызывает различные вопросы философского толка. Не находя на них достойного ответа, подросток испытывает определенную степень дискомфорта, выражающуюся в конфликтах с окружающими, недовольстве своим внешним видом, трудностями в общении со сверстниками и т. д. Если при этом человек с рождения склонен к саморефлексии и внутренним переживаниям, опасность суицидальной попытки значительно повышается. Кроме того, несформированность личности предполагает высокую степень инфантильности подростка, склонность к гипертрофированию идей и т. д.

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. В силу возрастных особенностей в данной среде широко распространены кластерные самоубийства, в основе которых лежит подражание индивида какому-либо значимому для него лицу. Иногда суицидальное поведение подростков определяется стремлением к временному «выключению» из трудной ситуации, к самоустранению во избежание проблем или к привлечению внимания окружающих. Однако, даже несмотря на отсутствие собственно суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий очень высока.

Данный факт подтверждают результаты нашего исследования: из 98 попыток самоубийств 46% оказалось на счету возрастной группы до 30 лет, при этом в большинстве случаев парасуициды были спровоцированы семейным конфликтом (55%) и относились к разряду демонстративных и импульсивных. Можно предположить, что импульсивность и отсутствие жизненного опыта, свойственные молодым людям, играют в данном случае двоякую роль: с одной стороны, они повышают риск попытки суицида, с другой – делают ее не до конца продуманной, импульсивной или демонстративной.

Аналогичная картина была выявлена при изучении суицидальных попыток в г. Иваново. Возрастная структура категории парасуицидентов выглядела следующим образом: 51% (1656 чел.) – молодые люди в возрасте от 14 до 29 лет, 48,1% (1561 чел.) – представители средней и старшей возрастных групп, 0,9% (28 чел.) – дети и подростки, не достигшие 14-летнего возраста [85].

Таким образом, если завершенные суициды более распространены в средней возрастной группе, то попытки самоубийства значительно чаще встречаются в молодежной среде. Более подробно возрастная структура выборки нашего исследования представлена на следующей диаграмме (рис. 28).

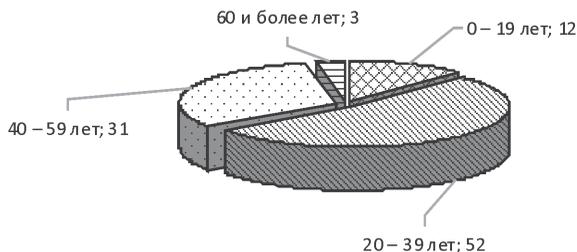


Рис. 28. **Возрастная структура парасуицидального поведения, чел.**

*Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).*

Особенностью людей пожилого возраста, которых также относят к группе риска, являются проблемы со здоровьем, выход на пенсию (сопровождающийся социальной изоляцией), осознание приближающейся старости и смерти. Очень часто после выхода на пенсию, когда человек теряет возможность применения своих трудовых навыков и резко сужается круг социальных контактов, он начинает ощущать свое одиночество. Э. Дюркгейм по этому поводу писал, что «профессиональное общество имеет над всеми другими (религиозными, семейными, политическими) тройное преимущество: его власть охватывает почти всю жизнь, оно следует за работниками всюду, окружает их, напоминает им об их обязанностях, поддерживает их, когда надо» [48]. При этом вероятность суицида существенно повышается при отсутствии взаимопонимания между пожилым человеком и его ближайшими родственниками, что также может быть обусловлено возрастными особенностями.

Категорию подростков и пожилых людей специалисты относят к группе риска, однако статистические данные свидетельствуют о том, что самоубийства чаще всего совершаются в средней возрастной группе. По данным Вологдастата, за период 1999 – 2007 гг. люди 40 – 59 лет чаще всего прибегали к самовольным способам ухода из жизни. Причинами суицидов среди мужчин данного возраста в большинстве случаев выступают финансовый крах, безработица,

алкоголизм, среди женщин более распространены суицидальные попытки, обусловленные изменой, уходом мужа или разводом.

В целом мужчины более суицидально активны, чем женщины. Впервые на проблему мужской сверхсмертности обратил внимание советский демограф Б.Ц. Урланис в статье «Берегите мужчин!» (1968). В данной работе он показал, что мужчины более склонны к рискованным и самодеструктивным формам поведения, среди них чаще распространены вредные привычки, алкоголизм, с ними чаще случаются транспортные происшествия [150]. Причины этого феномена позже были рассмотрены как отечественными (И.В. Корхова, Л.С. Шилова, Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и др.), так и зарубежными (J.J. Arnett, M.E. Addis, S.S. Feldman, J. Shapiro, M. Zuckerman) учеными.

По данным доктора социологических наук О.В. Исаак, за период с 1997 по 2003 г. среди мужской части населения Республики Молдова завершённые самоубийства отмечались примерно в шесть раз чаще, чем среди женщин. Анализ динамики самоубийств в Республике Марий Эл, проведенный в 2003 г., свидетельствует о том, что на долю мужчин приходится 76% всех суицидов [3]. Результаты нашего исследования подтверждают этот факт (рис. 29).

О.В. Исаак объясняет более высокую степень суицидальной активности мужчин следующим образом: «Сталкиваясь со множеством проблем (период трудоустройства, создания семьи, рождения детей и т. д.), некоторые из мужчин переживают чувство беспомощности, которое провоцирует депрессивное состояние, тем самым стимулирует самоубийство. В случае женщин, их социальные функции матери, хозяйки дома, жены смягчают стрессовые ситуации, снижая негативные воздействия социальных факторов. Таким образом, женщина чаще и быстрее реагирует на изменения, касающиеся ее лично, ее детей, дома, и меньше – на общие социальные проблемы, имеющие место в обществе» [67].



**Рис. 29. Уровень завершённых самоубийств среди мужчин и женщин Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения)**

*Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.*

Вместе с тем в современных условиях экономической нестабильности и высокой степени интенсивности жизненного уклада негативные переживания часто переносятся человеком на самую важную и самую уязвимую сторону своей жизни – семью (этим объясняется тот факт, что среди женщин суицидальное поведение распространено в первую очередь в городской среде). После же разрушения эмоциональных контактов он вновь остается один, появляется склонность к депрессии, возрастает риск суицида. Такая схема аналогична большинству актуальных сегодня социальных проблем (насилие в семье, алкоголизм, увеличение числа психических заболеваний и т. д.).

Э. Дюркгейм в свое время объяснял такое широкое распространение самоубийств среди мужчин тем, что у них в большей степени развит процесс социализации, мужчины активнее участвуют в жизни общества и поэтому чаще испытывают влияние негативных факторов. Как нам видится, причина такого распределения суицидов среди населения состоит не только в этом. В силу особенностей своего мышления и видения мира мужчины действуют более радикально: к примеру, если они решают покончить с собой,

то делают это наверняка, избирая такие способы, как самоповешение, самострел или падение с высоты. Этим объясняется значительно более высокий уровень самоубийств среди лиц именно мужского пола.

Женщины же в силу своей психологии в основном выбирают менее радикальные способы свести счеты с жизнью (отравление, самопорез). Они более импульсивны, склонны к демонстративным суицидам и при этом чаще рассчитывают на то, что их спасут, поэтому среди женщин более распространены парасуициды, однако уровень завершенных суицидов среди женщин меньше.

Кроме того, в отличие от мужчин, женщины гораздо более социально контактны: если какие-либо негативные события своей жизни мужчина переживает «внутри» себя, то женщины чаще беседуют с подругами или родителями, обращаются за помощью к специалистам. Такой стиль поведения для мужчин означает публичное признание своей уязвимости, что имеет для них гораздо большее значение, чем для женщин.

По мнению М.Ю. Арутюнян, «логика успеха» и «логика неуспеха» в одинаковой мере разрабатываются мужчинами и женщинами. Однако «неуспешные» женщины склонны отчасти видеть причины и способы исправления положения в членах семьи, в отличие от мужчин, которые уповают и сердятся лишь на себя и общество [13].

Важнейшим социальным институтом на всех возрастных этапах жизни человека является семья. Современная семья, несмотря на тенденцию уменьшения ее размеров, обеспечивает человеку необходимую социальную, финансовую и, главное, эмоциональную поддержку. Большинство ученых сходится в том, что одинокие люди в большей степени подвержены суицидальному риску. Они ведут более замкнутый образ жизни, чаще подвержены депрессии. Отдельным фактором в этом плане можно считать одиночество, произошедшее в результате развода и, особенно, смерти одного из супругов.

Полученные в ходе мониторинга данные свидетельствуют о том, что одиноко проживающим жителям области чаще всего свойственно испытывать негативные эмоции (рис. 30). В среднем за период 2002 – 2008 гг. это отметили 47% респондентов из числа супружеских пар, проживающих раздельно, и 45% среди овдовевших. Значительная доля негативных характеристик своего настроения среди холостых и незамужних (30%) объясняется, скорее всего, тем, что в эту группу входят дети и подростки, проживающие совместно с родителями.

Аналогичную ситуацию можно наблюдать при анализе распространения симптомов тревоги, депрессии и невроза: признаки этих патологических состояний чаще встречаются среди вдовых и не проживающих совместно супружеских пар (рис. 31).

Вместе с тем, учитывая реалии сегодняшнего дня, нельзя не отметить, что семья далеко не всегда является гарантом психологического благополучия индивида.

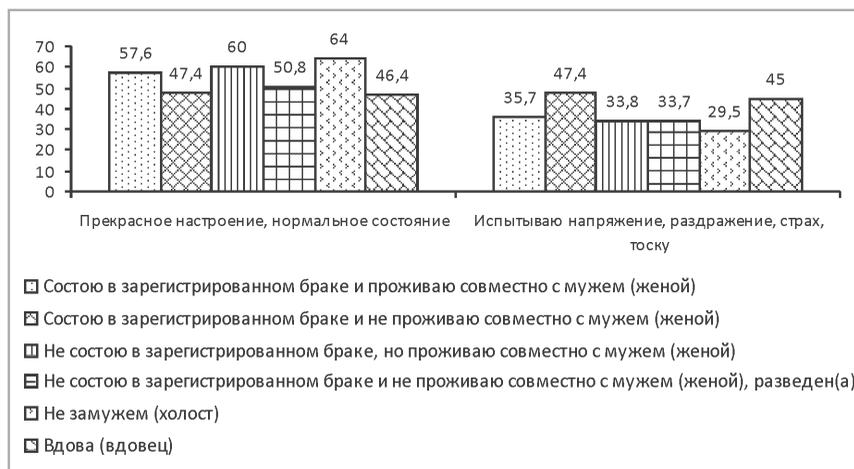
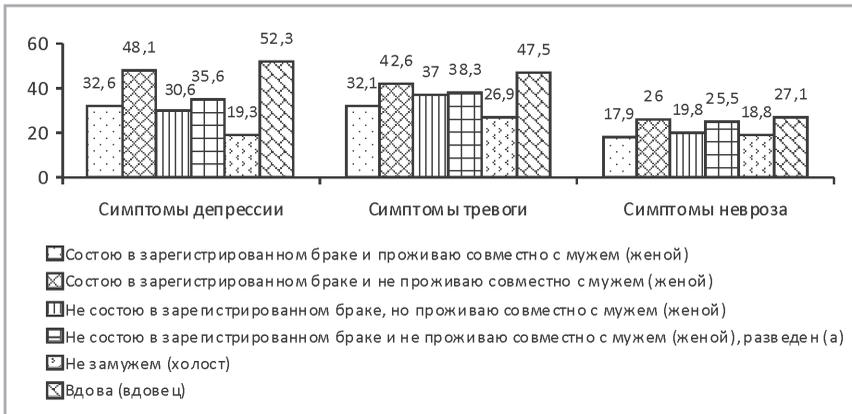


Рис. 30. Характер настроения жителей Вологодской области в зависимости от их семейного положения (среднее за 2002 – 2008 гг.)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.



**Рис. 31. Распространение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от семейного положения респондентов (среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)**

*Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.*

Двойственная роль семьи как фактора риска суицидального поведения выделяется многими специалистами. По данным А. Амбрумовой, Я. Гилинского, Л. Смолинского, в качестве мотива суицида для мужчин более значима ситуация конфликта в семье, для женщин – одиночества. Результаты исследований специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что самый высокий уровень самоубийств наблюдается среди разошедшихся или разведенных людей (особенно часто среди мужчин в первые несколько месяцев после разлуки), чуть менее распространены суициды в группе овдовевших, далее идут люди, которые живут в одиночестве и никогда не вступали в брачные отношения.

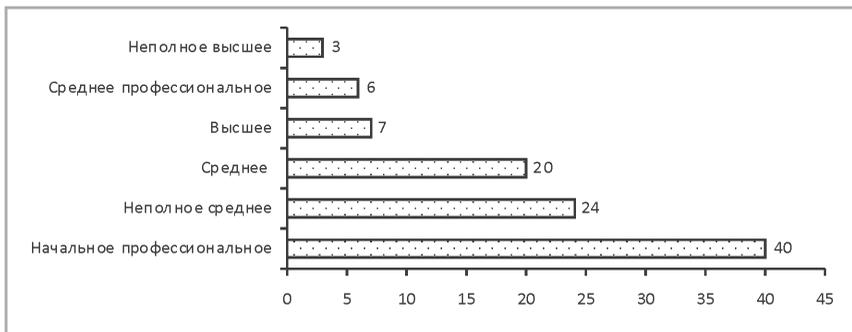
Результаты нашего исследования суицидальных попыток позволяют с уверенностью говорить о том, что дисгармония межличностных (в первую очередь семейных) отношений является одним из главных факторов суицидального риска. В 70% случаев попытке суицида предшествовал острый конфликт, при этом чаще всего он разгорался между супругами или между родителями и детьми. Для сравнения: 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.

В исследовании Н. П. Ванчаковой и др. было обследовано 54 парасуицидента, нанесшие себе телесные повреждения, и 31 парасуицидент, пытавшийся отравиться. Ученые отмечают: «Основными причинами суицида являлись межличностные конфликты со значимыми людьми ближайшего окружения, вызванные нарушением этими людьми возлагавшихся на них ожиданий. В тех случаях, когда конфликтные ситуации касались других причин (конфликтов с законом, с криминальными структурами, финансовых проблем), также речь шла о неспособности обратиться за поддержкой к близким людям или неадекватной реакции последних» [26].

В исследовании завершенных суицидов, проведенном в Рязанской области под руководством доктора медицинских наук Д.И. Шустова, такими причинами, как тяжелое психическое или соматическое заболевание, старость, одиночество и т. д., было обусловлено 29% суицидов. «На счету» же так называемых «незначимых» причин почти в два раза больше суицидов (57%). Выборка данного исследования составила 256 человек [159].

О кризисе семьи как социального института свидетельствует и динамика брачной структуры населения. В последние четыре года на территории области увеличивается количество разводов (2004 г. – 4,4; 2005 г. – 4,6; 2006 г. – 5,0; 2007 г. – 5,4 на 1 тыс. населения). Тем не менее ВОЗ, подчеркивая важную роль семьи как антисуицидального фактора, отмечает, что «защитным эффектом не обладают только ранние браки (до 20 лет); вступившие в них люди имеют более высокий уровень суицидального поведения, чем их неженатые сверстники» [89].



**Рис. 32. Уровень образования парасуицидентов, в %**

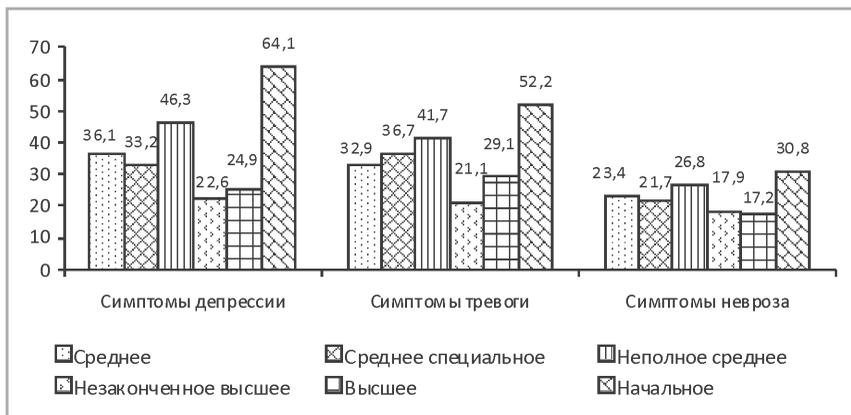
*Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).*

По данным старшего научного сотрудника ИНП РАН Д. Богоявленского, «люди с более высоким уровнем образования меньше склонны к самоубийствам. Самое опасное – неполное среднее» [21]. Результаты нашего исследования попыток суицида свидетельствуют о том, что к группе риска также могут быть отнесены лица с начальным профессиональным образованием (рис. 32).

По данным переписи населения, распределение жителей Вологодской области старше 15 лет по уровню образования выглядит так: высшее – 12%, неполное высшее – 2%, среднее профессиональное – 30%, начальное профессиональное – 13%, среднее – 15%, неполное среднее – 26%. Таким образом, представительство людей с начальным профессиональным и средним образованием среди парасуицидентов больше, чем в целом по области.

Кроме того, данные мониторинга показывают, что люди со сравнительно более низким уровнем образования чаще проявляют признаки психических расстройств (рис. 33).

О широком распространении самоубийств среди лиц со средним и неполным средним образованием свидетельствует также динамика этих показателей на протяжении пяти лет (рис. 34).



**Рис. 33. Распределение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от уровня образования респондентов (среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Сущность низкого уровня образования как фактора суицидального риска, на наш взгляд, состоит в том, что оно чаще всего «соседствует» с малопrestижными профессиями и менее культурной социальной средой. В таких жизненных условиях более распространены межличностные конфликты, следствием которых и является попытка самоубийства.



**Рис. 34. Динамика уровня самоубийств и доли людей со средним и неполным средним образованием**

Источники: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 44.

Кроме того, социологические исследования показали, что люди с высоким уровнем образования в 2 раза более «удовлетворены» или «скорее удовлетворены жизнью», чем люди с низким уровнем образования [87].

Суицидальное поведение, алкоголизм являются формами аутодеструктивного поведения, при этом фактор злоупотребления алкоголем требует особого внимания, поскольку эта форма поведения служит промежуточным звеном между относительно адекватным поведением индивида в обществе и суицидальными тенденциями.

Значение потребления алкоголя как фактора сверхсмертности населения России в начале 1990-х гг. после отмены антиалкогольной кампании было отмечено и зарубежными (Э. Брейнерд, Д. Катлер), и российскими учеными (А.В. Немцов, В.М. Школьников, А.Г. Вишневский).

А.В. Коротаев и Д.А. Халтурина, исследуя демографические последствия алкоголизации населения, отметили: «Характерно, что большинство стран, где наблюдались феномен сверхсмертности и демографические «кресты», – это водочные страны: Россия, Белоруссия, Украина и страны Балтии. Внимательное изучение ареала сверхсмертности в Восточной Европе не оставляет сомнений, что традиция потребления крепких алкогольных напитков (водка, самогон, горилка, палинка, ракия и т. д.) является колоссально мощным негативным фактором демографического развития, сопоставимым по силе с эпидемией СПИДа в Тропической Африке... В нетрезвом виде погибают около половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения» [76].

«Суицидальный риск больных алкоголизмом в десятки раз превышает риск самоубийства в общей популяции» [88]. 75% лиц, совершивших парасуицид, хотя бы раз лечились от алкоголизма или наркомании. Каждый второй молодой самоубийца был алкоголиком. Три четверти мужчин и две трети женщин в возрасте 30 – 39 лет совершали попытки

самоубийства в состоянии алкогольного опьянения. По данным Б. Любан-Плоцца, доля суицидентов среди больных с химическими зависимостями составляет 17%. Максимум самоубийств среди больных алкоголизмом приходится на возраст 25 – 49 лет. В общем и целом с алкоголем связано 30% всех суицидов. Как отмечает Д. Богоявленский, «алкоголь – это самый главный фактор риска. Он обнаружен в крови у 60 процентов самоубийц. Причем 40 процентов в момент смерти были натурально пьяны» [21].

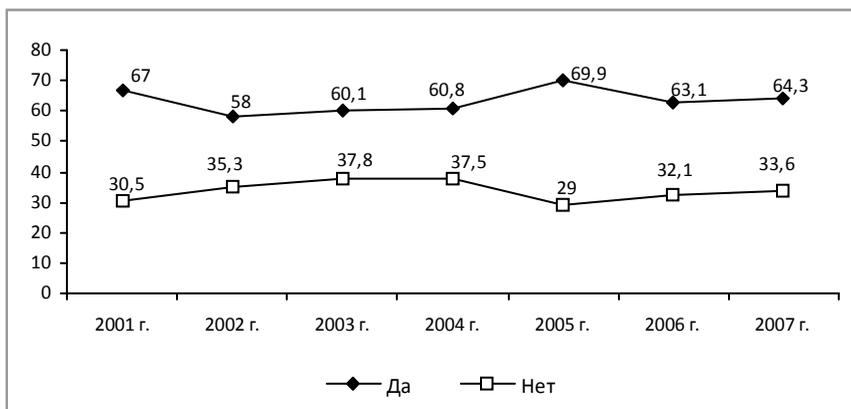
В нашем исследовании 68% всех совершенных суицидальных попыток так или иначе были связаны с потреблением алкогольной продукции. При этом в 42 из 66 случаев алкоголизм имел стойкий патологический характер. В 15 случаях парасуицид совершался в состоянии алкогольного опьянения (не считая случаев патологического алкоголизма). Употребление алкоголя у 43% парасуицидентов носило запойный характер. Еще 25% парасуицидентов употребляли спиртные напитки эпизодически, но регулярно. 21% рассмотренных нами случаев парасуицида был связан с алкоголизмом ближайших родственников суицидента (чаще всего отцов или мужей). Практически все случаи злоупотребления алкоголем (как со стороны родственников, так и со стороны самого суицидента) сопровождалось неудовлетворительными жизненными условиями, тяжелым социальным положением, материальным неблагополучием, высоким уровнем конфликтности семейных отношений. Особую опасность представляет распространение алкоголизма среди молодежи. По нашим данным, из 45 попыток суицида, совершенных в возрастной группе от 10 до 30 лет, 32 попытки (т. е. 71%) так или иначе имели отношение к алкоголю.

По данным Территориального органа ФСГС по Вологодской области, показатели заболеваемости и болезненности алкогольными психозами снизились в 2007 году по сравнению с 2005 г. с 80 до 64 и со 148 до 121 случая на 100 тыс. населения.

В то же время заметно увеличился уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (с 53 до 106 случаев на 100 тыс. населения).

Это свидетельствует о широком распространении неучтенных случаев злоупотребления алкогольной продукцией. Результаты мониторинга общественного мнения, проведенного с нашим участием, свидетельствуют о том, что уровень потребления алкоголя на территории Вологодской области остается практически неизменным на протяжении семи лет (рис. 35).

Интересные данные были получены в ходе исследования суицидального поведения на территории Республики Марий Эл [3]. Зависимость количества самоубийств от потребления алкоголя ярко проявилась в ходе антиалкогольной кампании 1985 – 1989 гг. В 1984 и 1990 гг. смертность от самоубийств составила соответственно 72 и 39 случаев на 100 тыс. населения. С 1990 года, когда уровень потребления алкоголя вновь стал увеличиваться, смертность населения от суицидов также стала расти (до 70 случаев на 100 тыс. нас. в 1994 г.).



**Рис. 35. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)**

*Источник: данные мониторинга общественного мнения о состоянии физического здоровья и образе жизни населения Вологодской области, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.*

Исследования показывают, что среди наркоманов и алкоголиков уровни смертности по причине самоубийства приблизительно равны 7%. Доля самоубийц, у которых чуть ранее отмечалась алкогольная зависимость, составляет от 15 до 50%. Нагляднее всего взаимосвязь суицидального поведения и алкоголизма прослеживается среди представителей обоих полов молодого возраста и среди мужчин среднего возраста [88].

В исследовании завершенных суицидов, проведенном Д.И. Шустовым, в 48% случаев суицидент страдал от алкоголизма, при этом у 30% представителей неалкогольной группы тоже было отмечено употребление алкоголя непосредственно при осуществлении суицида [159]. Необходимо также отметить, что высокий уровень потребления алкоголя во многом объясняет широкое распространение парасуицидов, обусловленных «стандартными» межличностными конфликтами. Так, в исследовании Д. И. Шустова «незначимыми» причинами было обусловлено 41% неалкогольных и 73% алкогольных суицидов, что, по-видимому, связано со специфическими психологическими особенностями, формирующимися под влиянием алкогольной зависимости или состояния алкогольного опьянения (повышенная конфликтность, раздражительность и т. д.).

Как отмечают А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко, между приемом алкоголя и суицидальным поведением существуют два типа взаимозависимости. В первом случае алкоголь употребляется до возникновения суицидальных тенденций, которые являются уже результатом проблем, сопутствующих алкогольному образу жизни. Во втором случае алкоголь употребляется после возникновения суицидальных мыслей с целью «облегчить реализацию своего намерения» [9]. Надо также отметить, что алкоголь часто становится причиной самоубийства не потому, что вырабатывает в человеке тяжелую зависимость, а потому, что иллюзорно раскрепощает его сознание. Нарушение когнитивных способностей

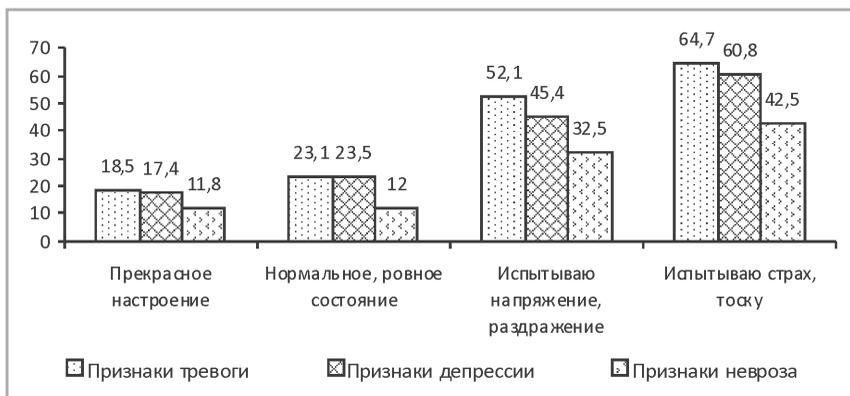
вследствие опьянения ведет к снижению контроля и утрате гибкости мышления, вследствие чего исчезает способность видеть веер альтернативных вариантов разрешения проблемной ситуации.

Как отмечают ученые, «крепкие алкогольные напитки опасны благодаря существованию определенных паттернов потребления, обусловленных, впрочем, их свойствами» [92].

В конечном итоге роль сильнодействующих наркотиков как фактора риска суицидального поведения заключается в том, что состояние алкогольного или наркотического опьянения резко сокращает расстояние от суицидальных мыслей до суицидальных действий, которое у большинства людей достаточно велико. Помимо этого алкоголизм придает личности человека определенные черты, которые также повышают риск суицидального поведения. «Пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, отличаются повышенной чувствительностью, обидчивостью и склонностью к негативным интерпретациям. Как правило, своими манерами и поведением они сознательно или неосознанно провоцируют негативные реакции окружающих, которые, в свою очередь, вызывают у них чувство отвержения, ненужности и брошенности. Таким образом, возникает замкнутый круг, завершающийся чувством безнадежности и риском суицидального поведения» [159].

Динамика уровня самоубийств, как отмечалось ранее, аналогична динамике распространения психических расстройств в целом и симптомов депрессии в частности. Результаты мониторинга общественного мнения, проведенного коллективом ИСЭРТ РАН в 2002 – 2008 гг., показали, что наличие симптомов тревоги, депрессии и невроза чаще отмечается среди тех жителей области, которые более негативно характеризуют свое эмоциональное состояние (рис. 36).

В исследованиях М.Ю. Арутюнян специфика эмоционального состояния «удачников» и «неудачников» описана следующим образом: «Почти все респонденты, довольные



**Рис. 36. Распространение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от социального самочувствия населения (2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)**

*Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.*

своей жизнью, в настоящее время используют метафоры поступательного движения, процесса, внутренней работы, имеющей направление... В противоположность «удачникам» «неудачники» (те, кто субъективно переживает ощущение жизненного неуспеха) склонны описывать свою жизнь через метафоры застоя или течения, которое захватывает как бы лишенный собственной воли объект» [13].

Однако в отношении проблемы суицидального поведения важен не сам факт установления диагноза по той или иной психической патологии, а наличие его симптомов на предпатологическом, пограничном уровне. Эндогенное психическое заболевание в некотором смысле можно рассматривать как альтернативу суицидальным тенденциям, поскольку, являясь пациентом клиники, человек получает лечение и уход, в то время как отсутствие медицинского диагноза вынуждает его жить и работать в тех же самых условиях, которые вызвали признаки психической патологии или склонность к проявлению суицидальных тенденций.

Как следствие, лишь треть самоубийств, судя по литературным данным, совершается психически больными, остальная часть суицидов на счету здоровых людей [24]. В нашем исследовании только 9 из 98 суицидальных попыток было обусловлено психическим заболеванием (паранойя или шизофрения). Во всех остальных случаях парасуицид совершался здоровыми людьми, однако каждый из них на момент госпитализации 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 (причем это лишь официальные данные, на самом деле повторных попыток самоубийства может быть гораздо больше). В исследовании Н.П. Ванчаковой, А.В. Смирнова и др. в группе парасуицидентов, использовавших отравление, повторную попытку совершили 29% человек, в группе нанесших себе физические повреждения – 35% [26].

Наличие суицидальной попытки в анамнезе парасуицидента следует рассматривать как особенно важный фактор. В данном случае человек уже принимал решение о самоубийстве и оно не является для него чем-то шокирующим, что, безусловно, повышает вероятность повторного парасуицида. На фактор повторного парасуицида обращали внимание такие зарубежные ученые, как Modestin (1992), Stephens (1999), Kelly (2004). Как отмечает Е.Ю. Андреева, «неудачные попытки в прошлом как бы «подсказывают» способ решения проблем, влияя на формирование «зрелого» решения уйти из жизни» [12].

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» [156].

В данном контексте следует напомнить, что специалисты по охране психического здоровья могут купировать психологический кризис парасуицидента и частично изменить его отношение к проблемам. Однако при сохранении прежних условий существования (социально-экономическое неблагополучие, конфликтогенность социальной среды и т. д.) вероятность повторной суицидальной попытки остается высокой.

Из полученных данных можно сделать вывод о том, что отклонение в психическом здоровье, безусловно, следует рассматривать как фактор суицидального риска, но реализация суицидальных намерений не является прерогативой людей с психической патологией.

В конце 1990-х годов в Шотландии было проведено исследование завершённых суицидов, в ходе которого одним из главных факторов суицидального риска рассматривалось соматическое здоровье, а одним из важнейших направлений профилактики суицидов – лечение психических расстройств при соматических заболеваниях. На сегодняшний день установлено, что тяжелым соматическим заболеванием страдает каждый пятый суицидент. Почти половина пожилых людей и стариков, совершающих суицид, имеют инвалидность по соматическому заболеванию. Депрессия развивается у 15 – 20% людей, перенесших инфаркт миокарда. Суицидальная готовность отмечается у половины онкологических больных, 15% из которых заканчивают свою жизнь самоубийством. У ВИЧ-инфицированных суицидальный риск в 20 – 30 раз выше по сравнению с остальным населением [88].

Все эти данные свидетельствуют о том, что одним из факторов риска суицидального поведения является тяжелое соматическое заболевание, вызывающее у человека чувство утраты здоровья, потери привычного статуса, различные фобии, депрессию. Зависть к здоровью близких и ухаживающего персонала делает такого человека враждебным по отношению к окружающим, что еще больше усугубляет

ситуацию. Возможная потеря физической привлекательности вследствие различных медицинских процедур провоцирует развитие различных социофобий и избегающего поведения.

Когда заболевание неизбежно несет в себе усиление страданий и летальный исход, человек начинает подводить итоги своей жизни. При этом в отсутствие закономерных физиологических изменений мозга остается высокий уровень критичности к себе, а суждения отличаются высокой степенью четкости, реалистичности и, как следствие, пессимистичности. Суициды больных тяжелыми заболеваниями подготавливаются втайне от посторонних, тщательно и методично. Если попытка суицида не заканчивается смертью больного, вероятность ее повторения остается крайне высокой.

Согласно социологическим опросам, проведенным ИСЭРТ РАН в 2002 – 2003 гг. в некоторых лечебно-профилактических учреждениях (Устюженская ЦРБ, поликлиника №3 и многопрофильная больница г. Вологды), среди их пациентов наблюдается уровень тревоги и депрессии выше среднего по области на 10 – 25% (табл. 17) [100] .

Последний фактор, о котором, на наш взгляд, следует говорить отдельно, – это наследственная предрасположенность к различным формам аутоагрессии (вредные привычки,

**Таблица 17. Уровень тревоги и депрессии среди пациентов ЛПУ и населения Вологодской области в целом в 2002 – 2003 гг. (в % к данной группе)**

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.		2003 г.	
	Среднее по области	Поликлиника №3	Среднее по области	Городская многопрофильная больница
Отсутствие тревоги	59,5	55,3	61,1	53,7
Субклинически выраженная тревога	37,8	40,1	35,4	43,2
Клинически выраженная тревога	2,5	4,6	2,8	3,1
Отсутствие депрессии	66,8	61,2	66,5	59,5
Субклинически выраженная депрессия	30,3	34,1	30,3	33,5
Клинически выраженная депрессия	2,6	4,7	3,0	7,0

*Источник: Ослопова Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона (на примере Вологодской области): дис. ... к.э.н.: 08.00.05 / Ю.Е. Ослопова. – Вологда, 2005. – 78 с.*

неоправданный риск, суицидальное поведение). Теория генетической предрасположенности к суицидальному поведению в настоящее время приобретает все большее значение в связи с научными исследованиями в рамках биохимической концепции происхождения суицида.

В 2005 г. ученые объявили о том, что им удалось выявить ген, отвечающий за склонность человека к депрессивным расстройствам. Как сообщается на сайте Института психотерапии и клинической психологии, «специфическая разновидность гена, носящего имя 5-НТТ, отныне будет считаться главной причиной депрессии. Ученые полагают, что сделанное ими открытие станет не только прорывом в области фундаментальной медицины, но поможет и практикующим медикам, в первую очередь в вопросе подбора способа лечения для людей, страдающих депрессивными состояниями. Именно данный ген является причиной депрессий, возникающих у людей после развода, болезни близких или автомобильной катастрофы» [83].

Наличие суицидента среди взрослых членов семьи сегодня расценивается как существенный фактор суицидального риска для их потомства. Нейробиологическая составляющая суицидального поведения связана с серотонинергической активностью мозга. Снижение серотонина в организме человека отмечается также и при депрессии, симптомы которой отмечаются почти во всех случаях суицидального поведения. Генетические исследования суицидальности показали, что монозиготные близнецы, например, имеют в этом плане более высокий уровень конкордантности (совпадения), чем дизиготные. Также было установлено, что «суицидальный риск передается из биологической семьи в приемную при рождении независимо от передачи расстройств настроения или психозов, что является мощнейшим доказательством генетической передачи» [90]. Как отмечают специалисты ВОЗ, «о существовании биологической базы суицида заставляют предположить также исследования неврологических процессов, которые лежат в основе многих психических заболеваний, включая те, которые предрасполагают людей к суициду» [89].

В проведенном исследовании суицидальных попыток 33% парасуицидентов имели негативную наследственность. При этом злоупотребление алкоголем со стороны ближайших родственников имело место в 21% случаев, в 12% случаев были официально зарегистрированы психические заболевания (чаще всего неврозы). В исследовании Д.И. Шустова психопатологическая наследственность со стороны родственников парасуицидентов была обнаружена в 35% случаев (объем выборки составил 135 человек).

Мы не можем с полной уверенностью утверждать, что во всех этих случаях имела место генетическая предрасположенность. Однако тот факт, что каждая третья попытка самоубийства сопровождалась отклонениями в здоровье родственников, нельзя оставлять без внимания, поскольку данное обстоятельство имеет важное социальное значение как фактор социальной ситуации развития суицидента.

Анализ факторов суицидального риска на мезо- и микроуровнях позволяет выделить отдельные группы населения, которые в первую очередь склонны проявлять признаки суицидогенеза. К таким категориям относятся:

1. Мужчины от 40 до 59 лет, проживающие в сельской местности (по данным на 2007 г. – 61 928 чел. или 5% всего населения области).

2. Лица, злоупотребляющие алкоголем.

3. Подростки, воспитывающиеся в семейной обстановке, которая характеризуется повышенной конфликтностью отношений.

4. Безработные и лица, не имеющие стабильного источника дохода.

5. Люди с пониженной толерантностью к нервно-психическим нагрузкам.

6. Люди, ведущие одинокий образ жизни.

7. Люди, испытывающие острые негативные изменения в жизни (смерть близкого, развод, банкротство, резкое изменение социального статуса).

8. Лица с тяжелым соматическим заболеванием.

Проведенное научным коллективом ИСЭРТ РАН исследование парасуицидального поведения позволило установить общие черты социальной ситуации, которая провоцирует попытку самоубийства при условии отсутствия психопатологии, тяжелого стресса или неизлечимого заболевания. Чаще всего у здоровых людей (преимущественно в молодежной среде) симптомы суицидогенеза проявляются в условиях тяжелого материального положения, конфликтогенности семейных отношений, на фоне безработицы и злоупотребления алкоголем.

Кроме того, опираясь на классические и современные исследования в области суицидологии, а также на результаты проведенных исследований, мы можем ранжировать факторы суицидального риска по степени их влияния на склонность человека к проявлению суицидальной активности и уровню распространенности в социуме (*табл. 18*).

Подход к анализу факторов суицидального риска через призму макро-, мезо- и микроуровней позволяет оценить причины суицидального поведения населения комплексно, с учетом общей социально-экономической ситуации в стране и конкретных характеристик индивида (гендерных, социальных и т. д.). Полученные данные позволили нам выявить группы суицидального риска в регионе, а также составить ранжированный список факторов, обуславливающих степень риска суицидальной попытки. В качестве одного из выводов необходимо отметить, что роль факторов риска на микроуровне возрастает по мере стабилизации социально-экономической ситуации в стране. При этом, учитывая их социальную сущность, следует подчеркнуть, что деятельность по их нивелированию не может сводиться лишь к усилиям со стороны системы здравоохранения. Эффективное решение проблемы суицидального поведения возможно только при ранней профилактике факторов риска, а следовательно, при условии консолидации всех социальных институтов общества.

**Таблица 18. Наиболее актуальные факторы суицидального риска на территории Вологодской области и их отражение в официальной статистике и данных социологических опросов**

Фактор риска	Показатели и представительство по данным официальной статистики (2007 г.)	Показатели и представительство по данным социологических опросов (2008 г., в % от числа опрошенных)
Злоупотребление алкоголем	Взято под наблюдение больных с диагнозом «алкоголизм и алкогольные психозы», установленным впервые (127 на 100 тыс. нас.) Численность больных, состоящих на учете в ЛПУ (1395 на 100 тыс. нас.) Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (53,9 на 100 тыс. нас.)*	Доля жителей, употребляющих алкогольные напитки (64%)
Низкий уровень дохода	Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума (189,9 тыс. чел.) 20% населения с наименьшим уровнем дохода (6%) Численность пенсионеров, состоящих на учете в органах социальной защиты (344,9 тыс. чел.)	Доля людей, испытывающих «напряжение, раздражение, страх, тоску» (26%) Доля людей, не удовлетворенных своим материальным положением (45%) Доля людей, отметивших ухудшение своего материального положения в последние 6 мес. (19%) Доля людей, относящих себя к «бедным» и «нищим» слоям населения (44%) Доля людей, которым не хватает денег даже на приобретение продуктов питания (4%)
Дисгармония семейных взаимоотношений	Разведенные, разошедшиеся (88 на 1000 нас.) Коэффициент разводимости (5,4 развода на 1000 нас.)	Доля людей, не удовлетворенных отношениями с супругом (12%) Доля людей, испытывающих психологический дискомфорт в семье (7%)
Безработица	Численность безработных, имеющих официальный статус в органах занятости (10652 чел.)	Доля официально зарегистрированных безработных (1,2%)
Психическое расстройство (депрессия)	Заболееваемость психическими расстройствами (6,9 на 100 тыс. нас.) Смертность от психических расстройств (3,1 на 100 тыс. нас.)	Доля людей, испытывавших психологические проблемы, которые требуют помощи квалифицированного специалиста (18%) Доля людей, пользовавшихся услугами «телефона доверия» (4%) Доля людей с признаками невроза (16%), депрессии (29%), тревоги (28%)
Одиночество	Количество разводов (5,3 на 1000 чел. нас.) Вдовье жители области (120 на 1000 нас.) Число домохозяйств, состоящих из одного человека (251 на 1000 нас.)	Доля людей, испытывающих чувство одиночества (10%) Доля людей, состоящих в разводе (7%), вдовых (9%), холостых (незамужних; 18%)

\* Случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени.

Источники: данные мониторинга общественного мнения, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

После выявления основных факторов и групп суицидального риска необходимо оценить негативные последствия, которые влечет за собой высокий уровень смертности от самоубийств, а также определить основные направления организации системы профилактики суицидального поведения.

### 2.3. Влияние суицидальных тенденций на социально-экономическое развитие региона

Влияние самоубийств на общую смертность непосредственно отражается на показателе продолжительности жизни. По данным Территориального органа ФСГС по Вологодской области, ожидаемая продолжительность жизни в регионе, начиная с 2000 г., ниже, чем в среднем по Российской Федерации (рис. 37). Кроме того, в отличие от среднероссийских показателей, она имеет нестабильную динамику.

Для того чтобы оценить негативные последствия влияния распространенности суицидов на уровень ожидаемой продолжительности жизни, нами была использована методика вычисления индекса ОПЖ, основанная на математической модели последовательного убывания условного поколения (табл. 19) [25].

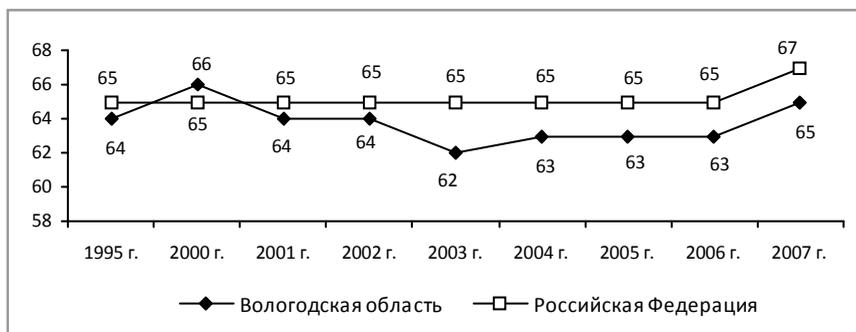


Рис. 37. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

Источники: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

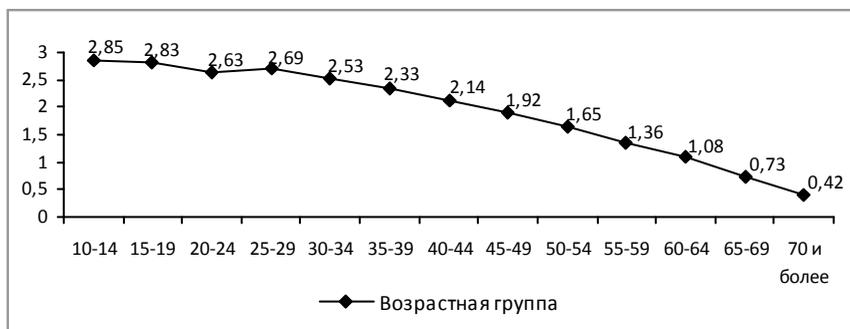
В среднем смертность от суицидов снижает ожидаемую продолжительность жизни на 1,94 года. Полученные данные свидетельствуют также о том, что роль самоубийств как отрицательного фактора формирования продолжительности жизни более высока в ранних возрастных группах и постепенно снижается в более поздних категориях (рис. 38).

Таким образом, важное демографическое и экономическое значение полученных результатов состоит в том, что относительно существенное сокращение ожидаемой продолжительности жизни среди представителей молодого возраста свидетельствует о потенциальном снижении трудового и человеческого потенциала.

**Таблица 19. Влияние уровня самоубийств на ожидаемую продолжительность жизни в 2006 г.\*, лет**

ОПЖ	Возрастная группа												
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 и более
Общий уровень ОПЖ	57,47	52,55	47,97	43,34	38,89	34,67	30,53	26,55	22,88	19,33	15,87	12,58	9,20
ОПЖ без учета суицидов	60,32	55,38	50,60	46,03	41,42	37,00	32,67	28,47	24,53	20,69	16,95	13,31	9,62

\* Рассчитано автором с использованием методики расчета таблиц ожидаемой продолжительности жизни [25].



**Рис. 38. Разница между показателями общего уровня ОПЖ и ОПЖ с учетом смертности от самоубийств в 2006 г.\*, лет**

\* Рассчитано по методике построения таблиц ожидаемой продолжительности жизни [25].

Таблица 20. Соотношение уровня самоубийств и объемов ВВП в 2004 г.

Страна	Уровень самоубийств (умерших на 100 тыс. нас.)	Объем ВВП (долл. США на душу населения)
<i>Страны с высоким уровнем самоубийств</i>		
Литва	38,92	6480
Российская Федерация	<b>31,74</b>	<b>4042</b>
Беларусь	31,56	2330
Казахстан	30,57	2717
Венгрия	24,34	10110
<i>Страны с низким уровнем самоубийств</i>		
Кипр	0,69	18668
Греция	2,78	20672
Мальта	5,38	13256
Соединенное Королевство	6,69	35987
Испания	7	24321
<p><i>Источник: данные Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <a href="http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian">http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian</a></i></p>		

Уровень самоубийств значительно ниже в экономически развитых государствах. Об этом свидетельствуют данные ВОЗ о соотношении показателей смертности от суицидов и объемов ВВП на душу населения (табл. 20).

Широкая распространенность суицидов среди лиц трудоспособного возраста диктует необходимость рассмотрения проблемы суицидального поведения не только с демографической, но и с экономической точки зрения.

На территории Вологодской области в результате самоубийств гибнет больше людей трудоспособного возраста, чем в результате убийств, дорожно-транспортных происшествий и случайных отравлений алкоголем. Экономический ущерб от завершённых самоубийств ежегодно составляет около 0,019% ВРП, что больше, чем потери вследствие смертности от убийств, в 2,7 раза, от ДТП – в 1,5 раза и от алкогольных отравлений – в 1,1 раза (табл. 21).

В качестве одного из шагов по оценке масштабов экономических последствий распространения суицидов в обществе нами была использована методика расчета ущерба

**Таблица 21. Потери ВРП вследствие смертности среди населения  
Вологодской области за год\***

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Число умерших от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» в трудоспособном возрасте, чел.	2554	2606	2940	2871	2652	2259	2725
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления», млн. руб./в % к ВРП	65,0 / 0,1	82,7 / 0,1	125,3 / 0,1	185,3 / 0,1	208,3 / 0,1	190,6 / 0,1	133,3 / 0,1
Число умерших от самоубийств в трудоспособном возрасте, чел.	505	496	502	587	375	371	493
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от самоубийств, млн. руб./в % к ВРП	12,9 / 0,02	15,7 / 0,02	21,4 / 0,02	37,9 / 0,02	29,5 / 0,02	31,3 / 0,02	23,5 / 0,02
Число умерших от случайных отравлений алкоголем в трудоспособном возрасте, чел.	359	375	525	571	417	271	449
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от случайных отравлений алкоголем, млн. руб./в % к ВРП	9,1 / 0,01	11,9 / 0,02	22,4 / 0,02	36,8 / 0,02	32,8 / 0,02	22,9 / 0,01	22,6 / 0,02
Число умерших от ДТП в трудоспособном возрасте, чел.	323	309	328	364	332	319	331
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от ДТП, млн. руб./в % к ВРП	8,2 / 0,01	9,8 / 0,01	14,0 / 0,01	23,5 / 0,02	26,1 / 0,01	26,9 / 0,01	16,3 / 0,01
Число умерших от убийств в трудоспособном возрасте, чел.	302	254	268	267	245	192	267
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от убийств, млн. руб./в % к ВРП	7,7 / 0,01	8,5 / 0,01	11,4 / 0,01	17,2 / 0,0001	19,2 / 0,01	16,2 / 0,01	12,8 / 0,01
<p>* Из-за невозможности собрать информацию о дате смерти в каждом случае мы сделали статистическое допущение, что все случаи смерти произошли в середине года, т. е. каждый погибший не произвел половину среднедушевого ВРП.          Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Коляинко. – М., 2000. – С. 40).</p>							

вследствие преждевременной смертности по индексу «Потерянные годы потенциальной жизни». Данный индекс является важным показателем, отражающим потерянные годы

потенциальной жизни умершего, рекомендованным ВОЗ [151]. По индексу ПГПЖ экономический ущерб от самоубийств выше, чем от убийств, ДТП и алкогольных отравлений (табл. 22). В целом на эти четыре причины приходится более половины (56%) всех экономических потерь, связанных со смертностью от внешних причин воздействия.

По данным Департамента здравоохранения Вологодской области, в 2005 г. смертность от причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» являлась лидирующей в структуре всех причин смертности населения региона по сумме социальных потерь от преждевременной смертности. Далее идут болезни системы кровообращения (сумма ПГПЖ составляет 42 678), болезни органов пищеварения (24 573), новообразования (12 444) и болезни органов дыхания (10 331).

Структура экономического ущерба от самоубийств в различных категориях населения представлена в таблице 23. Согласно обеим методикам вычисления размер ущерба выше в категориях мужчин и жителей городов, что свидетельствует о более раннем среднем возрасте их смерти по

Таблица 22. Потери ВРП вследствие ПГПЖ\* (год/в % к ВРП)

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
ПГПЖ вследствие смертности от всех причин класса «НС, травмы и отравления»	68729 / 5,4	67007 / 5,3	76180 / 6,0	72808 / 5,8	67137 / 5,4	58373 / 4,7	68372,33 / 5,4
ПГПЖ вследствие смертности от самоубийств	13466 / 1,1	13526 / 1,1	13393 / 1,1	11725 / 0,9	9837 / 0,8	9585 / 0,8	11922 / 1,0
ПГПЖ вследствие смертности от ДТП	10588 / 0,8	10078 / 0,8	11326 / 0,9	11409 / 0,9	10840 / 0,9	10338 / 0,8	10763,17 / 0,9
ПГПЖ вследствие смертности от случайных отравлений алкоголем	7868 / 0,6	7807 / 0,6	11288 / 0,9	12174 / 1,0	8853 / 0,7	5786 / 0,5	8962,67 / 0,7
ПГПЖ вследствие смертности от убийств	7885 / 0,6	6043 / 0,5	7128 / 0,6	6072 / 0,5	6164 / 0,5	5249 / 0,4	6423,5 / 0,5

\* Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинько. – М., 2000. – С. 40).

Таблица 23. **Экономический ущерб от самоубийств**  
(гендерный и территориальный срез)\*

Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
<i>Мужчины</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	11871 / 0,9	12037 / 1,0	11965 / 1,0	10531 / 0,8	8372 / 0,7	8583 / 0,7	10559,83 / 0,8
Вследствие смертности населения за год, чел., умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	454 / 11,6 / 0,03	446 / 14,2 / 0,02	455 / 19,4 / 0,02	394 / 25,4 / 0,02	328 / 25,8 / 0,01	337 / 28,4 / 0,01	402,33 / 20,8 / 0,01
<i>Женщины</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	1595 / 0,12	1489 / 0,12	1428 / 0,11	1194 / 0,1	1465 / 0,12	1002 / 0,1	1362,17 / 0,11
Вследствие смертности населения за год, чел., умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	51 / 13,0 / 0,002	50 / 15,9 / 0,002	47 / 20,0 / 0,002	41 / 26,5 / 0,002	47 / 36,9 / 0,002	34 / 28,7 / 0,001	45 / 23,5 / 0,002
<i>Город</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	8268 / 0,64	7711 / 0,61	7338 / 0,58	6209 / 0,5	4877 / 0,39	4768 / 0,39	6528,5 / 0,52
Вследствие смертности населения за год, чел., умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	319 / 8,1 / 0,01	283 / 9,0 / 0,01	265 / 11,3 / 0,01	232 / 15,0 / 0,01	187 / 14,7 / 0,01	189 / 15,9 / 0,01	245,83 / 12,3 / 0,01
<i>Село</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	5198 / 0,41	5815 / 0,46	6055 / 0,48	5516 / 0,44	4960 / 0,34	4817 / 0,39	5393,5 / 0,42
Вследствие смертности населения за год, чел., умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	186 / 4,7 / 0,01	213 / 6,8 / 0,01	237 / 10,1 / 0,01	203 / 13,1 / 0,01	188 / 14,8 / 0,01	182 / 15,4 / 0,01	201,5 / 10,8 / 0,01
* Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колянко. – М., 2000. – С. 40).							

сравнению с женщинами и сельскими жителями. Однако необходимо отметить, что в категориях мужчин и жителей городов показатели экономического ущерба постепенно уменьшаются, начиная с 2003 г., чего не наблюдается в категориях женщин и жителей села.

Аналогичные данные по другим причинам смерти класс «Несчастные случаи, травмы и отравления» приведены

в *приложении 5*. В целом потери от самоубийств преобладают во всех категориях населения, кроме женщин (см. табл. 23).

Таким образом, самоубийства являются одной из наиболее затратных в экономическом смысле причин смертности населения. При этом необходимо учитывать, что представленные расчеты касаются только случаев суицида с летальным исходом. Реальные масштабы экономического ущерба, связанного с проблемой суицидального поведения, значительно шире, поскольку он включает в себя затраты на лечение и реабилитацию парасуицидентов, а также экономические потери, связанные с оценкой «бремени семьи» суицидента. Кроме того, как мы уже упоминали, часть дорожно-транспортных происшествий, алкогольных и прочих отравлений, повреждений с неопределенными намерениями является результатом суицидальных тенденций. Такие случаи не отражаются официальной статистикой, поэтому установить их долю невозможно, однако очевидно, что они вносят свои коррективы и в структуру экономических потерь.

Экономический аспект проблемы суицидального поведения заключается не только в ущербе от смертности трудоспособного населения вследствие самоубийств, но и в косвенных потерях, выражающихся в весомых затратах региональной системы здравоохранения на лечение психических расстройств.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в государствах ЕС, где уровень затрат на здравоохранение превышает аналогичный показатель в среднем по странам СНГ, суицидальная активность населения ниже (*рис. 39*).

Если в 2000 г. психические расстройства как класс заболеваний находились на 16 месте по уровню затрат на одного жителя, то в 2004 г. они вышли на второе место по данному показателю (*табл. 24*). При этом в 2002 г. затраты системы здравоохранения на лечение и реабилитацию пяти наиболее затратных заболеваний составили 56,2% совокупности всех расходов, а в 2004 г. – 67,32%, или 2,4 млрд. руб. По данным за 2007 г., психические расстройства возглавляют пятерку наиболее затратных классов заболеваний на территории Вологодской области.



**Рис. 39. Уровень самоубийств и затрат на здравоохранение в странах ЕС и СНГ \*** (среднее за 1996 – 2006 гг.)

\* Рассчитано автором по Базе данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>

**Таблица 24. Структура затрат по классам болезней и по каждому из диагнозов Международной классификации болезней (МКБ-X)**

Год	Ранжирование классов заболеваний по сумме затрат на 1 жителя				
	1	2	3	4	5
2002	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления	Инфекционные заболевания
2003	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Факторы, влияющие на здоровье населения
2004	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Новообразования
2005	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Беременность, роды и послеродовой период	Травмы и отравления
2006	Беременность, роды и послеродовой период	Болезни костно-мышечной системы	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни мочеполовой системы	Психические расстройства
2007	Психические расстройства	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	Беременность, роды и послеродовой период	Травмы и отравления

Источник: Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.

В классе «Психические расстройства» пятерка заболеваний, требующих наибольших затрат, выглядит следующим образом (данные за 2004 г.):

1. Шизофрения (184,9 руб. на 1 чел.).

2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,4 руб. на 1 чел.).

3. Психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,3 руб. на 1 чел.).

4. Депрессия (46,3 руб. на 1 чел.).

5. Умственная отсталость (41,6 руб. на 1 чел.).

Как мы видим, из пяти представленных видов заболеваний три имеют непосредственное отношение к формированию суицидальных тенденций (депрессия, алкоголизм и шизофрения). Следует также отметить, что среди отдельных заболеваний всех классов шизофрения, по данным за 2004 г., требует наибольшего вложения финансовых средств именно в связи со стационарным обслуживанием пациентов (табл. 25).

Таким образом, вследствие широкого распространения самоубийств среди лиц трудоспособного возраста (особенно среди мужчин) решение проблемы суицидального поведения имеет важное демографическое и экономическое значение. Проведенный анализ показал, что смертность от самоубийств влечет за собой существенные потери

Таблица 25. Наиболее затратные заболевания на территории Вологодской области

Наименование заболевания	Сумма затрат на 1 человека, в руб.
<b>1. Шизофрения</b>	<b>184,90</b>
2. Стенокардия	128,04
3. Первичная гипертензия	110,49
4. Другие цереброваскулярные болезни	107,01
5. Хроническая ишемическая болезнь сердца	106,02
<b>6. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя</b>	<b>102,36</b>
7. Туберкулез органов дыхания	89,44
8. Инфаркт мозга	64,42
9. Инсулинонезависимый сахарный диабет	59,60
<b>10. Психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга</b>	<b>59,25</b>
<i>Источник: Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.</i>	

продолжительности жизни, а также потери ВРП, причем экономический ущерб от суицидов превышает аналогичные показатели от убийств, дорожно-транспортных происшествий и алкогольных отравлений. Кроме того, в экономическом плане проблема суицидального поведения актуальна не только из-за прямого ущерба от смертности населения, но и из-за существенных финансовых затрат системы здравоохранения на лечение психических заболеваний и реабилитацию парасуицидентов и их родственников.

Представленный анализ дает основание утверждать, что резкое увеличение уровня самоубийств в начале 1990-х гг. обусловлено социально-экономическим кризисом, отменой антиалкогольной кампании и сменой политического курса. Более детальное исследование факторов суицидального риска позволило выделить группы суицидального риска на территории Вологодской области, а также определить основные параметры социального портрета человека, склонного к проявлению аутоагрессии. Мы считаем это необходимым условием эффективной деятельности по снижению уровня смертности от самоубийств, поскольку тем самым обеспечивается возможность адресного мониторинга ситуации и оказания помощи представителям групп риска. В то же время актуальна, на наш взгляд, конкретизация групп риска в целях адресного влияния на них для повышения эффективности управленческих решений в данной области. Конкретизация факторов и групп суицидального риска является долгосрочной целью, которая может быть достигнута при длительном и систематическом наблюдении за жизненными условиями представителей выделенных нами категорий суицидального риска.

Кроме того, эмпирическим путем нами доказан тот факт, что вследствие широкого распространения самоубийств среди представителей трудоспособного возраста суицидальное поведение является важной демографической и экономической проблемой. Это вызывает необходимость анализа действующей в настоящее время системы профилактики суицидального поведения и определения приоритетных путей ее оптимизации.

## Глава 3

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

#### *3.1. Основные направления профилактики суицидального поведения населения*

Анализ проблемы суицидального поведения на международном уровне показал повышенный уровень смертности от самоубийств в России, что вызывает необходимость разработки и организации упорядоченной системы превенции суицидов. По заявлению представителя Департамента психического здоровья ВОЗ, «без государственной политики в области предотвращения суицидов надеяться на стихийное исправление ситуации бессмысленно» [136].

В отличие от западной модели оказания помощи суицидентам, отечественная модель реализуется в рамках государственного здравоохранения. Профилактика суицидального поведения, таким образом, находится в руках единой координационной системы, в то время как за рубежом – в основном в руках частнопрактикующих профессионалов. Вместе с тем обе модели сталкиваются с одной общей проблемой – недостаточно полной корректировкой личностных структур, которая необходима для предупреждения рецидивов парасуицида.

В 1989 г. Всемирная организация здравоохранения внесла превенцию суицидов в число приоритетных направлений в области охраны и укрепления общественного психического здоровья. Профилактика суицидального поведения представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения у людей социально-психологической и личностной дезадаптации, формирования на ее основе суицидальных тенденций или же их обострений [33].

В оценке финансовой стороны деятельности российской системы здравоохранения по лечению психических расстройств и пограничных состояний, ведущих к парасуициду, следует отметить актуальность двух важных проблем:

1. Недостаточный уровень финансирования отрасли со стороны государства.

2. Нерациональность использования имеющихся финансовых средств.

Обеспечение справедливого и адекватного финансирования в области охраны и укрепления психического здоровья рассматривается специалистами ВОЗ как одно из приоритетных направлений деятельности на ближайшие десять лет [50]. В то же время, по заявлению директора Центра им. Сербского Т. Дмитриевой, государственные расходы на психиатрию в России составляют 10% от общих расходов на здравоохранение, что вдвое ниже аналогичного показателя в развитых странах [83]. На территории Вологодской области за период 2000 – 2006 гг. уровень финансовых расходов на лечение психических патологий составил 7,67% от всех затрат на здравоохранение.

Совершенно очевидно, что необходимым условием эффективной деятельности по предупреждению развития суицидальных тенденций является уровень финансирования системы здравоохранения, соответствующий западноевропейским стандартам. Вместе с тем по данному показателю Россия отстает от развитых стран мира (*рис. 40*). В среднем по Европейскому региону общие затраты на здравоохранение составили 8,5 и 7,4 п. п. соответственно, в то время как в России этот показатель равен 5,7 п.п., что соответствует уровню таких стран, как Узбекистан (5,6) и Словакия (5,7).

О недостаточном финансировании отрасли здравоохранения в России свидетельствуют также данные, приведенные в *таблице 26*. При анализе ситуации в РФ и странах ОЭСР выявлено, что разрыв между ними в расходах на здравоохранение оказывается более весомым, чем отличия

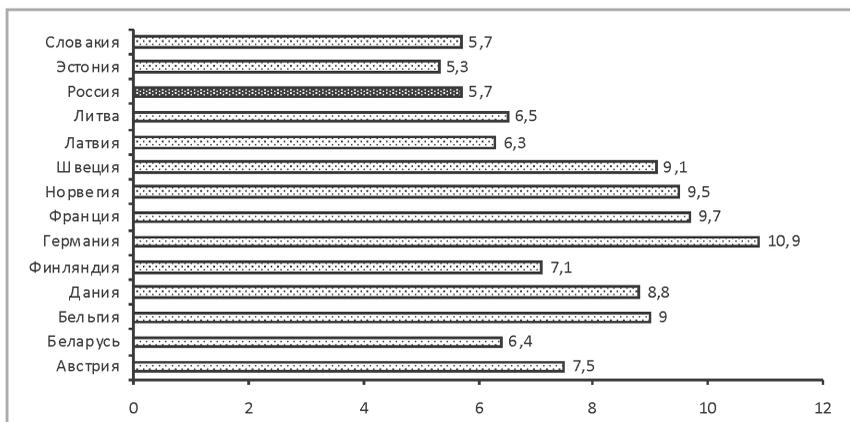


Рис. 40. Общие затраты на здравоохранение в 2000 – 2004 гг., в % к ВВП

Источник: данные ВОЗ «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>.

в показателях ВВП. Таким образом, потенциальные возможности для расширения объемов финансирования в России имеются, однако остаются нереализованными.

Среди финансовых проблем региональной системы профилактики суицидального поведения следует отметить трудности, связанные непосредственно с оказанием помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

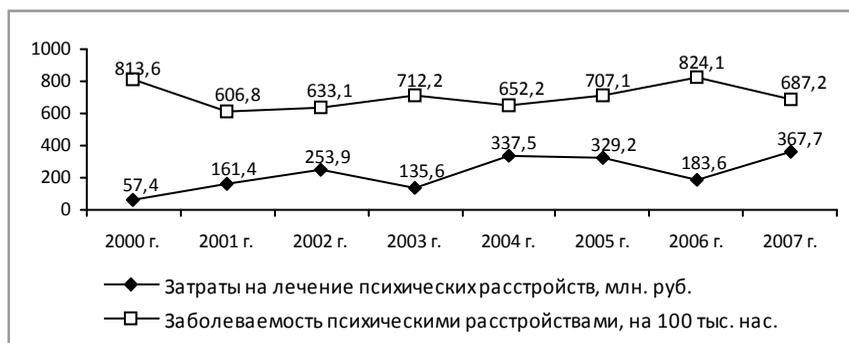
Таблица 26. Соотношение ВВП и расходов на здравоохранение в странах «Большой восьмерки»

Страна	Общие расходы на здравоохранение, долл. по ППС		ВВП на душу населения, долл. по ППС		Отношение величин в странах ОЭСР к уровню РФ, в разах (2003 г.)	
	1999 г.	2003 г.	1999 г.	2003 г.	Здравоохранение	ВВП
Франция	2306	2902	22897	27677	5,3	3,0
Германия	2566	3001	23743	27756	5,4	3,0
США	4335	5711	31872	37562	10,4	4,1
Великобритания	1700	2389	22093	27147	4,3	2,9
Канада	2400	2989	26251	30677	5,4	3,3
Италия	1859	2266	22172	27119	4,1	2,9
Япония	1829	2244	24898	27967	4,1	3,0
<b>Россия</b>	<b>285</b>	<b>551</b>	<b>7473</b>	<b>9230</b>	x	x

Источник: Доклад о развитии человека за 2005 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05\\_ru\\_complete.pdf](http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05_ru_complete.pdf)

Связь данного класса заболеваний и феномена самоубийства очевидна, поскольку независимо от причин и мотивов суицид всегда связан с изменениями в психическом здоровье, в рамках нормы или за ее пределами. В то же время психическая патология, если она не врожденная, возникает под влиянием тех же факторов, что и суицидальные тенденции. Другими словами, самоубийство и приобретенное психическое заболевание, наряду с другими формами проявления аутодеструктивной активности, можно трактовать как два альтернативных деструктивных варианта реакции личности на психотравмирующую ситуацию. Наконец, не следует забывать, что психическими заболеваниями обусловлено до трети всех суицидов в мире, в связи с чем лечение психических патологий само по себе можно рассматривать как необходимое звено профилактики суицидальных тенденций в обществе.

На протяжении периода с 2000 по 2007 г. в динамике расходов на лечение психических заболеваний наблюдались тенденции, обратные пропорциональные распространенности психических патологий (рис. 41). Анализ финансовых расходов на лечение психических расстройств показывает,



**Рис. 41. Динамика заболеваемости психическими расстройствами и затрат на их лечение в Вологодской области**

*Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. / Департамент здравоохранения Вологодской области. – Вологда, 2008; Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.*

что в 6 из 7 случаев динамика заболеваемости психическими расстройствами и динамика затрат на их лечение имеют обратную связь. В то же время при увеличении затрат на 1 млн. руб. показатель заболеваемости снижается в среднем на 0,4 на 100 тыс. населения. В 2007 г. уровень заболеваемости психическими расстройствами в среднем по стране составил 663 на 100 тыс. населения, в Вологодской области – 687 на 100 тыс. населения (то есть на 23 случая меньше). Следовательно, для снижения заболеваемости психическими расстройствами в регионе хотя бы до среднего по стране уровня требуется увеличение объемов финансирования психиатрии примерно на 163 176,5 руб. (или на 16% от уровня 2007 г.). Если же следовать ориентирам принятой в 2006 г. Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)», то к 2011 г. финансирование психиатрии в Вологодской области должно увеличиться почти в 7 раз (до 2 343 млн. руб.).

Говоря о реализации финансовых средств в психиатрии, следует отметить, что приоритет должен отдаваться профилактике и диагностике заболеваний на ранних стадиях развития, а не дорогостоящей терапии в стационарных условиях. Попытка снизить уровень смертности от психических расстройств за счет увеличения срока госпитализации, предпринятая в Вологодской области в 2004 – 2005 гг., принесла определенные результаты в виде снижения больничной летальности (с 0,4 до 0,1 на 100 тыс. нас.). Однако этому сопутствовало увеличение показателя заболеваемости психическими расстройствами (с 652 до 824 на 100 тыс. нас.), что свидетельствует о нецелесообразности данного подхода. Аналогичная ситуация имела место в деятельности наркологической службы. По сравнению с 2000 г. в 2007 г. увеличилось количество коек по наркологическому профилю (с 275 до 305), обеспеченность населения ими возросла с 2,1 до 2,4 на 10 тыс. населения, хотя показатель болезненности при этом увеличился со 100,6 до 147,9, а уровень заболеваемости – с 46,6 до 80,3.

Усиление амбулаторного звена психологической помощи населению связано с учреждением новых структур, оказывающих диагностическую, терапевтическую, реабилитационную и профилактическую помощь различным категориям населения. На этот счет в Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. указано: «В целях своевременного выявления заболеваний и эффективного их лечения необходимо повысить роль первичной медико-санитарной помощи, развивать стационарозаменяющие технологии, а также провести структурно-экономические преобразования в сети учреждений здравоохранения» [75].

Кадровые проблемы действующей в регионе системы профилактики суицидального поведения состоят в недостатке специалистов по охране психического здоровья на сельских территориях. Специалистами Государственного учреждения здравоохранения «Вологодская областная психиатрическая больница» проводится кураторская работа, заключающаяся в плановых выездах в закрепленные районы для методической и консультативной помощи на местах, однако данное направление деятельности является скорее подспорьем и не может кардинально повлиять на ситуацию.

В решении кадрового вопроса большое значение имеет организация подготовки и повышения квалификации кадров в соответствующих учреждениях (практическая работа с суицидентом требует от специалиста максимально точного установления причины сложившейся ситуации, компетентности в профессиональном взаимодействии с клиентом и временного курирования его жизни после окончания всего процесса работы). Как отмечено в программе ВОЗ «Здоровье – 21», «частота и уровни самоубийств могут быть резко сокращены, если представители медико-санитарных профессий будут подготовлены и обучены для обеспечения раннего выявления и диагностики депрессий и если будет предоставлено надлежащее лечение» [75].

В отсутствие четко отлаженного механизма сбора и обработки информации по проблеме суицидального поведения в регионе важной предпосылкой повышения эффективности деятельности по снижению суицидальной активности является систематизация статистических данных, разработка и запуск системы регионального мониторинга. Данная проблема существует не только в России и Вологодской области, но и во многих странах мира. По мнению специалистов ВОЗ, «четверть всех стран не имеют никаких систем сбора и представления данных по показателям психического здоровья. В других – надежность и охват систем информации исключительно ограничены. В результате все это препятствует формулированию и осуществлению рациональной политики психического здоровья и обеспечения обслуживания» [112].

На территории Вологодской области информация о количестве завершенных суицидов, парасуицидах, а также о категориях населения, относящихся к группе повышенного суицидального риска, находится в различных учреждениях (Вологодское областное бюро медицинской статистики, Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики, областной центр Госсанэпиднадзора и др.). Потенциал этой информации не используется в должной мере: не создан механизм систематизации статистических данных, отсутствует возможность выявления социальных характеристик людей, проявляющих признаки суицидогенеза, актуальна потребность в конкретизации групп суицидального риска с целью адресного влияния на них для достижения максимального эффекта.

Кроме того, изучение уровня суицидального поведения в области осложнено отсутствием ряда необходимых статистических данных. Фактически в настоящее время регистрируются только количественные показатели (случаи завершенных суицидов и попыток самоубийств). Вместе с тем для принятия необходимых мер по снижению уровня

суицидальной активности требуется установление качественных характеристик образа жизни потенциального суицидента – его материального и социального положения, уровня коммуникабельности, семейного положения и т. д.

Сбор такой информации должны осуществлять работники УВД при выездах по поступившему сигналу о самоубийстве или попытке суицида. В случае неудачной попытки и госпитализации суицидента сведения о нем могут регистрироваться медицинскими работниками (например, лечащим врачом). Если суицидент состоял на учете и получал услуги какой-либо социальной службы, необходимо содействие ее представителей, поскольку они обладают информацией об образе жизни, материальном достатке и социальных контактах суицидента.

Чтобы полученные данные имели научную и практическую ценность, они должны аккумулироваться в одном месте, например в методическом отделе областной психиатрической больницы. При правильной организации механизма использования информационной карты появляется возможность детальной конкретизации факторов суицидального риска и характеристик социальной ситуации, провоцирующей симптомы суицидогенеза, а также максимальной конкретизации групп суицидального риска, что необходимо для соблюдения принципа адресности в проведении профилактических мероприятий и оказании помощи суицидентам.

Форма сбора информации о суициденте, на наш взгляд, должна включать следующие элементы (*рис. 42*).

Учитывая то, что проблема суицидального поведения в последние годы приобретает все более ярко выраженную тенденцию к омоложению, целесообразным, на наш взгляд, является изучение факторов суицидального риска в регионах с низким уровнем самоубийств среди молодежи и экстраполяция успешных моделей на регионы с высоким уровнем смертности от суицидов.

## Регистрационная карта суицидента

1. Ф. И. О. \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_ м / ж

3. Возраст \_\_\_\_\_

4. Уровень образования:

- а. Высшее
- б. Незаконченное высшее
- в. Неполное среднее
- г. Среднее специальное
- д. Среднее
- е. Начальное

5. Семейное положение:

- а. Зарегистрированный брак, совместное проживание
- б. Зарегистрированный брак, раздельное проживание
- в. Не замужем (холост)
- г. В разводе
- д. Гражданский брак
- е. Вдова (вдовец)

6. Место жительства: город / село

7. Социальное положение:

- а. Работающий
- б. Учащийся
- в. Предприниматель
- г. Военнослужащий
- д. Инвалид
- е. Безработный
- ж. Пенсионер
- з. Другое \_\_\_\_\_

8. Материальное положение: \_\_\_\_\_

В данном параметре должны учитываться источники и размер дохода. При отсутствии такой информации должны быть занесены данные, свидетельствующие о характере материального положения косвенно: размер и благоустройство жилья, наличие приусадебного участка, автомобиля и т. д.

9. Физическое здоровье: \_\_\_\_\_

Данные о соматических заболеваниях суицидента, имевшихся на момент совершения суицида или парасуицида (заполняется в соответствии с медицинской документацией).

10. Способ суицидального действия:

- а. Отравление
- б. Самопорез
- в. Повешение
- г. Падение с высоты
- д. Утопление
- е. Другое \_\_\_\_\_

11. Дата и время происшествия: \_\_\_\_\_

12. Обстоятельства происшествия: \_\_\_\_\_

Вносятся данные, конкретизирующие особенности суицида. Например: в состоянии алкогольного опьянения, в состоянии аффекта и т. д.

13. Микросоциальное окружение: \_\_\_\_\_

Данные, характеризующие особенности социальных контактов суицидента. Например: количество родственников и друзей, частота социальных контактов, посещение культурно-развлекательных учреждений и т.д.

14. Психический статус: \_\_\_\_\_

Наличие официально зарегистрированных психических заболеваний и суицидальных попыток в биографии. Заполняется в соответствии с медицинской документацией.

15. Психологический статус: \_\_\_\_\_

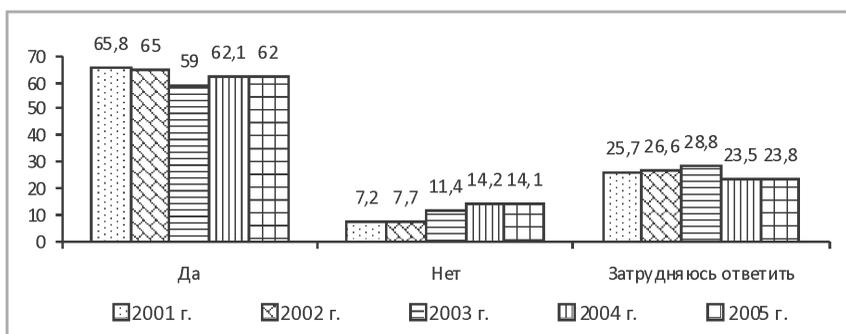
Данные, характеризующие психологическое состояние суицидента за месяц до совершения суицидальной попытки (заполняется со слов соседей, родственников, знакомых).

Рис. 42. Регистрационная карта суицидента

Широкими возможностями в первичной профилактике суицидов и преодолении проблемы стигматизации обладают средства массовой информации. Социальная реклама, информирование населения о деятельности «телефона доверия» и других психологических служб, повышение мотивации к здоровому образу жизни, обучение основам психогигиены и психопрофилактики – все эти функции могли бы быть реализованы СМИ при условии их заинтересованности в деле оказания помощи суицидентам и их семьям.

Освещение в СМИ вопросов, связанных с психологическими проблемами, считало необходимым на протяжении всего периода нашего исследования более 60% населения (рис. 43).

Для координации деятельности СМИ в данном направлении на территории Вологодской области была создана межведомственная рабочая группа, в состав которой вошли представители Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздравсоцразвития РФ, а также Департамента здравоохранения, Департамента образования, Комитета информации, печати и телерадиовещания Вологодской области, Вологодского областного центра медицинской профилактики, Института



**Рис. 43. Доля лиц, считающих, что средства массовой информации должны помогать людям решать свои психологические проблемы и повышать общую психологическую грамотность, в %**

*Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.*

социально-экономического развития территорий РАН и др. Результатом работы этой группы стала «Стратегия взаимодействия государственной власти, общества и средств массовой информации в формировании у населения Вологодской области мотивации к здоровому образу жизни», которая определяет приоритетные направления деятельности в решении данного вопроса, исполнителей, целевые группы, объемы и источники финансирования социальной информационной кампании.

Сегодня, в условиях относительной стабилизации политической и экономической жизни в стране, на первый план в формировании суицидальных тенденций выходят факторы риска на микроуровне. Важнейшим из них, на наш взгляд, являются семейные взаимоотношения, которые определяют общий эмоциональный фон не только самих супругов, но и, в первую очередь, их детей.

Проблема аутодеструктивного поведения имеет исключительно субъективный характер, поэтому главный момент в данном вопросе не количество и характер негативных событий, с которыми человек сталкивается в течение жизни, а его способность конструктивно воспринимать их и относиться к ним. Именно эта особенность личности целиком и полностью формируется в семье, начиная с базового доверия/недоверия к миру, закладывающегося еще в младенческом возрасте.

В связи с этим профилактика аутодеструктивного поведения должна начинаться с обучения членов семьи способам конструктивного общения, умению находить компромиссные решения, а также с разъяснения особенностей возрастной психологии. Возможно, что с введением должности врача общей практики перед системой здравоохранения откроются новые перспективы в плане снижения уровня самоубийств среди населения, однако для этого необходимо, чтобы в системе подготовки специалистов общей врачебной практики большое внимание уделялось практическим основам суицидологии.

К такому же выводу пришли сотрудники Северного государственного медицинского университета (СГМУ): «В целях повышения уровня суицидологической профилактики и реабилитации мы рекомендуем ввести в программу среднего, высшего и последипломного образования вопросы суицидологии (в СГМУ уже проводятся подобные занятия), где возможен разбор факторов и групп суицидального риска, наиболее возможных причин и мотиваций, проведение первичной и вторичной социально-психологической помощи суициденту» [137].

В качестве примера эффективности реализации образовательных программ среди работников здравоохранения можно привести результаты Готландского исследования, которое было проведено в Швеции в 80-е годы прошлого века. До эксперимента остров Готланд с населением 60 тысяч человек характеризовался высоким уровнем самоубийств и психических расстройств по сравнению с остальной частью территории Швеции и в то же время высоким уровнем жизни населения, отсутствием коренных социально-экономических преобразований, благоприятной экологической обстановкой.

В ходе эксперимента местный психиатрический департамент совместно со Шведским комитетом по профилактике и лечению депрессии создали образовательную программу (тренинги, семинары) для врачей общей практики по актуальным для них вопросам организации диагностики, профилактики и терапии суицидальности, депрессии, психических расстройств.

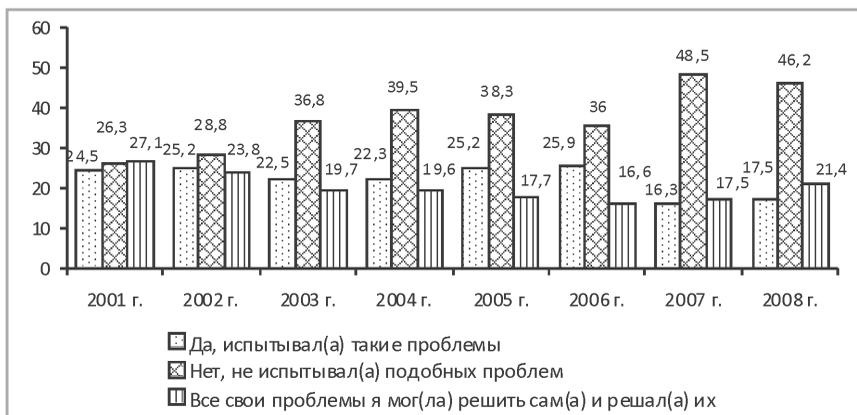
Эффект от такого рода мероприятий проявился через три года. Количество обращений по поводу депрессии в местные психиатрические учреждения и длительность пребывания на больничном листе снизились более чем на 50%. Количество койко-дней пребывания в стационаре пациентов с диагнозом «депрессия» уменьшилось на 70%, число самоубийств – на две трети [88].

В большинстве случаев суициды не совершаются импульсивно и непредсказуемо. Практически каждый человек, преследуемый мыслью о суициде, так или иначе сигнализирует окружающим о своем намерении. Установлено, что от 70 до 75% среди тех, кто намеревается покончить с собой, тем или иным образом раскрывают свои стремления. Примерно  $\frac{3}{4}$  численности людей, склонных к суицидальному поведению, ищут возможности высказаться и быть услышанными (с этой целью они, например, могут чаще посещать своих врачей по тому или иному поводу). В связи с этим необходима регулярная диагностика психологического самочувствия населения на предмет выявления так называемых «предвестников» суицида, что может быть достигнуто в результате проведения мониторинга общественного мнения, а также в условиях развитой сети специализированных учреждений, оказывающих психологические, психотерапевтические и психиатрические услуги.

Другим, не менее важным направлением деятельности по повышению квалификации соответствующих кадров является проведение научного исследования факторов суицидального риска и возможностей их минимизации.

Для более полного анализа сложившейся системы помощи суицидентам и их семьям необходимо охарактеризовать не только ее специфические аспекты, такие как финансовое и кадровое обеспечение, но и отражение аспектов ее деятельности в общественном сознании населения региона. С этой целью нами проводится ежегодный мониторинг общественного мнения по вопросам удовлетворенности и доступности специализированных (психологических, психотерапевтических и психиатрических) услуг.

В 2008 г. почти половина жителей области (46%) отметили, что для преодоления психологических трудностей не нуждаются в квалифицированной помощи (рис. 44). При этом, начиная с 2006 г., постепенно увеличивается доля жителей области, уверенных в том, что они могут самостоятельно справиться с возникающими психологическими проблемами. Удельный вес сталкивающихся когда-либо с подобными



**Рис. 44. Испытывали ли Вы раньше серьезные психологические проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи? (в % от числа опрошенных)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

проблемами возрос в 2008 г. по сравнению с 2007 г. с 16 до 18%. Чаще всего с ними сталкиваются люди, которые ведут одинокий образ жизни по причине развода (35%) или смерти одного из супругов (32%).

Позитивная динамика в 2005 – 2007 гг. наблюдалась в оценках доступности для населения специализированной помощи (табл. 27). Однако следует отметить, что в среднем за период 2001 – 2008 гг. почти 60% жителей области позитивно отнеслись к потенциальной возможности организовать

**Таблица 27. Хотелось бы Вам, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства? (в % от числа опрошенных)**

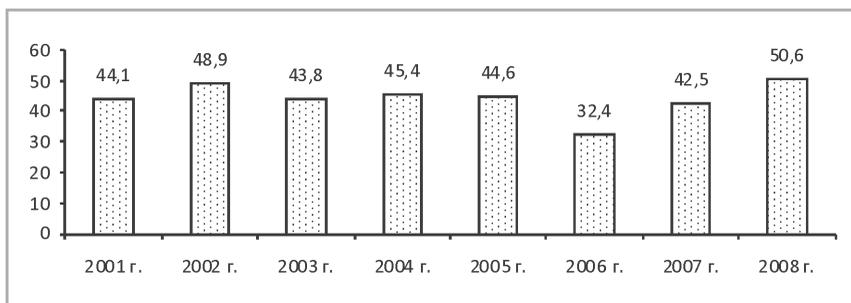
Варианты ответов	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее за 2001 – 2008 гг.
Да, это необходимо	36,5	35,8	30,9	37,0	34,9	29,0	21,5	27,8	<b>31,7</b>
Нет, не вижу такой необходимости	11,9	13,5	22,4	17,6	18,1	21,7	26,2	25,5	<b>19,6</b>
Да, наверное, не помешало бы	35,1	33,4	24,7	23,9	24,8	22,3	27,8	25,3	<b>27,2</b>
Затрудняюсь ответить	15,3	16,8	20,7	20,8	21,9	27,0	24,5	21,3	<b>21,0</b>

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

деятельность квалифицированного специалиста по месту их жительства, причем более половины из них (32%) считают это необходимым.

Потребность в услугах службы «Телефон доверия» среди жителей области превышает потребность в помощи квалифицированных специалистов. В среднем за 2001 – 2008 гг. данный показатель составил 44%. В последние три года отмечается рост интереса к деятельности данной службы (рис. 45), что может быть связано с такими ее специфическими возможностями, как оперативность, финансовая и территориальная доступность, конфиденциальность.

По данным за 2001 – 2005 гг., доля жителей области, пользующихся услугами квалифицированных специалистов, превышает удельный вес клиентов «телефона доверия» (рис. 46). Чаще всего к помощи психологов и психиатров прибегают женщины до 30 лет, люди среднего достатка, совместно проживающие супружеские пары. В различных половозрастных категориях обращаемость к квалифицированным специалистам примерно одинаковая (32 – 34%). Следует также отметить, что среди обращающихся к ним преобладают проживающие совместно семейные пары (30%) и люди среднего достатка (35%). Для сравнения: в 2008 г. лишь 10% людей, причисляющих себя к «бедным» и «нищим» слоям населения, отметили, что когда-либо в своей жизни



**Рис. 45. Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства? (вариант ответа «да»; в %)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.



**Рис. 46. Обращались ли Вы ранее за психологической помощью?**  
(в % от числа опрошенных)

*Примечание.* Квалифицированный специалист – психолог, психотерапевт, осуществляющий частную практику. Психологическая служба – государственное учреждение. На территории Вологодской области их 9: Территориальный центр помощи семье и детям, Областной центр медико-психологической помощи и планирования семьи, Областной психотерапевтический центр, Областная психолого-медико-педагогическая консультация, Комплексный центр социального обслуживания, Областной наркологический диспансер, подростковый наркологический кабинет, Областная психиатрическая больница.

*Источник:* данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

обращались за помощью к квалифицированному специалисту. Среди раздельно проживающих супружеских пар удельный вес таких людей составил 16%, среди холостых и незамужних – 15%, среди вдовых – 10%.

Логично предположить, что на обращаемость за специализированной помощью влияет не только степень актуальности проблемы стигматизации, но и уровень материального благосостояния. Стоимость одного сеанса групповой или индивидуальной психотерапии у ведущих частную практику специалистов составляет примерно 1 тыс. руб. или от 4 до 8 тыс. рублей в месяц. В то же время их услуги более доступны для населения территориально. Кроме того, они более конфиденциальны по сравнению с помощью, оказываемой в рамках медицинского учреждения. Поэтому мы считаем, что уровень обращений к частно практикующим специалистам мог бы оказаться более высоким, если бы стоимость их услуг была соразмерна среднестатистическому семейному бюджету.

Показатели удовлетворенности населения деятельностью различных структур, оказывающих услуги психологического характера, не имеют выраженных тенденций и находятся в пределах 60 – 70 п.п. (рис. 47). Несмотря на снижение числа положительных отзывов о деятельности службы «Телефон доверия», в 2006 г. их удельный вес составил 61%. Доля позитивных оценок работы квалифицированных специалистов увеличилась с 61 до 64%.

Несмотря на высокую степень востребованности и удовлетворенности качеством услуг всех субъектов, оказывающих специализированную психологическую помощь, готовность населения воспользоваться их услугами снизилась по сравнению как с 2005, так и с 2001 гг. В среднем за период 2001 – 2006 гг. почти четверть населения (22%) затруднилась бы обратиться за квалифицированной помощью в случае необходимости (рис. 48).

Среди причин, препятствующих готовности людей пользоваться услугами психологического характера, лидирующую позицию занимает стремление к самостоятельному принятию решений (табл. 28). Категория жителей области, руководствующихся данной установкой, имела тенденцию уменьшения в 2003 – 2005 гг., и в 2007 г. по сравнению с 2006 г. (с 33 до 28%). В то же время значительными остаются доли людей, для которых затруднительно обращение



**Рис. 47. Доля тех, кому помогло обращение к квалифицированному специалисту или по «телефону доверия» (в % от числа обратившихся за помощью)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.



**Рис. 48. Количество респондентов, готовых обратиться за психологической помощью в случае возникновения у них или их близких серьезных проблем (в % от числа опрошенных)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

к специалисту по причине страха перед негативной оценкой окружающих (21%), и тех, кто не верит в возможности специалистов по охране психического здоровья или не осведомлен о них (13%). В среднем за 2001 – 2008 гг. удельный вес обеих категорий составил 40%, что свидетельствует о высокой степени актуальности в регионе проблемы стигматизации.

**Таблица 28. Распределение ответов на вопрос: «Смогли бы Вы сейчас обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?»**

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее за 2001 – 2008 гг.
Да, смог(ла) бы обратиться сразу	21,9	24,4	24,5	24,7	28,1	20,6	33,8	36,2	<b>26,8</b>
Да, хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие)	31,9	24,5	18,2	21,5	23,9	21,2	23,7	20,7	<b>23,2</b>
Нет, потому что могу справиться сам(а)	30,8	31,2	36,3	34,3	27,4	33,0	27,9	29,9	<b>31,4</b>
Нет, потому что он все равно не поможет	13,0	15,7	16,7	17,5	16,5	22,9	14,6	13,3	<b>16,3</b>

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Важной задачей в организации системы профилактики суицидального поведения является борьба со стигматизацией лиц, проявляющих суицидальные тенденции или отклонения в психическом здоровье, а также их родственников и специалистов, оказывающих соответствующие услуги. Стигматизация – это негативное выделение обществом индивида или социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивида или представителей социальной группы [22]. По статистике лишь 15 – 20% самоубийц – душевнобольные люди [23], однако одним из самых широко распространенных мифов о суициде является представление о нем как о результате психической болезни. Это влечет за собой дискриминацию, выражающуюся в стремлении избежать общения с суицидентом, в ограничениях трудоустройства, включения в различные социальные группы и т. д.

Борьба со стигматизацией и дискриминацией, по решению ВОЗ, является одним из приоритетных направлений в области охраны и укрепления психического здоровья. В частности, специалисты ВОЗ отмечают: «Широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами, приводящей к их дискриминации, не должна служить препятствием для разработки и реализации стратегий охраны психического здоровья... Во всех странах мира те люди, которые не стремятся к лечению, не проходят или не получают лечения, поступают так в силу боязни, недостатка ресурсов или отсутствия информации. Они обычно являются жертвами своей собственной болезни и становятся мишенями для злоупотребления правами человека и дискриминации. Стигматизация и дискриминация являются ключевыми факторами, которые препятствуют получению помощи, в которой они нуждаются» [112].

Ситуация в сфере психического здоровья осложняется тем, что в обществе не сформирована установка на получение психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи. Это происходит вследствие недостатка

информации и существования негативных стереотипов восприятия людей, как обращающихся за помощью к психиатру, так и тех, кто оказывает психиатрическую помощь. Низкокачественная помощь дополнительно стигматизирует больных, их близких и отталкивает от лечения. Это ведет к удорожанию медицинской помощи и увеличивает социальные и экономические затраты [100].

Причины стигматизации заключаются в трех группах потребностей общества [22]:

1. Потребность в сохранении удовлетворительных условий жизни, которые психически больной человек может нарушить своим вмешательством.

2. Потребность в сохранении нормального уровня психического функционирования (прежде всего когнитивного). Страх возникает вследствие веры в возможность передачи аномального хода мышления.

3. Потребность в сохранении эмоциональной стабильности, опасение эмоционального срыва.

В апреле 2000 г. исследовательский центр «Ромир» провел опрос общественного мнения по поводу отношения к эвтаназии и самоубийству (1500 респондентов, 94 населенных пункта, 40 субъектов РФ). Было установлено, что 63,2% россиян «не считают самоубийство оправданным никогда».

В апреле 2006 г. научным коллективом ИСЭРТ РАН был проведен аналогичный опрос, который показал, что проблема стигматизации на территории Вологодской области более актуальна: доля жителей, считающих, что самоубийство «никогда не может быть оправдано», составила 76,3%, при этом 13,8% респондентов полагают, что самоубийство «иногда допустимо» и лишь 6,1% относится к данному явлению «снисходительно». Надо добавить, что из 18 перечисленных в опросе явлений самоубийство стояло на 4 месте по уровню категорически отрицательных ответов, уступая только таким позициям, как «употребление наркотиков» (85,9%), «пытки» (83,6%) и «измена Родине» (80,7%).

В целях успешной реализации задачи снижения уровня смертности от самоубийств ВОЗ предлагает следующие рекомендации [50]:

**1. Для создания информационного пространства:**

- Повысить уровень информированности общественности о симптомах стрессовых и тревожно-депрессивных состояний.

- Проводить просветительскую работу на дому в семьях повышенного риска для целенаправленного содействия развитию родительских навыков, здоровых форм поведения и взаимодействия между родителями и детьми.

- Разработать в партнерстве с другими министерствами научно обоснованные образовательные программы для молодежи в школах и высших учебных заведениях, касающиеся проблем самоубийств, депрессий, расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ.

- Обеспечить более полное понимание сотрудниками служб здравоохранения и других секторов своего отношения к проблеме самоубийств и психических заболеваний и связанных с ними предрассудков.

**2. Для дестигматизации суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы:**

- Содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.

- Разработать согласованную программу политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учетом международных и региональных норм в отношении прав человека.

- Установить конструктивный диалог со средствами массовой информации и предоставлять им информацию на систематической основе.

- Способствовать созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, представляющими людей с психическими проблемами.

- Содействовать социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.

- Стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счёт поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.

### **3. Для диагностики и профилактики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития:**

- Осуществлять мониторинг состояния психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, путём разработки соответствующих показателей и средств контроля.

- Разработать меры по охране и укреплению общественного психического здоровья на рабочих местах путем повышения квалификации персонала.

- Разработать стратегии, способствующие ограничению доступности средств совершения самоубийств.

- Способствовать созданию групп самопомощи, телефонных линий помощи и веб-сайтов, помогающих снизить уровень самоубийств и направленных прежде всего на группы высокого риска.

- Расширять права и возможности неправительственных организаций. Привлекать к разработке и реализации программ предупреждения самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за вопросы трудоустройства, образования и жилищные вопросы.

- Обеспечить адекватную профессиональную поддержку и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию, включая войны, стихийные бедствия и террористические акты.

В заключение отметим, что актуальность и многофакторность проблемы суицидального поведения обуславливает необходимость разработки и внедрения упорядоченной системы профилактики суицидальных тенденций. И хотя действующие специалисты в целом не могут повлиять на глобальные причины самоубийств, так как они социальны по своей природе и отражают дефекты современного общественного устройства, тем не менее им по силам успешное выявление суицидоопасных контингентов, выведение их из психологического кризиса с целью предотвращения возможных суицидальных действий и повторных суицидальных попыток. Внимание специалистов при этом должно быть направлено не только на купирование суицидоопасного кризиса, но и на выработку у суицидента навыков социально-психологической адаптации, что необходимо для профилактики рецидивов парасуицида.

При отсутствии системного характера помощи суицидентам возрастает риск повторной попытки самоубийства и, следовательно, отсутствует возможность кардинальных положительных изменений в решении проблемы суицидального поведения. Надо также отметить, что система профилактики самоубийств должна выходить за рамки психиатрии и отрасли здравоохранения в целом. В связи с этим встает вопрос о создании региональной программы профилактики суицидального поведения, комплексной стратегии предотвращения самоубийств. В ней могут быть задействованы не только учреждения здравоохранения, но и прочие социальные институты, с которыми взаимодействует человек в своей жизни.

Таким образом, динамика общественного мнения свидетельствует о том, что на территории Вологодской области существует высокая степень потребности в услугах психологического характера. В среднем за период 2001 – 2008 гг. почти четверть населения (22%) когда-либо сталкивалась с серьезными психологическими проблемами, которые была

вынуждена решать самостоятельно вследствие недоступности квалифицированной помощи; 32% населения нуждается в организации по месту жительства работы квалифицированного специалиста по психическому здоровью, 44% – в «телефоне доверия». За 6 лет увеличилось по сравнению с уровнем 2001 г. не только количество обращений в соответствующие структуры, но и степень удовлетворенности их деятельностью. Между тем пользование услугами инфраструктуры психологической помощи осложняется неготовностью жителей региона прибегнуть к помощи специалистов и, следовательно, публично признать наличие у себя проблем психологического характера. Удельный вес категории населения, испытывающего затруднения при обращении к специалисту, остается стабильным на протяжении последних лет и составляет около 22%.

В этих условиях следует признать практически полное отсутствие организованной системы профилактики суицидального поведения на территории Вологодской области. Проблемы финансирования отрасли здравоохранения, а также недостатки в организации специализированной помощи имеют место на фоне высокого уровня потребности населения в услугах психологического характера. Сложившаяся ситуация усугубляется проблемой стигматизации психологических учреждений, которая могла бы быть решена при активном и правильном использовании средств массовой информации.

Надо также отметить, что первоочередной задачей в сфере снижения уровня суицидальной активности населения Вологодской области является создание четкой иерархии учреждений и служб, работающих непосредственно по профилю суицидального поведения. В связи с этим возникает необходимость разработки и принятия региональной программы профилактики суицидального поведения.

### *3.2. Разработка региональной концепции профилактики суицидального поведения*

Отечественные и зарубежные представления о борьбе с предотвратимыми причинами смертности в целом и с самоубийствами в частности имеют определенные различия. «Российские специалисты, в отличие от зарубежных исследователей, считают каждую причину предотвратимой смертности лишь частично предотвратимой... Так, степень влияния учреждений здравоохранения на смертность от социально обусловленных заболеваний (туберкулез, убийства, самоубийства, отравления и др.) напрямую зависит от социально-политических условий» [132].

На необходимость развития системы профилактики суицидального поведения в России указывает Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренная Правительством РФ 24 сентября 2001 г. В частности, в ней отмечено: «В целях улучшения психического здоровья населения необходимо принятие мер по профилактике самоубийств, включая развитие сети телефонов доверия, совершенствование деятельности врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников». Задача организации суицидологической службы на территории Вологодской области стоит только в перспективе и прописана в Областной целевой программе «Демографическое развитие Вологодской области на 2007 – 2010 гг.».

Опыт зарубежных стран (США, Япония, Финляндия) показывает, что для кардинального изменения ситуации в области суицидального поведения требуется антисуицидальная программа на государственном уровне. В России национальная стратегия предотвращения самоубийств отсутствует, хотя предпринимались попытки по ее созданию. В частности, в 80-х гг. XX в. А. Г. Амбрумовой был создан Всесоюзный суицидологический центр, который развалился в 90-х гг. «От той системы остались лишь Федеральный

центр суицидологии и кризисный стационар при 20-й горбольнице в Москве – 60 коек на весь город.» [9] Еще одна попытка была предпринята в 1996 – 1998 гг. Был подписан приказ о создании суицидологической службы в России, однако, по заявлению В. Войцеха, возглавляющего в настоящее время Федеральный центр суицидологии, «после всех преобразований в системе здравоохранения все было разрушено» [136].

С незначительными различиями национальные программы превенции суицидов в разных странах имеют общие черты, обусловленные спецификой факторов суицидального риска. «Суицидогенные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по социальной работе. Следовательно, задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их. Задача эта сложная, требующая разработки масштабных социальных программ, т. к. для ее решения нужно добиться кардинальных позитивных сдвигов в общественных отношениях и на микро-, и на макро-социальных уровнях» [30].

Таким образом, профилактика суицидального поведения во всех странах одновременно направлена на общество в целом и на систему здравоохранения в частности. В связи с этим Всемирной организацией здравоохранения и Организацией Объединенных Наций разработана общая стратегия превенции суицидального поведения, включающая в себя два направления:

*1. Превенция суицидов в рамках системы здравоохранения.* Целью этого подхода является повышение качества диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, затрагивающих сферу психического здоровья населения. В качестве отдельных задач выделяются: адекватная оценка факторов риска суицидального поведения,

повышение профессиональной компетенции работников здравоохранения в области суицидальной превенции, организация механизма наблюдения (ведения) суицидента после проведенной с ним психопрофилактической работы. Помимо пациентов медицинских учреждений, решение проблемы суицидального поведения в рамках системы здравоохранения направлено также на их ближайших родственников и медицинский персонал.

2. *Превенция суицидов в рамках охраны общественного здоровья.* Целью деятельности является первичная профилактика суицидального поведения, т. е. предотвращение и диагностика самих факторов суицидального риска. В рамках этого подхода реализуются следующие задачи: организация системы профилактики суицидов в отдельных сферах (школы, воинские части, тюрьмы и т.д.), повышение устойчивости семейных взаимоотношений, контроль за использованием информации в СМИ, развитие инфраструктуры досуговых учреждений и т. д. Работа направлена на все население в целом и на группы повышенного суицидального риска в частности.

Таким образом, в странах, которые имеют организованную систему профилактики суицидального поведения (Великобритания, Литва), эффективность решения проблемы самоубийств обеспечивается при помощи своевременной профилактики факторов суицидального риска в социуме, диагностики и мониторинга групп повышенного суицидального риска за рамками системы здравоохранения.

Аналогичным образом должны быть построены и региональные целевые программы на территории Российской Федерации. Так, на современном этапе проблема снижения уровня суицидального поведения в Вологодской области требует организации упорядоченной системы изучения, помощи и профилактики. При этом подход к проблеме должен быть комплексным – с вовлечением всех необходимых управленческих структур и исполнительских учреждений

(социальных, медицинских, финансовых и т. д.). Модель системы профилактики суицидального поведения может выглядеть следующим образом (рис. 49).

Первичный уровень профилактики суицидального поведения ориентирован на широкие слои общества и состоит в профилактике факторов суицидального риска, дестигматизации суицидентов, информировании населения о методах повышения толерантности психики к стрессовым ситуациям.

Целевой группой вторичной профилактики выступают сами суициденты. Главный субъект данного уровня – представители системы здравоохранения (суицидологи, психиатры, психотерапевты, психологи, специалисты общей врачебной практики), целью которых является выведение суицидента из состояния острого психологического кризиса и предотвращение суицидальной попытки.

Третичная профилактика направлена на организацию реабилитационного пространства и закрепление у суицидента тех личностных черт, которые впоследствии будут обуславливать его устойчивость к негативным психическим факторам внешней социальной среды. Важно отметить, что на данном этапе целевой группой являются не только сами суициденты, но и члены их семей, которые также могут быть подвержены депрессии, суицидальным тенденциям, а также негативному отношению со стороны общества.

Таким образом, приведенная модель соответствует целям профилактики на всех уровнях развития суицидальных тенденций. При этом в качестве субъектов деятельности могут быть задействованы учреждения и специалисты практически всех возможных отраслей, а объектом выступают как сами суициденты, так и их ближайшее окружение, семья и различные социальные группы.

Следует подчеркнуть, что среди трех представленных блоков системы профилактики суицидального поведения приоритет в развитии, в том числе финансовом, должен быть



**Рис. 49. Модель системы профилактики суицидального поведения**

отдан первичной профилактике. На наш взгляд, диагностика и профилактика суицидальных тенденций и симптомов депрессии на ранних стадиях развития будет способствовать более эффективному решению проблемы суицидального поведения по сравнению с ликвидацией негативных последствий суицидов. В настоящее же время на территории Вологодской области диагностика и профилактика суицидальных тенденций среди населения практически не развита, основная масса финансовых средств уходит на лечение больных в стационарных условиях, что не является экономически эффективным.

В соответствии с медицинским и социальным направлениями деятельности по снижению уровня самоубийств мы считаем необходимым реализацию в Вологодской области следующих мероприятий (*табл. 29*).

Следует отметить, что изолированное развитие социального или медицинского направления профилактики суицидального поведения не будет давать максимального эффекта, поскольку устойчивый положительный результат в данном случае возможен только при длительной и коренной перестройке личностных структур индивида. Отсутствие своевременной квалифицированной помощи суицидолога может привести к попытке суицида. Аналогичным образом неизменность социальных условий может вызвать рецидив парасуицида. Следовательно, для достижения максимального эффекта от системы профилактики суицидального поведения требуется одновременное вложение средств как в медицинское, так и в социальное направление.

В связи с необходимостью комплексного влияния не только на систему здравоохранения, но и на профилактику факторов суицидального риска в социуме следует разработать и принять региональную целевую программу превенции суицидов. Причем реализовываться она должна за рамками системы здравоохранения, а значит, координироваться либо заместителем губернатора по социальной политике,

Таблица 29. Основные положения профилактики суицидального поведения

	Профилактика в рамках всего общества в целом (социологическая модель)	Профилактика в рамках системы здравоохранения (медицинская модель)
<b>Задачи</b>	<p>1. Социальная политика в области снижения негативного влияния факторов суицидального риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ повышение уровня доходов населения (совершенствование налоговой политики);</li> <li>✓ снижение уровня безработицы (ускоренное переобучение безработных, содействие самозанятости населения, проведение мероприятий по трудоустройству (ярмарки вакансий) и т.д.);</li> <li>✓ борьба с алкоголизмом (информационно-профилактические мероприятия среди молодежи, усиление контроля за продажей спиртных напитков несовершеннолетним).</li> </ul> <p>2. Дестигматизация суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы.</p> <p>3. Организация и контроль сотрудничества со средствами массовой информации по освещению вопросов, связанных с суицидом и психическим здоровьем.</p> <p>4. Организация образовательного пространства, информирование населения о возможностях преодоления стрессовых ситуаций, а также о деятельности специализированных служб, оказывающих помощь при возникновении психологических проблем.</p> <p>5. Научные исследования в области суицидологии, направленные на конкретизацию факторов и групп суицидального риска.</p> <p>6. Повышение квалификации работников специфических сфер деятельности (социальные службы, детские дома, учреждения пенитенциарной системы, армия, учебные заведения, молодежные организации и т.д.).</p>	<p>1. Диагностика психических расстройств, депрессии, признаков суицидогенеза на ранних стадиях развития.</p> <p>2. Повышение квалификации работников здравоохранения, включая средний медицинский персонал.</p> <p>3. Организация качественного медицинского лечения депрессий и психических расстройств, включая подготовку специалистов, фармацевтическое обеспечение больничных учреждений, совершенствование материально-технической базы.</p> <p>4. Освещение в СМИ работниками здравоохранения вопросов, связанных с общественным психическим здоровьем. Обучение соответствующим методикам специалистов, работающих непосредственно с населением (например, школьных психологов, социальных работников и т. д.).</p> <p>5. Участие работников здравоохранения в реабилитации пациентов специализированных учреждений. Обеспечение возможности «ведения» пролеченного больного после выписки.</p> <p>6. Специальная подготовка отдельных категорий медработников: врачей общей практики, работников онко-, психо- и наркодиспансеров.</p> <p>7. Создание базы статистических данных на федеральном и региональном уровнях по количественным и качественным характеристикам суицидального поведения.</p> <p>8. Расширение сети суицидологических учреждений (суицидологов, кабинетов суицидологической помощи и т. д.),</p>

	7. Организация контроля за распространением в обществе наркотических средств, прежде всего – среди молодежи. 8. Организация реабилитационного пространства для людей, прошедших лечение в психиатрических больницах.	повышение доступности специализированных услуг для жителей отдаленных территорий.
<b>Субъекты деятельности</b>	Социальные работники, суицидологи, психологи, классные руководители в школах, работники пенитенциарных учреждений, сотрудники правоохранительных органов, средства массовой информации, лица, принимающие управленческие решения, работодатели.	Работники системы здравоохранения всех звеньев. Лица, принимающие управленческие решения в сфере здравоохранения.
<b>Объекты деятельности</b>	1. Все население (в первую очередь, представители групп суицидального риска). 2. Специалисты, призванные вести просветительскую и методическую деятельность среди населения.	Пациенты лечебных учреждений. Люди, выписанные из больницы. Представители групп суицидального риска. Близкие и родственники суицидентов.

либо специально созданной комиссией по организации системы суицидологической помощи (в состав такой комиссии должны входить представители органов власти, ведущие суицидологи, ученые).

Мы выделяем следующие положения программы:

*Основные цели деятельности:*

1. Снижение уровня смертности от самоубийств, уменьшение количества попыток суицида.
2. Создание системы научного анализа и комплексного влияния на факторы суицидального риска.

*Основные задачи:*

1. Исследование факторов суицидального риска и формирование научно-методической базы для специалистов, учреждений и структурных подразделений системы охраны психического здоровья.

2. Развитие обучающих психопрофилактических и психотерапевтических программ.

3. Разработка и внедрение новых технологий в диагностике, лечении и реабилитации психических расстройств, совершенствование методов оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи населению.

4. Увеличение числа суицидологов и суицидологических служб, повышение квалификации специалистов по охране психического здоровья.

5. Развитие материально-технической базы специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь населению.

*Основные мероприятия по решению задач:*

1. Разработка и издание информационно-методических материалов.

2. Реализация масс-медиапроектов (рубрики в печатных изданиях, теле-, радиопередачи).

3. Проведение межведомственных и междисциплинарных конференций, совещаний по вопросам дестигматизации и профилактики психических расстройств.

4. Разработка и реализация психообразовательных программ для специалистов общемедицинской сети, социальных работников, участвующих в оказании помощи лицам, имеющим проблемы с психическим здоровьем.

5. Разработка и реализация психообразовательных программ (школ) для пациентов.

6. Организация и проведение научных исследований факторов, влияющих на формирование психического здоровья населения Вологодской области.

7. Создание системы мониторинга основных показателей эффективности психиатрической помощи населению.

8. Создание кризисной службы на базе областного психотерапевтического центра.

9. Создание кризисных кабинетов и кабинетов суицидологической помощи на базе общепрофильных лечебно-профилактических учреждений. При создании сети таких

структур следует ориентироваться на территориальный принцип, то есть организовывать службы в многонаселенных муниципальных образованиях, находящихся в непосредственной близости к малочисленным районам.

10. Повышение квалификации по суицидологическому профилю для школьных психологов, специалистов общей врачебной практики, психологов крупных предприятий.

11. Обучение медицинского персонала общепрофильных лечебно-профилактических учреждений методам выявления симптомов депрессии и суицидогенеза на ранних стадиях развития.

12. Проведение фармакоэкономических исследований и совершенствование медикаментозного лечения депрессии.

13. Организация надомной полипрофессиональной помощи лицам, имеющим проблемы с психическим здоровьем, на базе центров социальной помощи.

14. Создание специальных условий для проживания и трудоустройства суицидентов (например, организация общежития, вовлечение в деятельность религиозных конфессий и т. д.).

*Ожидаемые результаты:*

1. Разработка научно обоснованной стратегии развития системы профилактики и оказания помощи людям, проявляющим признаки суицидального поведения; создание адекватной инфраструктуры суицидологических учреждений.

2. Повышение информированности населения в вопросах, связанных с преодолением стресса, возможностями выхода из кризисных ситуаций. Формирование психогигиенических навыков у различных целевых групп населения с учётом факторов риска, возрастных, гендерных и других различий.

3. Увеличение продолжительности жизни и снижение экономических потерь в результате сокращения числа самоубийств.

Деятельность по созданию системы профилактики суицидального поведения должна быть разбита на 5 – 6 направлений в соответствии с задачами, заявленными в программе. По каждому направлению должны быть разработаны целевые ориентиры на кратковременную (до года), среднесрочную (2 – 3 года) и долгосрочную (5 лет) перспективу с целью обеспечения возможности контроля за ходом их реализации. Должен быть также назначен ответственный исполнитель, осуществляющий руководство исполнением конкретных мероприятий и предоставляющий отчеты комиссии в заранее установленные сроки.

Таким образом, профилактика суицидального поведения не является прерогативой системы здравоохранения, и ее эффективность зависит в первую очередь от возможности консолидации усилий работников здравоохранения и представителей других общественных институтов. Создание данных условий зависит от управленческих решений, которые должны быть направлены на стимулирование деятельности перечисленных субъектов к взаимному сотрудничеству и организационно-финансовое обеспечение такой возможности.

Анализ деятельности по снижению уровня самоубийств в регионе показал, что в ее организации отсутствует принцип системности. Не разработана комплексная стратегия превенции суицидов, отсутствуют квалифицированные суицидологи, не ведется мониторинг жизненных условий представителей групп суицидального риска, наблюдаются трудности в ведении статистической информации. Финансирование мероприятий, направленных на снижение смертности от самоубийств, недостаточно и реализуется в основном в рамках системы здравоохранения, то есть без учета профилактики факторов суицидального риска и диагностики симптомов суицидогенеза у представителей групп риска.

Результаты проведенного исследования позволяют также утверждать, что в регионе существует высокий уровень потребности населения в специализированных видах

помощи. Причем причиной этого является не только дефицит специалистов и недоступность их услуг в отдаленных районах области, но и актуальность проблемы стигматизации, а также невозможность прибегнуть к квалифицированной помощи из-за отсутствия финансовых средств.

Итак, для снижения уровня суицидального поведения в регионе и экономических потерь общества в результате смертности населения от суицидов необходимо создание эффективной системы профилактики, основанной на следующем:

1. Проведение глубокого анализа факторов, определяющих уровень суицидальной активности населения.

2. Формирование компетентности специалистов первичного звена здравоохранения и социальной помощи в области суицидологии.

3. Организация «структурной поддержки» – специализированного кризисного центра, включающего в себя психологов, психотерапевтов, психиатров, соц. работников, реализующего такие задачи, как:

- проведение мониторинга ситуации в различных территориальных образованиях;
- организационно-методическое обеспечение;
- создание образовательных программ;
- психокоррекционная и психотерапевтическая деятельность;
- социальная терапия и социальное вмешательство в трудных жизненных ситуациях.

4. Организация системы учета лиц, склонных к проявлению суицидальных тенденций.

5. Взаимодействие специалистов различных сфер деятельности (здравоохранения, соц. обслуживания, образования, средств массовой информации и т. д.).

6. Создание в обществе психологической установки на широкое пользование услугами квалифицированных специалистов (психологи, психиатры, психотерапевты).

7. Развитие сети суицидологических служб, кризисных и реабилитационных центров, суицидологических кабинетов на базе ЛПУ и т. д.

8. Адекватное финансирование, материальное и кадровое обеспечение инфраструктуры соответствующих учреждений и служб.

9. Рациональное использование имеющихся в здравоохранении материально-финансовых средств.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения организационная модель профилактики суицидального поведения должна включать в себя первичный, вторичный и третичный уровень, что соответствует принципу комплексного подхода. При этом эффективность данной модели (в том числе экономическая) зависит прежде всего от первичной профилактики, то есть от работы по пропаганде здорового образа жизни среди широких слоев населения, диагностике и нивелированию факторов суицидального риска, мониторингу групп риска, дестигматизации суицидентов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российская Федерация на протяжении многих лет является одной из стран, лидирующих по уровню смертности от самоубийств. Актуальность данной проблемы в России была обусловлена самим ходом истории: социально-экономическими реформами, спецификой политических режимов, особенностями национальной структуры и менталитета населения.

На территории страны, в условиях широкого распространения суицидов, а также отмечаемой многими специалистами проблемы омоложения категории суицидентов, отсутствует какая-либо государственная антисуицидальная политика, являющаяся необходимым условием для кардинального изменения ситуации. Смертность от самоубийств превышает уровень смертности от убийств, ДТП и алкогольных отравлений, что делает данную проблему важной не только с демографической, но и с экономической точки зрения.

Суициды вносят ощутимый вклад в структуру смертности среди населения от предотвратимых причин, прежде всего в трудоспособном возрасте. Поэтому решение проблемы суицидального поведения является одним из перспективных направлений в плане снижения общей смертности и выхода страны из ситуации демографического кризиса.

Комплексность нашего исследования обеспечивалась изучением проблемы суицидального поведения с точки зрения демографии (качественные характеристики населения), экономики (оценка экономического ущерба), социологии (социологический опрос как один из методов исследования), статистики (анализ динамики статданных).

Анализ полученных в ходе исследования результатов показал следующее:

1. За период с 1991 по 2007 г. смертность от самоубийств в регионе увеличилась на 16%, в Российской Федерации – на 9%.

2. Наиболее суицидально активными категориями населения являются мужчины, жители сельской местности, люди среднего возраста. Однако в последнее время участились случаи суицида среди пожилых людей и подростков.

3. Резкий скачок уровня смертности от самоубийств в стране и регионе в 1991 г., а также актуальность данной проблемы в настоящее время обусловлены социально-экономической ситуацией, широким распространением социальных патологий, негативным социально-психологическим климатом.

4. На сегодняшний день суицидальное поведение населения детерминировано преимущественно микросоциальными причинами. В первую очередь к ним относятся:

- а) дисгармония семейных отношений;
- б) низкий уровень финансового благосостояния;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) отсутствие постоянного места работы;
- д) низкий образовательный и культурный уровень развития социальной среды.

5. Учитывая, что проблема суицидального поведения значительно шире, чем только смертность от самоубийств, следует отметить, что она является главной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления», который входит в пятерку ведущих причин смертности населения региона.

6. Социально-экономический ущерб от самоубийств в регионе ежегодно составляет около 0,019% ВВП в год, что больше, чем вследствие смертности от убийств в 2,7 раза, от ДТП – в 1,5 раза и от алкогольных отравлений – в 1,1 раза.

7. Демографические последствия распространения суицидов выражаются в снижении продолжительности жизни: так, в 2006 г. она составили 1,94 года.

8. Несмотря на высокую степень актуальности проблемы, в Вологодской области отсутствует антисуицидальная политика и неорганизована система профилактики суицидов. Нет таких специалистов, как суицидологи, а психологов, психиатров, психотерапевтов явно недостаточно, особенно в районах.

9. Существующая в области система психологической помощи населению испытывает ряд трудностей организационного характера. К ним относятся: дефицит квалифицированных кадров, недостаток финансирования, отсутствие координации деятельности, трудности в сборе статистической информации.

10. Потребность населения в услугах психологического характера сохраняется на высоком уровне, однако реальная обрацаемость за помощью существенно ниже. Это происходит по четырем следующим причинам:

- а) неразвитость сети специализированных учреждений;
- б) недостаточная информированность населения о деятельности имеющихся психологических служб;
- в) отсутствие у большинства жителей области установки на регулярное посещение специалиста;
- г) высокая степень актуальности проблемы стигматизации специалистов по охране психического здоровья, а также людей, обращающихся за помощью.

11. Как показали результаты долгосрочного мониторинга, в Вологодской области существует высокий уровень неучтенной психической патологии, которая в большей степени связана с проблемой суицидального поведения, чем официально зарегистрированные случаи заболеваемости психическими расстройствами. Процент предпатологических симптомов тревоги, депрессии и неврозов остается практически стабильным на протяжении всего периода измерений (34, 32 и 20% соответственно).

Исходя из полученных в ходе исследования данных мы можем дать следующие рекомендации по снижению уровня суицидальной активности населения:

1. На региональном и федеральном уровне должны быть приняты законы, устанавливающие структуру суицидологической службы. Необходимо создать сеть суицидологических учреждений различного типа, обеспечить их кадровое и финансовое оснащение, объединить под началом центрального координирующего органа с целью соблюдения принципа системности. Этот шаг позволит не только повысить доступность специализированных услуг для населения, но

и решить проблему структурирования потока статистической информации, необходимой как для принятия эффективных управленческих решений, так и для проведения научных исследований.

2. Подход к решению проблемы суицидального поведения должен быть комплексным, поэтому антисуицидальная политика должна задействовать максимально возможное количество заинтересованных субъектов (СМИ, учреждения образования и т. д.). Система профилактики суицидального поведения должна одновременно реализовываться в рамках здравоохранения и всего общества в целом.

3. Поскольку уровень самоубийств связан с распространением психических патологий, и в частности депрессивных расстройств, требуется увеличение доли финансовых затрат на их лечение. Для того чтобы региональный показатель смертности от суицидов соответствовал среднероссийскому, необходимо увеличить расходы на психиатрию примерно на 16%.

4. Необходимо совершенствовать систему ранней диагностики суицидальных тенденций и психических отклонений. Одним из возможных вариантов решения данной проблемы может выступать разработка и внедрение комплексного мониторинга социально-психологического климата на территории области.

5. Попытка самоубийства не является прямым следствием какого-либо фактора, а возникает под влиянием целого комплекса причин. В связи с этим требуется принятие мер по улучшению социально-экономического положения представителей групп суицидального риска, а также по снижению актуальности таких социальных проблем, как алкоголизм, наркомания и преступность.

6. Микросоциальная обусловленность большинства совершенных на сегодняшний день самоубийств диктует необходимость развития семейной политики, причем не только с экономической, но и с психологической точки зрения. Семья должна быть главным объектом в системе первичной профилактики суицидального поведения, в связи с чем требуется привлечение всех субъектов, имеющих возможность взаимодействовать с данным социальным институтом.

7. Необходимо дальнейшее проведение научно-исследовательской деятельности, направленной на изучение факторов суицидального риска и возможностей их нивелирования. Для этого требуется расширение объемов статистической информации о суицидентах через увеличение числа индикаторов, характеризующих их материальное положение, отношения в семье и микросоциуме, сферу интересов, социальное положение, состояние физического и психического здоровья и т. д.

8. Необходимо совершенствовать политику в отношении материального благополучия и сферы занятости для выделенных нами групп суицидального риска, к которым следует в первую очередь отнести подростков, пожилых людей, безработных и жителей сельской местности.

9. Для решения проблемы стигматизации требуется активное привлечение средств массовой информации с целью популяризации деятельности специализированных служб и для формирования общественной установки на положительное, сочувствующее отношение к суицидентам и членам их семей.

Таким образом, «суицидальное поведение, и особенно завершенные суициды, является наиболее демонстративным индикатором социально-психологической ситуации в стране» [72]. В ходе проведенного исследования нами был осуществлен комплексный анализ проблемы суицидального поведения в Вологодской области, что позволило выделить основные группы и факторы суицидального риска, определить приоритетные направления по созданию и совершенствованию системы профилактики самоубийств на территории региона.

Исследование показало, что суицидальное поведение является важной демографической и экономической проблемой современного общества. Смертность от самоубийств влечет за собой существенные экономические потери и непосредственно влияет на качественные характеристики трудового потенциала. Эффективная деятельность по снижению данного показателя возможна только при организации комплексной антисуицидальной политики как на региональном, так и на федеральном уровнях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова, Е.М. Адаптационные процессы в России: успехи и провалы / Е.М. Аврамова // Народонаселение. – 2003. – № 3. – С. 105.
2. Аврамова, Е.М. Адаптация и перемена статуса / Е.М. Аврамова, О.А. Александрова // Народонаселение. – 1998. – № 2. – С. 14-23.
3. Алексеева, С.И. Социальные, этнические и личностные аспекты суицидальной активности населения Республики Марий Эл [Электронный ресурс] / С.И. Алексеева, Р.И. Горохова. – Режим доступа: [www.iriss.ru/attach\\_download?object\\_id=000150071347&attach\\_id=000444](http://www.iriss.ru/attach_download?object_id=000150071347&attach_id=000444)
4. Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 3-12.
5. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / под. ред. Д.А. Халтурина, А.В. Коротаяева. – М.: ЛЕНАНД, 2008. – 376 с.
6. Амбрумова, А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А.Г. Амбурова // Психологический журнал. – №6. – 1985. – С.107-115.
7. Амбрумова, А.Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А.Г. Амбурова, Е.М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. LXXXV. – Вып. 10. – С. 1557-1560.
8. Амбрумова, А.Г. Психологические аспекты одиночества / А.Г. Амбрумова, О.Э. Калашникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т.6. – Вып.3. – С. 53-62.
9. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т.6. – Вып.4. – С. 14-20.
10. Андреев, Е.М. Почему в России так велик разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0131/analit05.php>
11. Андреев, Е.М. Вызов высокой смертности в России / Е.М. Андреев, А.Г. Вишневикий // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75-84.
12. Андреева, Е.Ю. Анализ смертности от самоубийств в регионах России / Е.Ю. Андреева // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 485-527.
13. Арутюнян, М.Ю. Мужчины и женщины: образы и модели успеха / М.Ю. Арутюнян // Народонаселение. – 1998. – № 1. – С. 72-81.

14. Баксанский, О.Е. Философия здоровья [Электронный ресурс] / О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев // Библиотека «Полка букиниста». – Режим доступа: [http://society.polbu.ru/baksansky\\_healthphilo/ch06\\_i.html](http://society.polbu.ru/baksansky_healthphilo/ch06_i.html)
15. Белл, М. Причины подскока мужской смертности в России неясны [Электронный ресурс] / М. Белл. – Режим доступа: <http://www.voanews.com/russian/archive/2004-11/a-2004-11-17-41.cfm?renderforprint=1&textonly=1&ТЕХТМОДЕ=1&CFID=111876723&CFTOKEN=14558608>
16. Белоглазов, Г. Социологический анализ самоубийств в России [Электронный ресурс] / Г. Белоглазов. – Режим доступа: [katatonia.narod.ru/ssuicide.html](http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html)
17. Бердяев, Н.А. О самоубийстве / Н.А. Бердяев. – М., 1992.
18. Бирштейн, И.А. Психоневрологический этюд к вопросу о самоубийстве / И.А. Бирштейн [и др.] // Психотерапия. – 1913. – №4. – С. 221-234.
19. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов: в 2-х томах / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Т. 1. – Ростов н/Д., 1996.
20. Богоявленский, Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы [Электронный ресурс] / Д.Д. Богоявленский. – Режим доступа: [http://www.book-ua.org/FILES/sociology/5\\_12\\_2007/soc076.doc](http://www.book-ua.org/FILES/sociology/5_12_2007/soc076.doc)
21. Богоявленский, Д.Д. Материалы интервью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rususa.com/news/>
22. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья / О.В. Бойко. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
23. Бородин, С.В. Мотивы и причины самоубийств / С.В. Бородин, А.С. Михлин // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 28-43.
24. Вагин, И.О. Психология жизни и смерти / И.О. Вагин. – СПб., 2001. – 51 с.
25. Вальчук, Э.А. Заболеваемость населения: методы изучения / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, В.В. Антипов. – Мн., 2000. – 23 с.
26. Ванчакова, Н.П. Сравнительная характеристика лиц с различными способами суицида [Электронный ресурс] / Н.П. Ванчакова, А.В. Смирнов, К.В. Рыбакова, Ф.О. Урюпов. – Режим доступа: <http://hiv.altnet.ru>
27. Веселкова, И.Н. Особенности смертности населения в современной России / И.Н. Веселкова, Е.В. Землянова // Народонаселение. – №3. – 2000. – С. 88-94.
28. Вроно, Е. Смерть как выход из тупика? / Е. Вроно // Воспитание школьников. – 1994. – №5. – С. 41-43.

29. Вроно, Е. Суицидология в России – немного истории [Электронный ресурс] / Е. Вроно. – Режим доступа: [http://psychol.ras.ru/ppp\\_pfr/j3p/pap.php?id=20011222](http://psychol.ras.ru/ppp_pfr/j3p/pap.php?id=20011222)

30. Гарифулина, Э. Специфика организации социальной работы с лицами, склонными к суициду [Электронный ресурс] / Э. Гарифулина. – Режим доступа: <http://www2.asu.ru/~silant/sociol/works/05.htm>

31. Гишинский, Я. Основные тенденции динамики самоубийств в России [Электронный ресурс] / Я. Гишинский, Г. Румянцева. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit01.php>

32. Глобализация в российском обществе: сб. научных трудов / отв. ред. И.И. Елисеева. – СПб.: Нестор-История, 2008.– 538 с.

33. Глоссарий суицидологических терминов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.psychiatry.ru/lib\\_show.php?id=110](http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=110)

34. Горшков, М.К. Мы начинаем жить настоящим [Электронный ресурс] / М.К. Горшков // Литературная газета. – 2005. – №7-8. – 24 фев. – Режим доступа: [http://www.lgz.ru/archives/html\\_arch/1g072005/Polosy/17\\_1.htm](http://www.lgz.ru/archives/html_arch/1g072005/Polosy/17_1.htm)

35. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: Прошлое и настоящее: проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – 270 с.

36. Гулин, К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области / К.А. Гулин // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

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

38. Дейтс, Б. Жизнь после потери / Б. Дейтс. – М., 1999. – 304 с.

39. Деларю, В.В. Психология отклоняющегося поведения: учебно-методическое пособие / В.В. Деларю. – Волгоград, 2004. – 26 с.

40. Демографические перспективы России / под ред. акад. Г.В. Осипова и проф. С.В. Рязанцева. – М.: Экон-Информ, 2008. – 906 с.

41. Демографический ежегодник Вологодской области: статистический сборник / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 68 с.

42. Демографический ежегодник России 2005 – 2006: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 561 с.

43. Демьянов, Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии / Ю.Г. Демьянов. – СПб., 1999.

44. Джадан, И. Страна неоправданного пессимизма [Электронный ресурс] / И. Джадан. – Режим доступа: <http://www.apn.ru/publications/print1739.htm>

45. Дискин, И.Е. Современный этап социального развития: специфика и альтернативы / И.Е. Дискин // Народонаселение. – 1998. – № 1. – С. 15.

46. Дмитриева, Т.Б. Психическое здоровье россиян [Электронный ресурс] / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Человек. – 2002. – №6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/MEN/PSYRUS.HTM>

47. Доклад о развитии человека за 2005 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05\\_ru\\_complete.pdf](http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05_ru_complete.pdf)

48. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социологический этюд / Э. Дюркгейм. – М., 1994. – 400 с.

49. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>

50. Европейский план действий по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения (2005 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/psyther/eurplan.htm>

51. Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологда-стат. – Вологда, 2007. – 363 с.

52. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 105 с.

53. Журавлева, И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения / И.В. Журавлева // Россия: трансформирующееся общество. – М.: Канон-Пресс-Ц, 2001. – 509 с.

54. Здоровье-21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1998.

55. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Социальный проект, 2007. – С. 240.

56. Здоровье и СМИ: стратегия взаимодействия государственной власти, общества и средств массовой информации в формировании у населения Вологодской области мотивации к здоровому образу жизни / под науч. ред. к.п.н. Р.А. Касимова, к.м.н. А.А. Колянко, к.м.н. А.И. Попугаева. – Вологда, 2006. – 6 с.

57. Здравомыслова, О.М. Личность и семья в эпоху перемен / О.М. Здравомыслова, М.Ю. Арутюнян. – М.: ИСЭПН РАН, 1994. – 155 с.

58. Иванов, И. Необъявленная война [Электронный ресурс] / И. Иванов. – Режим доступа: <http://www.sakha.ru/sakha/smi/gazeta/yakutia/n29326/25-62.htm>.

59. Иванова, А.Е. Новые явления российской смертности / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 85-92.

60. Иванова, А.Е. Маргинализация российской смертности [Электронный ресурс] / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова, Е.В. Дубровина. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>
61. Игумнов, С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков / С.А. Игумнов. – М., 2000.
62. Игумнов, С.А. Региональные особенности суицидального поведения подростков г. Минска: мультифакторное исследование [Электронный ресурс] / С.А. Игумнов. – Режим доступа: <http://www.itlab.anitex.by/msmi/bmm/02.2007/19.html>
63. Ильин, В.А. Качество трудового потенциала населения Вологодской области / В.А. Ильин, Н.А. Смирнова, Я.Б. Тимофеева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – 72 с.
64. Ильин, В.А. Общественное мнение о политической ситуации в регионах Северо-Запада: информ.-аналит. записка / В.А. Ильин, К.А. Гулин, А.А. Шабунова. – Вологда, 2007. – 20 с.
65. Ильин, В.А. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / В.А. Ильин, А.А. Колинко, К.А. Гулин, А.А. Шабунова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.
66. Институт психотерапии и клинической психологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psygrad.ru/news/170.html>
67. Исаак, О.В. Самоубийства в Молдове с позиций концепции Э. Дюркгейма / О.В. Исаак // Социологические исследования. – 2004. – №12. – С. 116.
68. Калягин, В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. вузов / В.А. Калягин. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
69. Кислицина, О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян / О.А. Кислицина // Народонаселение. – 2007. – № 2 (36).
70. Колодеж, О.Ю. Основные теоретические направления в изучении суицидального поведения [Электронный ресурс] / О.Ю. Колодеж. – Режим доступа: <http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/fw.htm>
71. Комер, Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики / Р. Комер. – СПб. - М.: Прайм-Еврознак-Нева-ОЛМА-Пресс, 2002. – 608 с.
72. Кон, И.С. Психология юношеского возраста / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1979. – 175 с.
73. Кондрашенко, В.Т. Девиантное поведение у подростков / В.Т. Кондрашенко. – Мн., 1988.
74. Кони, А.Ф. Самоубийство в законе и жизни. – М.: Право и жизни, 1923. – С. 26.
75. Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 16 с.

76. Коротаев, А.В. Алкоголизация и наркотизация как важнейшие факторы демографического кризиса в России [Электронный ресурс] / А.В. Коротаев, Д.А. Халтурина. – Режим доступа: <http://www.smi-svoi.ru/content/print.asp?sn=1057&ver=full>

77. Кочунас, Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочунас. – М.: Академический проект, 2000. – 240 с.

78. Кулагина, И.Ю. Возрастная психология / И.Ю. Кулагина. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 221 с.

79. Личко, А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А.Е. Личко. – М.: Эксмо-пресс, 1999. – 416 с.

80. Лукас, К. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / К. Лукас, Г. Сейден. – М.: Смысл, 2000. – С. 254.

81. Мангуби, В.А. Суицидальное поведение: суицидальный риск и самосознание смерти [Электронный ресурс] / В.А. Мангуби // Стресс и поведение: материалы VII Междисциплинарной конф. по биологической психиатрии, 28 февраля 2003. – Режим доступа: [http://www.mosmedclinic.ru/conf\\_library/2003/4/415](http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/2003/4/415)

82. Маркова, Н.Е. Культуринтервенция / Н.Е. Маркова. – М.: Квадрат, 2001. – 90 с.

83. Медицинские новости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=27882>

84. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены: журнал / под ред. Е.М. Аврамовой, Е.В. Балацкого [и др.]; Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). – 2008. – №6.

85. Мягков, А.Ю. Структура и динамика незавершенных самоубийств [Электронный ресурс] / А.Ю. Мягков // Социологические исследования. – 2007. – № 3(275). – С. 92. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit02.php>

86. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения: монография / И.Б. Назарова; Гос. ун-т – высшая школа экономики. – М.: МАКС -Пресс, 2007. – 526 с.

87. Назарова, И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69.

88. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассермана. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.

89. Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ. – М.: Весь мир, 2003. – 196 с.

90. Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>
91. Немцов, А.В. Во власти зеленого змия [Электронный ресурс] / А.В. Немцов. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0263/tema05.php>
92. Немцов, А.В. Самоубийства и потребление алкоголя [Электронный ресурс] / А.В. Немцов. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2002/073/tema01.php>
93. Неравенство и смертность в России: монография / под ред. В. Школьниковой, Е. Андреевой, Т. Малеевой. – М.: Сигнал, 2000. – 107 с.
94. Новости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://news.flexcom.ru/russia/2004/05/14/46963/>
95. Овчаренко, В.И. Психоаналитический глоссарий / В.И. Овчаренко. – Мн., 1994. – 307 с.
96. Овчарова, Л.Н. Оценка уровня бедности в России и возможные пути ее сокращения / Л.Н. Овчарова // Народонаселение. – 2003. – № 3. – С. 98.
97. О мерах, принимаемых правительством РФ в связи с высоким показателем самоубийств детей и молодежи [Электронный ресурс]: информ. Комитета Государственной Думы по безопасности и Комитета Государственной Думы по делам женщин, семьи и молодежи к заседанию Государственной Думы 19.11.2004. – Режим доступа: <http://www.smolin.ru/duma/orders/2004-11-19.htm>
98. Орлова, И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности [Электронный ресурс] / И.Б. Орлова. – Режим доступа: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>
99. Осипов, Г.В. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения / Г.В. Осипов, В.Н. Кузнецов. – М.: Вече, 2005. – 185 с.
100. Ослопова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона (на примере Вологодской области: дис. ... к.э.н.: 08.00.05 / Ю.Е. Ослопова. – Вологда, 2005. – 204 с.
101. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения / под ред. В.И. Хальзова, В.А. Кулганова. – СПб., 1998.
102. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. / Департамент здравоохранения правительства Вологодской области. – Вологда, 2008.
103. Охрана психического здоровья – тема Европейской конференции ВОЗ на уровне министров [Электронный ресурс] // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04, г. Копенгаген, 8 окт. 2004 г. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>

104. Парадоксы суицида [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rol.ru/news/med/news/05/04/07\\_001.htm](http://www.rol.ru/news/med/news/05/04/07_001.htm)

105. Позняк, В.Б. Эпидемиологическое исследование суицидального поведения среди населения Беларуси [Электронный ресурс] / В.Б. Позняк, А.П. Гелда, Е.В. Ласый. – Режим доступа: [http://www.med.by/dn/book.asp?b=01-18\\_40](http://www.med.by/dn/book.asp?b=01-18_40)

106. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2007 году: стат. бюлл. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 79 с.

107. Положий, Б.С. Суициды в контексте этнокультуральной психиатрии [Электронный ресурс] / Б.С. Положий // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 2. – Режим доступа: [http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/02\\_06/245.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/02_06/245.shtml)

108. Почему нас все меньше? [Электронный ресурс]: материалы «круглого стола» на тему «Демографический кризис: механизмы преодоления» // Человек и труд. – 2001. – №4. – Режим доступа: [http://www.chelt.ru/2001/4/dem\\_4.html](http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html).

109. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.

110. Психическое здоровье нации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.bis-nn.ru/dr\\_fom/nr\\_25/zdorov.htm](http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm).

111. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / ред. и сост. Д.Я. Райгородский. – Самара, 2001. – С. 169-171.

112. Психическое здоровье: отвечая на призыв к действиям [Электронный ресурс] / ВОЗ; 55 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 11 апреля 2002 г. – Режим доступа: <http://www.bpaonline.ru>

113. Психологическая библиотека: психодиагностические методики и математические методы обработки данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychol-ok.ru/statistics/spearman/>

114. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

115. Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2000. – 478 с.

116. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 752 с.

117. Пять – три в пользу смерти [Электронный ресурс] // Рабочая газета. – 2006. – №3. – 22 марта. – Режим доступа: <http://www.rb4.ru/issues/2006/3/2/224/>

118. Радишевская, Е. В этой жизни умирать не ново... / Е. Радишевская // Слово. – 1997. – №49.

119. Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007: стат. сб. медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области. – Вологда, 2008.

120. Регионы России: социально-экономические показатели. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 982 с.

121. Римашевская, Н.М. Снижать смертность эффективнее, чем повышать рождаемость [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Агентство социальной информации. – Режим доступа: <http://www.asi.org.ru/ASI3/main.nsf/0/6CDF0E94531DC377C32571A0003A8C50>

122. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России / Н.М. Римашевская // Вестник РАН. – 2004. – № 3. – С. 209.

123. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: секреты выживания / Н.М. Римашевская. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.

124. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России: взгляд в XXI век / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 1999. – № 1. – С. 9-17.

125. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М., 1994. – 479 с.

126. Роджерс, К. О групповой психотерапии / К. Роджерс. – М., 1993. – 220 с.

127. Розанов, В.А. Нейробиологические основы суицидальности [Электронный ресурс] / В.А. Розанов, А.Н. Моховиков, Д. Вассерман // Украинский медицинский журнал. – 1999. – №6 (14), XI-XII. – 1999. – Режим доступа: <http://www.umj.com.ua/archive/14/1214.html>

128. Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.

129. Рудестам, К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – М.: Прогресс, 1993. – 368 с.

130. Русский архипелаг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod/>

131. Рязанцев, С. Философия смерти / С. Рязанцев. – СПб.: Спикс, 1994. – 320 с.

132. Сабгайда, Т.П. Предотвратимая смертность населения / Т.П. Сабгайда, В.В. Антонюк, Г.Н. Евдокушкина, Э.В. Кондракова // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 373-395.

133. Салливан, Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г.С. Салливан. – СПб.: Ювента, 1999. – 347 с.

134. Салманс, С. Депрессия: Вопросы и ответы / С. Салманс. – М.: Кронпресс, 1997. – 192 с.

135. Сальникова, Л. Тогда лучше не жить: о психологической помощи подросткам / Л. Сальникова // Народное образование. – 1990. – №10. – С. 110-115.
136. Седова, Ю. Доктор, спасите меня от меня самого! [Электронный ресурс]: интервью с В.Ф. Войцехом // Научная среда. – 2001. – № 31-32. – 8 – 14 авг. – Режим доступа: [http://www.lgz.ru/archives/html\\_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm](http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm)
137. Северный государственный медицинский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nsmu.ru/>
138. Семенова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России / В.Г. Семенова. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
139. Семенова, В.Г. Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 420-442.
140. Сладков, Л.А. Плюс – минус жизнь / Л.А. Сладков. – М.: Мол. Гвардия, 1990. – 98 с.
141. Смородина, М.С. Аномия общества и самоубийства / М.С. Смородина // Мониторинг общественного мнения. – 2006. – № 2 (78). – С. 140-147.
142. Соснов, А. Волшебный ящик в Стране дураков / А. Соснов // Поиск. – 2005. – №9. – 4 марта.
143. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 273.
144. Старшенбаум, Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии / Г.В. Старшенбаум. – М., 1987. – С. 20.
145. Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 399 с.
146. Степаненко, А. Уход по собственному желанию [Электронный ресурс] / А. Степаненко, Д. Мунгалов, Е. Сандро, К. Петров // Русский Newsweek. – 2007. – 5 сент. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0299/gazeta08.php>
147. Суицидальная Россия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit03.php>
148. Суицидология: Прошлое и настоящее: проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / под ред. А.И. Моховикова. – М., 2001. – С. 569.
149. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – С. 272.
150. Урланис, Б.Ц. Берегите мужчин! / Б.Ц. Урланис // Литературная газета. – 1968. – 26 июля.
151. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колянко. – М., 2000. – С.40.

152. Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология эмоций: тексты. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 217.
153. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – СПб., 1998. – С. 154.
154. Хорни, К. Наши внутренние конфликты. Невроз и развитие личности / К. Хорни. – М.: Смысл, 1997. – С. 694.
155. Чуприков, А.П. Все темней и темней в бесконечном тоннеле [Электронный ресурс] / А.П. Чуприков // Зеркало недели. – 1996. – № 47 (112). – 23 – 29 ноября. – Режим доступа: <http://www.zn.ua/3000/3450/8904/>
156. Чуприков, А.П. Украине необходима суицидологическая служба [Электронный ресурс] / А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина // Медичний Всесвіт: науч.-практ. журнал. – 2001. – №1. – Режим доступа: [http://socion.net.ua/med\\_journal/articles/psiho/chuprikov2.htm](http://socion.net.ua/med_journal/articles/psiho/chuprikov2.htm)
157. Шмаков, Д.И. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения России и ее регионах: дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05 / Д.И. Шмаков. – М., 2004. – С. 128.
158. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – С. 315.
159. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. – М.: Когито-Центр, 2004. – С. 41.
160. Юнг, К.Г. Душа и миф: шесть архетипов / К.Г. Юнг. – К., 1996. – С. 384.
161. Юнг, К.Г. Структура психики и процесс индивидуации / К.Г. Юнг. – М., 1996. – С. 236.
162. Юревич, А.В. Социопсихологическое состояние современного российского общества / А.В. Юревич, И.П. Цапенко // Вестник РАН. – 2007. – Том 77. – №5. – С. 387-395.
163. Ютан, К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс] / К. Ютан. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>
164. Яналов, В. Финно-угорский мир и XXI век [Электронный ресурс] / В. Яналов // Финно-угорский вестник. – 2006. – № 3. – 27.11.2006. – Режим доступа: <http://www.finugor.ru/?q=comment/reply/1801>
165. Addis, M.E. Men, masculinity, and the contexts of help seeking / M.E Addis, J.R. Mahalik // American Psychologist. – 2003. – Vol. 58(1). – Pp. 5-14.
166. Arnett, J.J. Sensation seeking, aggressiveness, and adolescent reckless behavior / J.J. Arnett // Personality and Individual Differences. – 1996. – Vol. 20. – Pp. 693-702.
167. Beck, A.T. The prediction of suicide / A.T. Beck, H. Resnik, D. Eettieri. (Eds.). – Philadelphia: The Charles Press, 1974.

168. Brainerd, E. Autopsy of the empire: understanding mortality in Russia and the former Soviet Union [Electronic resource] // E. Brainerd, D. Cutler / Conference on «Health and demography in the States of the former Soviet Union», April 29 – 30, 2005. – Cambridge, MA / Mode of access: <http://www.wcfia.harvard.edu/conferences/demography/papers/Brainerd.pdf>

169. Coleman, D. European demographic systems of the future: convergence or diversity? / D. Coleman / Conference on «Human resources in Europe at the dawn of the 21<sup>st</sup> century». – Luxembourg: Eurostat, 1991.

170. Feldman, S.S. Predicting sexual experience in adolescent boys from peer acceptance and rejection during childhood / S.S. Feldman, D.A. Rosenthal, N.L. Brown, R.D. Canning // *Journal of Research in Adolescence*, 1995. – Vol. 5. – Pp.387-412.

171. Hawton, K. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study [Electronic resource] / K. Hawton, L. Harriss, K. Hodder, S. Simkin, D. Gunnell // *Psychological Medicine*. – 2001. – № 31, Pp. 827-836 / Mode of access: <http://www.psychosor.org/1998/23/3-1.php>

172. Leon, D.A. Huge variation in Russian Federation mortality rates 1984 – 1994: Artefact, Alcohol or What? / D.A. Leon, L. Chenet, V.M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, M. McKee // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350. – Pp. 383-388.

173. McKee, M. A positive relationship between alcohol and heart diseases in Eastern Europe: potential physiological mechanism / M. McKee, A. Britton // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1998. – Vol. 91. – Pp. 402-407.

174. Shkolnikov, V. Why is the death rate from lung cancer falling in Russian Federation / V. Shkolnikov, M. McKee, D.A. Leon // *European Journal of Epidemiology*. – 1999. – Vol. 15. – № 3. – Pp. 203-206.

175. Shkolnikov, V.M., Nemtsov A.V. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality / V.M. Shkolnikov, A.V. Nemtsov (Eds.: J.L. Bobbilla, Ch.A. Costello and F. Mitchell). – Washington: Premature death in the New Independent States. Nat. Acad. Press, 1997. – Pp. 239-261.

176. Watson, P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe / P. Watson // *Social Science&Medicine*. – 1995. – Vol. 41. – Is. 7. – Pp. 923-934.

177. Weishaar, M. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior / M. Weishaar, A. Beck (Eds.: by Susan J. Blumenthal et David J. Kupfer) // *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. – Pp. 469-498.

178. Zigmond, A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand*, 1983. – Vol. 67. – Pp. 361-370.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Смертность населения Вологодской области от самоубийств в 1999 – 2007 гг.

	1999 г.		2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		1999 – 2007 гг.	
	абс.	на 100 тыс. нас.	Всего (абс.)	Среднее (на 100 тыс. нас.)																
<b>Всего</b>	<b>812</b>	<b>61,3</b>	<b>742</b>	<b>56,4</b>	<b>691</b>	<b>52,9</b>	<b>666</b>	<b>51,3</b>	<b>658</b>	<b>52,1</b>	<b>587</b>	<b>47,1</b>	<b>486</b>	<b>39,0</b>	<b>504</b>	<b>41,0</b>	<b>431</b>	<b>35,2</b>	<b>5577</b>	<b>48,5</b>
Бабаевский	18	67,1	20	75,7	20	76,6	15	58,1	14	56,6	16	66,1	9	37,7	16	67,8	11	47,0	139	61,4
Бабушкинский	10	62,1	13	82,2	14	90,3	11	72,3	7	47,2	8	55,6	8	56,3	11	78,6	10	72,5	92	68,6
Белозерский	12	53,3	11	49,5	15	68,8	17	79,4	14	66,0	9	43,7	14	68,6	10	50,0	17	86,3	119	62,8
Вашкинский	10	90,9	3	27,5	6	56,0	7	66,0	7	70,0	3	30,6	6	62,5	6	63,2	10	107,5	58	63,8
В.-Устюгский	51	110,3	32	45,5	46	65,9	56	80,8	22	33,9	20	92,6	12	56,3	27	129,2	30	48,5	287	73,7
Верховоажский	16	94,6	25	148,8	18	107,7	17	102,4	23	141,9	20	123,4	15	93,8	19	119,5	22	139,2	175	119,0
Вожегодский	21	101,4	21	102,4	14	68,6	18	88,6	25	132,9	15	81,1	13	71,4	17	94,4	10	56,2	154	88,6
Вологодский	43	87,0	32	65,5	28	57,9	29	60,7	28	55,4	26	51,7	20	39,8	18	35,9	17	33,9	241	54,2
Вьегорский	35	100,8	32	92,7	35	102,3	29	85,5	18	57,3	27	87,7	26	85,5	22	73,3	23	77,4	247	84,7
Грязовецкий	39	88,4	38	86,7	34	78,7	31	72,9	40	97,3	14	34,8	20	50,6	30	76,7	20	51,4	266	70,8
Кадуйский	18	93,2	13	68,0	3	15,9	11	59,4	10	54,3	15	82,9	7	38,9	8	44,7	2	11,2	87	52,1
Кирилловский	24	122,4	20	103,0	14	72,5	5	26,3	9	48,9	12	65,6	11	60,8	12	66,7	5	28,1	112	66,0
К.-Городецкий	21	85,0	14	57,3	8	33,1	20	84,0	20	90,9	23	106,5	14	65,7	11	52,4	18	87,0	149	73,5
Междуреченский	4	49,3	5	61,7	5	62,5	3	37,9	2	26,3	7	94,6	7	96,9	3	41,1	2	27,8	38	55,2
Никольский	15	52,2	24	84,5	16	56,9	19	68,1	22	83,9	16	62,0	22	86,3	21	83,3	11	44,0	166	69,0
Нюксенский	11	83,9	7	53,8	5	38,4	9	69,2	6	51,2	7	60,3	5	43,5	11	96,5	4	35,4	65	59,1
Сокольский	44	278,4	39	65,1	37	62,9	33	56,9	10	17,4	13	91,5	9	64,7	17	125,0	16	29,6	218	87,9

Окончание приложения 1

Сямженский	16	139,1	10	86,9	5	43,4	8	70,1	6	57,6	13	126,2	5	49,0	4	39,2	4	39,6	71	72,3
Тарногский	13	80,7	8	50,3	8	50,6	14	89,7	10	65,3	16	106,7	6	40,5	9	61,6	8	55,2	92	66,7
Тотемский	30	107,9	22	79,1	25	90,2	17	61,8	24	91,2	16	61,3	19	73,6	18	69,8	22	85,6	193	80,1
У.-Кубинский	8	76,1	3	28,5	5	47,6	5	47,6	11	117,0	6	65,2	8	87,0	7	76,9	6	66,7	59	68,1
Устюженский	15	67,8	16	73,7	8	37,3	17	80,9	16	74,7	11	52,6	8	38,8	9	44,1	8	39,6	108	56,6
Харовский	22	97,3	12	53,5	23	104,0	16	73,7	17	84,1	13	65,7	8	41,5	14	74,5	10	53,8	135	72,0
Чагодощенский	11	65,8	12	72,7	4	24,5	9	56,2	14	90,9	2	13,3	6	40,5	11	75,3	11	76,4	80	57,3
Череповецкий	23	52,9	31	71,9	25	58,2	23	54,1	20	49,2	22	54,7	18	45,2	20	50,6	15	38,3	197	52,8
Шекснинский	24	73,8	31	96,2	16	50,0	19	59,9	18	50,2	19	53,4	8	22,7	17	48,3	10	28,3	162	53,6
г. Вологда	122	40,6	117	39,1	126	42,3	117	38,4	102	34,0	79	26,7	82	27,8	79	26,9	72	24,5	896	33,4
г. Череповец	136	42,0	131	40,5	128	39,6	91	28,2	88	28,2	94	30,4	61	19,8	57	18,5	37	12,0	823	28,8

Источник: база данных Территориального органа ФСС по Вологодской области.

Таблица 1. Уровень самоубийств среди других причин смертности населения Вологодской области  
(умерших на 1 тыс. чел.; в % от всех причин смертности)

	Мужчины						Женщины						Всего								
	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
<b>Все причины</b>	<b>19,24 / 100%</b>	<b>20,66 / 100%</b>	<b>23,48 / 100%</b>	<b>23,16 / 100%</b>	<b>22,6 / 100%</b>	<b>20,0 / 100%</b>	<b>18,4 / 100%</b>	<b>15,2 / 100%</b>	<b>15,81 / 100%</b>	<b>16,58 / 100%</b>	<b>15,7 / 100%</b>	<b>15,64 / 100%</b>	<b>14,55 / 100%</b>	<b>13,8 / 100%</b>	<b>17,13 / 100%</b>	<b>18,09 / 100%</b>	<b>19,77 / 100%</b>	<b>19,14 / 100%</b>	<b>18,85 / 100%</b>	<b>17,05 / 100%</b>	<b>15,9 / 100%</b>
Заболевания системы кровообращения	9,04 / 46,9%	9,86 / 47,73%	11,04 / 47,02%	10,77 / 46,5%	10,6 / 46,9%	9,53 / 47,7%	9,11 / 49,5%	10,29 / 67,7%	10,79 / 68,25%	10,86 / 65,5%	10,18 / 64,84%	10,26 / 65,6%	9,67 / 66,5%	9,25 / 67,03%	9,7 / 56,6%	10,35 / 57,21%	10,94 / 55,34%	10,46 / 54,65%	10,42 / 55,3%	9,6 / 56,3%	9,19 / 57,8%
Несчастные случаи, травмы и отравления	4,39 / 22,8%	4,5 / 21,78%	5,13 / 21,85%	5,08 / 21,93%	4,71 / 20,8%	4,04 / 20,2%	3,49 / 18,97%	0,98 / 6,4%	1,03 / 6,51%	1,14 / 6,88%	1,07 / 6,82%	1,0 / 6,4%	0,87 / 6%	0,69 / 5%	2,59 / 15,1%	2,66 / 14,7%	2,98 / 15,07%	2,92 / 15,26%	2,71 / 14,4%	2,33 / 13,7%	1,98 / 12,45%
<b>Из них самоубийства</b>	<b>0,96 / 5%</b>	<b>0,95 / 4,6%</b>	<b>0,98 / 4,17%</b>	<b>0,88 / 3,8%</b>	<b>0,71 / 3,1%</b>	<b>0,76 / 3,8%</b>	<b>0,66 / 3,59%</b>	<b>0,14 / 0,9%</b>	<b>0,13 / 0,82%</b>	<b>0,13 / 0,78%</b>	<b>0,12 / 0,76%</b>	<b>0,12 / 0,8%</b>	<b>0,11 / 0,8%</b>	<b>0,09 / 0,65%</b>	<b>0,53 / 3,1%</b>	<b>0,51 / 2,82%</b>	<b>0,52 / 2,63%</b>	<b>0,47 / 2,46%</b>	<b>0,39 / 2,1%</b>	<b>0,41 / 2,4%</b>	<b>0,35 / 2,2%</b>
Заболевания органов пищеварения	0,8 / 4,2%	1,01 / 4,89%	1,36 / 5,79%	1,72 / 7,43%	1,8 / 8%	1,41 / 7,1%	1,18 / 6,41%	0,39 / 2,6%	0,49 / 3,1%	0,63 / 3,8%	0,74 / 4,71%	0,9 / 5,8%	0,62 / 4,3%	0,59 / 4,28%	0,59 / 3,4%	0,73 / 4,04%	0,96 / 4,86%	1,19 / 6,22%	1,3 / 6,9%	0,98 / 5,7%	0,86 / 5,41%
Психические расстройства	0,06 / 0,31%	0,08 / 0,39%	0,11 / 0,47%	0,08 / 0,35%	0,08 / 0,35%	0,1 / 0,5%	0,05 / 0,27%	0,03 / 0,2%	0,03 / 0,19%	0,04 / 0,24%	0,03 / 0,19%	0,04 / 0,26%	0,02 / 0,14%	0,01 / 0,07%	0,05 / 0,29%	0,05 / 0,28%	0,07 / 0,35%	0,05 / 0,26%	0,06 / 0,32%	0,06 / 0,35%	0,03 / 0,19%
Новообразования	2,5 / 12,9%	2,46 / 11,91%	2,65 / 11,29%	2,49 / 10,75%	2,48 / 11%	2,52 / 13,53%	2,49 / 13,53%	1,75 / 11,5%	1,65 / 10,44%	1,84 / 11,1%	1,77 / 11,27%	1,65 / 10,6%	1,35 / 9,2%	1,67 / 12,1%	2,09 / 12,2%	2,03 / 11,22%	2,22 / 11,23%	2,11 / 11,02%	2,03 / 10,8%	1,35 / 7,9%	2,05 / 12,89%
Заболевания органов дыхания	0,99 / 5,1%	1,26 / 6,1%	1,4 / 5,96%	1,26 / 5,44%	1,22 / 5,4%	0,89 / 4,5%	0,78 / 4,24%	0,29 / 1,9%	0,31 / 1,96%	0,35 / 2,11%	0,27 / 1,72%	0,3 / 1,9%	0,25 / 1,7%	0,22 / 1,59%	0,62 / 3,6%	0,76 / 4,2%	0,84 / 4,25%	0,73 / 3,81%	0,73 / 3,9%	0,54 / 3,2%	0,48 / 3,02%

Таблица 2. Самоубийства среди причин смертности класса «Несчастные случаи, травмы и отравления»  
(умерших на 1 000 чел./в %)

	Мужчины								Женщины								Всего					
	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	
<b>Несчастные случаи, травмы и отравления</b>	<b>4,39 / 100%</b>	<b>4,5 / 100%</b>	<b>5,13 / 100%</b>	<b>5,08 / 100%</b>	<b>4,71 / 100%</b>	<b>4,04 / 100%</b>	<b>3,49 / 100%</b>	<b>0,98 / 100%</b>	<b>1,03 / 100%</b>	<b>1,14 / 100%</b>	<b>1,07 / 100%</b>	<b>1,0 / 100%</b>	<b>0,87 / 100%</b>	<b>0,69 / 100%</b>	<b>2,59 / 100%</b>	<b>2,66 / 100%</b>	<b>2,99 / 100%</b>	<b>2,92 / 100%</b>	<b>2,71 / 100%</b>	<b>2,33 / 100%</b>	<b>1,98 / 100%</b>	
ДТП	0,45 / 10,25%	0,48 / 10,67%	0,67 / 13,06%	0,59 / 11,61%	0,54 / 11,46%	0,5 / 12,38%	0,51 / 14,6%	0,18 / 18,37%	0,16 / 15,53%	0,17 / 14,91%	0,17 / 15,89%	0,16 / 16%	0,16 / 18,39%	0,15 / 21,74%	0,31 / 11,97%	0,31 / 11,65%	0,34 / 11,37%	0,36 / 12,33%	0,34 / 12,55%	0,32 / 13,73%	0,32 / 16,16%	
Алкогольные отравления	0,59 / 13,44%	0,57 / 12,67%	0,85 / 16,57%	0,93 / 18,31%	0,71 / 15,07%	0,45 / 11,14%	0,32 / 9,17%	0,1 / 10,2%	0,14 / 13,59%	0,16 / 14,04%	0,18 / 16,82%	0,12 / 12%	0,08 / 9,2%	0,05 / 7,25%	0,33 / 12,74%	0,34 / 12,78%	0,48 / 16,05%	0,53 / 18,15%	0,39 / 14,39%	0,26 / 11,16%	0,18 / 9,09%	
Убийства	0,45 / 10,25%	0,4 / 8,59%	0,41 / 7,99%	0,36 / 7,09%	0,38 / 8,07%	0,29 / 7,18%	0,3 / 8,6%	0,13 / 13,27%	0,11 / 10,68%	0,12 / 10,53%	0,08 / 7,48%	0,1 / 10%	0,08 / 9,2%	0,05 / 7,25%	0,28 / 10,81%	0,25 / 9,4%	0,25 / 8,36%	0,21 / 7,19%	0,23 / 8,49%	0,18 / 7,73%	0,17 / 8,59%	
<b>Самоубийства</b>	<b>0,96 / 21,87%</b>	<b>0,95 / 21,11%</b>	<b>0,98 / 19,1%</b>	<b>0,88 / 17,32%</b>	<b>0,71 / 15,07%</b>	<b>0,76 / 18,81%</b>	<b>0,66 / 18,91%</b>	<b>0,14 / 14,29%</b>	<b>0,13 / 12,62%</b>	<b>0,13 / 11,4%</b>	<b>0,12 / 11,21%</b>	<b>0,12 / 12%</b>	<b>0,08 / 9,2%</b>	<b>0,09 / 13,04%</b>	<b>0,53 / 20,46%</b>	<b>0,51 / 19,17%</b>	<b>0,52 / 17,39%</b>	<b>0,47 / 16,1%</b>	<b>0,39 / 14,39%</b>	<b>0,41 / 17,6%</b>	<b>0,35 / 17,68%</b>	
Повреждения с неопределенными намерениями	0,59 / 13,44%	0,63 / 18,44%	0,94 / 18,32%	0,86 / 16,93%	0,95 / 20,17%	0,73 / 18,07%	0,63 / 18,05%	0,14 / 14,29%	0,17 / 16,5%	0,19 / 16,67%	0,18 / 16,82%	0,19 / 19%	0,17 / 19,54%	0,12 / 17,39%	0,36 / 13,9%	0,48 / 18,05%	0,54 / 18,06%	0,49 / 16,78%	0,54 / 19,93%	0,41 / 17,6%	0,35 / 17,68%	
Другие НС	1,34 / 30,52%	1,27 / 28,22%	1,41 / 27,49%	1,47 / 28,94%	1,41 / 29,94%	2,05 / 50,74%	0,22 / 6,3%	0,42 / 42,86%	0,32 / 31,07%	0,37 / 32,46%	0,33 / 30,84%	0,32 / 32%	0,43 / 49,43%	0,03 / 4,35%	0,85 / 32,82%	0,77 / 28,95%	0,85 / 28,43%	0,86 / 29,45%	0,82 / 30,26%	1,17 / 50,21%	1,17 / 50,21%	0,12 / 6,06%

## Уровень смертности от убийств (0 – 65 лет) в России и странах мира

Страна	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Австрия	1,09	0,98	1,11	0,84	0,79	1,03	0,86	0,61	0,74	0,79	0,77
Беларусь	11,28	11,93	12,54	11,13	11,13	10,87	11,02	9,03	8,72	8,4	НД
Болгария	4,88	4,28	3,49	2,67	3,25	2,99	2,7	2,4	2,61	НД	НД
Хорватия	2,86	2,62	3,11	2,59	2,66	1,87	1,3	1,58	1,74	1,3	1,83
Чешская Республика	1,55	1,54	1,64	1,47	1,56	1,23	1,27	1,26	1,15	0,88	НД
Эстония	21,22	16,29	19,03	17,09	13,39	15,06	12	11,11	7,78	8,85	НД
Финляндия	3,57	2,71	2,44	2,87	2,8	3,03	2,66	1,97	2,55	2,16	2,04
Франция	1,05	0,94	0,76	0,73	0,88	0,85	0,8	0,76	0,71	0,71	НД
Германия	1,12	0,92	0,9	0,91	0,76	0,7	0,76	0,69	0,65	0,56	0,58
Венгрия	3,02	2,96	3,12	2,67	2,45	2,2	2,4	1,78	1,95	1,63	НД
Ирландия	1,04	0,95	1,04	1,06	1,05	1,09	1,13	0,96	0,6	0,33	0,91
Казахстан	21,07	19,84	19,69	17,77	17,85	16,57	13,79	15,59	16,63	14,8	13,85
Латвия	16,31	16,64	13,34	13	12,76	12,51	10,82	10,48	9,24	10,37	9,56
Литва	9,65	9,48	8,87	8,35	9,9	10,21	7,25	9,34	8,44	8,9	7,35
Нидерланды	1,36	1,32	1,09	1,33	1,18	1,34	1,26	1,24	1,18	1,12	0,81
Норвегия	0,97	0,99	0,98	0,87	1,17	0,84	0,93	1,13	0,91	0,69	НД
Польша	2,68	НД	НД	2,29	2,03	1,69	1,75	1,5	1,47	1,38	1,46
Португалия	1,24	1,27	1,35	1,11	0,96	1,28	1,63	1,52	0,88	НД	НД
Республика Молдова	14,39	13,45	12,32	11,28	12,31	11,36	9,79	9,12	7,34	7,63	7,17
Румыния	3,75	3,57	3,14	3,41	3,38	3,28	3,4	3,62	2,91	2,36	1,96
<b>Российская Федерация</b>	<b>26,9</b>	<b>23,99</b>	<b>22,77</b>	<b>25,93</b>	<b>27,97</b>	<b>28,86</b>	<b>29,83</b>	<b>27,79</b>	<b>26,01</b>	<b>23,54</b>	<b>19,1</b>
Словакия	1,98	2,65	2,03	2,31	2,15	2,08	2,12	1,94	1,62	1,54	НД
Словения	2,26	2,18	1,01	1,33	0,96	0,75	1,43	1,2	1,83	1,14	0,52
Испания	0,84	0,83	0,83	0,82	1	0,96	1,02	1	1,36	0,84	НД
Швеция	1,25	1,05	1,15	1,22	1,02	0,91	1,2	0,95	1,16	0,96	НД
Швейцария	1,12	1,43	0,86	1,06	0,83	1,05	0,92	0,67	0,96	0,99	НД
Украина	15,17	13,05	11,95	12,46	12,69	11,97	11,38	10,53	9,99	9,03	8,48
Соединенное Королевство	0,92	0,72	0,75	0,82	1,11	0,44	0,46	0,49	0,52	0,45	0,47
Узбекистан	6,5	4,98	4,52	3,91	3,77	3,88	3,82	2,67	3,01	3,37	НД
<b>Страны ЕС</b>	<b>1,76</b>	<b>1,6</b>	<b>1,51</b>	<b>1,47</b>	<b>1,46</b>	<b>1,31</b>	<b>1,29</b>	<b>1,25</b>	<b>1,2</b>	<b>1,19</b>	<b>1,06</b>
<b>Страны СНГ</b>	<b>20</b>	<b>17,75</b>	<b>16,76</b>	<b>18,1</b>	<b>18,98</b>	<b>19,11</b>	<b>19,28</b>	<b>18,01</b>	<b>17,09</b>	<b>15,57</b>	<b>13,06</b>

Источник: База данных Всемирной организации здравоохранения.

**Социально-психологические характеристики парасуицидентов**  
(Объем выборки – 98 человек, исследуемый период – 2006 – I кв. 2007 гг.)

**ПОЛ**

Мужчины – 51

Женщины – 47

**ВОЗРАСТ**

0 – 19 лет: 12 (12%)

20 – 39 лет: 52 (53%)

40 – 59 лет: 31 (32%)

60 и более лет: 3 (3%)

0 – 30 лет: 45 (46%)

**УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ**

Неполное среднее: 23 (24%)

Среднее: 20 (20%)

Среднее специальное: 45 (46%)

Неполное высшее: 3 (3%)

Высшее: 7 (7%)

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАНЯТОСТЬ**

Учащиеся: 7 (7%)

Работающие: 49 (50%)

Не работающие (пенсия, инвалидность, иждивение): 42 (43%)

**УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ**

Запойно: 42 (43%)

Эпизодически, но регулярно: 24 (25%)

Почти никогда: 32 (33%)

**НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

Алкоголизм родственников: 21 (21%)

Психические заболевания родственников: 12 (12%)

**СПОСОБЫ ПАРАСУИЦИДА** (включая предыдущие попытки)

Отравление: 65

Самопорезы: 38

Повешение: 21

Падение с высоты: 3

Утопление: 2

**ПРИЧИНА ПОПЫТКИ**

Скандалы в семье: 54 (55%)

Смерть родственника (супруга, ребенка): 11 (11%)

Тот или иной вариант дисгармонии семейных отношений (включая неполную семью и алкоголизм; из них 15 (15%) разводов): 58 (59%)

Стрессовая ситуация (изнасилование, банкротство, смерть близкого, неуставные отношения в армии, соматическое заболевание): 17 (17%)

Конфликты на работе (учебе), с друзьями (коллегами): 12 (12%)

Патология (паранойя, шизофрения): 9 (9%)

Неустроенность личной жизни: 5 (5%)

Многочисленные попытки: 29 (30%)

Проходили лечение в ВОПБ: 15 (15%)

#### **СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ** (койко-дней)

Средний срок госпитализации: 23 дня

Средняя стоимость 1 койко-дня в общепсихиатрическом отделении: 565 руб. 97 коп. (566 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе 0 – 30 лет: 22 койко-дня (12452 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе 30 – 55(60) лет: 24 койко-дня (13584 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе старше 55 (60) лет: 28 койко-дней (15848 руб.)

#### **ТЕМПОРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ** (период госпитализации)

Декабрь – февраль: 45 (46%)

Март – май: 19 (19%)

Июнь – август: 11 (11%)

Сентябрь – ноябрь: 23 (24%)

#### **ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ**

*(0 – 30 лет; всего попыток в этом возрасте – 45)*

Скандалы в семье (с любимым человеком): 27 (60%)

Стрессовая ситуация (изнасилование, банкротство, катастрофы, армия, соматическое заболевание): 6 (13%)

Конфликты на работе (учебе), с друзьями (коллегами): 3 (7%)

Патология (паранойя, шизофрения): 2 (4%)

Неустроенность в личном плане: 7 (16%)

Злоупотребление алкоголем (эпизодически, запойно, попытка в состоянии алкогольного опьянения): 32 (71%)

**Приложение 5**  
**Таблица 1. Экономический ущерб от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления»**

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (год/в % к ВРП)	68729 / 5,351	67007 / 5,265	76180 / 6,04	72808 / 5,822	67137 / 5,412	58373 / 4,740	70372,2 / 5,578
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	2554 / 65043228,8 / 0,099	2606 / 82653980,8 / 0,102	2940 / 125349546 / 0,117	2871 / 185250988 / 0,115	2652 / 208333429 / 0,107	2259 / 190627409,3 / 0,092	2647 / 142876430,3 / 0,105
Мужчины	Вследствие ППЖ (год/в % к ВРП)	56782 / 4,421	55798 / 4,384	62846 / 4,983	10044 / 0,803	49434 / 3,985	48191 / 3,913	46980,8 / 3,715
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	2165 / 55136488 / 0,084	2196 / 69650092,8 / 0,086	2495 / 106376571 / 0,099	2422 / 156279308 / 0,097	2251 / 176832032 / 0,091	1905 / 160754853,8 / 0,077	2239 / 120838224,3 / 0,089
Женщины	Вследствие ППЖ (год/в % к ВРП)	11947 / 0,93	11209 / 0,881	13334 / 1,057	12623 / 1,009	11323 / 0,913	10182 / 0,827	12087,2 / 0,958
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	389 / 9906740,8 / 0,015	410 / 13003888 / 0,016	445 / 18972975,5 / 0,018	449 / 28971680,1 / 0,018	401 / 31501397,1 / 0,016	354 / 29872555,5 / 0,014	408 / 22038206 / 0,016
Город	Вследствие ППЖ (год/в % к ВРП)	46987 / 3,658	42579 / 3,346	48894 / 3,877	45593 / 3,646	40331 / 3,251	35128 / 2,852	44876,8 / 3,556
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	1765 / 44949608 / 0,069	1676 / 53157356,8 / 0,066	1899 / 80965574,1 / 0,075	1793 / 115693146 / 0,072	1605 / 126084146 / 0,065	1349 / 113836376,8 / 0,055	1681,17 / 89114367,95 / 0,067
Село	Вследствие ППЖ (год/в % к ВРП)	21742 / 1,693	24428 / 1,919	27286 / 2,163	27215 / 2,176	26806 / 2,161	23245 / 1,887	25495,4 / 2,022
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	789 / 20093620,8 / 0,031	930 / 29496624 / 0,037	1041 / 44383971,9 / 0,041	1078 / 69557842,2 / 0,043	1047 / 82249283,7 / 0,042	910 / 76791032,5 / 0,037	965,83 / 58762063 / 0,039

Таблица 2. Экономический ущерб от убийств

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	7885 / 0,614	6043 / 0,475	7128 / 0,565	6072 / 0,486	6164 / 0,497	5249 / 0,426	6658,4 / 0,527
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	302 / 7691094,4 / 0,012	254 / 8500102,4 / 0,01	268 / 11426421,2 / 0,012	267 / 17228148,3 / 0,0001	245 / 19246489,5 / 0,01	192 / 16202064 / 0,008	254,67 / 13382386,63 / 0,01
Мужчины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6297 / 0,49	4718 / 0,371	5473 / 0,434	4720 / 0,377	4786 / 0,386	4050 / 0,329	5198,8 / 0,412
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	240 / 6112128 / 0,009	207 / 6692244,8 / 0,008	211 / 8996174,9 / 0,008	178 / 11485432,2 / 0,007	196 / 15397191,6 / 0,008	147 / 12404705,3 / 0,006	196,5 / 10181312,8 / 0,01
Женщины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1588 / 0,124	1325 / 0,104	1655 / 0,131	1352 / 0,108	1378 / 0,111	1199 / 0,097	1459,6 / 0,116
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	62 / 1578966,4 / 0,002	47 / 1807857,6 / 0,002	57 / 2430246,3 / 0,002	43 / 2774570,7 / 0,002	49 / 3848297,9 / 0,002	45 / 3797358,8 / 0,002	50,5 / 2706383,0 / 0,002
Город	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6372 / 0,496	4196 / 0,33	4788 / 0,38	3953 / 0,316	3727 / 0,3	2982 / 0,242	4607,2 / 0,364
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	244 / 6213996,8 / 0,01	175 / 5550440 / 0,007	175 / 7461282,5 / 0,007	140 / 90333486 / 0,006	157 / 12333464,7 / 0,006	110 / 9282432,5 / 0,004	166,83 / 8312517,08 / 0,007
Село	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1513 / 0,118	1847 / 0,145	2340 / 0,186	2119 / 0,169	2437 / 0,196	2267 / 0,184	2051,2 / 0,163
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	58 / 1477097,6 / 0,002	79 / 2949662,4 / 0,003	93 / 3965138,7 / 0,004	81 / 5226516,9 / 0,003	88 / 6913024,8 / 0,004	82 / 6919631,5 / 0,003	80,17 / 4575178,65 / 0,003

Таблица 3. Экономический ущерб от дорожно-транспортных происшествий

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППТЖ (годы/в % к ВРП)	10588 / 0,824	10078 / 0,792	11326 / 0,898	11409 / 0,912	10840 / 0,874	10338 / 0,839	10948,2 / 0,86
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	323 / 8225905,6 / 0,013	309 / 9800491,2 / 0,012	328 / 13984575,2 / 0,013	364 / 23487063,6 / 0,015	332 / 26080957,2 / 0,013	319 / 26919054,3 / 0,013	329,17 / 18083007,85 / 0,013
Мужчины	Вследствие ППТЖ (годы/в % к ВРП)	7483 / 0,583	7891 / 0,62	8454 / 0,67	8990 / 0,719	8475 / 0,683	7904 / 0,642	8258,6 / 0,655
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	241 / 6137595,2 / 0,009	244 / 7738899,2 / 0,01	262 / 11170605,8 / 0,01	294 / 18970320,6 / 0,012	273 / 21446088,3 / 0,011	251 / 21180823,3 / 0,01	260,83 / 14440722,07 / 0,010
Женщины	Вследствие ППТЖ (годы/в % к ВРП)	3105 / 0,242	2187 / 0,172	2872 / 0,228	2419 / 0,193	2365 / 0,191	2434 / 0,198	2589,6 / 0,21
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	82 / 2088310,4 / 0,003	65 / 2061592 / 0,003	66 / 2813969,4 / 0,003	70 / 4516743 / 0,003	59 / 4634868,9 / 0,002	68 / 5738231 / 0,003	66,33 / 3642285,78 / 0,003
Город	Вследствие ППТЖ (годы/в % к ВРП)	6641 / 0,517	6302 / 0,495	7105 / 0,563	6877 / 0,55	5978 / 0,482	5764 / 0,468	6580,6 / 0,521
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	205 / 5220776 / 0,008	197 / 6248209,6 / 0,008	209 / 8910903,1 / 0,008	219 / 14130953,1 / 0,009	178 / 13983163,8 / 0,007	181 / 15273820,8 / 0,007	198,17 / 10627971,07 / 0,008
Село	Вследствие ППТЖ (годы/в % к ВРП)	3947 / 0,307	3776 / 0,297	4221 / 0,335	4532 / 0,362	4862 / 0,392	4574 / 0,371	4267,6 / 0,339
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	118 / 3005129,6 / 0,005	112 / 3552281,6 / 0,004	119 / 5073672,1 / 0,005	145 / 9356110,5 / 0,006	154 / 12097793,4 / 0,006	138 / 11646233,5 / 0,006	131,00 / 7455036,78 / 0,005

Таблица 4. Экономический ущерб от случайных отравлений алкоголем

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	7868 / 0,613	7807 / 0,613	11288 / 0,895	12174 / 0,974	8853 / 0,714	5786 / 0,470	9598 / 0,762
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	359 / 9142724,8 / 0,014	375 / 11893800 / 0,015	525 / 22383847,5 / 0,021	571 / 36843717,9 / 0,023	417 / 32758310,7 / 0,017	22648489,87 / 0,011	419,67 / 22648489,87 / 0,017
	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6547 / 0,51	6344 / 0,499	9406 / 0,746	10044 / 0,803	7583 / 0,611	4552 / 0,370	7984,8 / 0,634
Мужчины	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	306 / 7792963,2 / 0,012	307 / 9737057,6 / 0,012	444 / 18930339,6 / 0,018	483 / 31165526,7 / 0,019	361 / 28359113,1 / 0,015	19176029,95 / 0,014	354,50 / 19176029,95 / 0,014
	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1321 / 0,103	1463 / 0,115	1882 / 0,149	2130 / 0,17	1270 / 0,102	1234 / 0,100	1613,2 / 0,128
Женщины	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	53 / 1349761,6 / 0,002	68 / 2156742,4 / 0,003	81 / 3453507,9 / 0,003	88 / 5678191,2 / 0,004	56 / 4399197,6 / 0,002	45 / 3797358,8 / 0,002	65,17 / 3472459,92 / 0,003
	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	5154 / 0,401	4769 / 0,375	7259 / 0,576	7245 / 0,579	4706 / 0,379	3342 / 0,271	5826,6 / 0,462
Город	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	238 / 6061193,6 / 0,009	235 / 7453448 / 0,009	334 / 14240390,6 / 0,013	343 / 22132040,7 / 0,014	226 / 17758904,6 / 0,009	156 / 13164177 / 0,006	255,33 / 13467525,75 / 0,010
	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	2714 / 0,211	3038 / 0,239	4029 / 0,319	4929 / 0,394	4147 / 0,334	2444 / 0,198	3771,4 / 0,3
Село	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	121 / 3081531,2 / 0,005	140 / 4440352 / 0,006	191 / 8143456,9 / 0,008	228 / 14711677,2 / 0,009	191 / 15004406,1 / 0,008	115 / 9704361,3 / 0,005	164,33 / 9180964,12 / 0,007

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>ВВЕДЕНИЕ</i> .....	3
Глава 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	6
1.1. Развитие научных и общественных представлений о суициде .....	6
1.2. Исторические предпосылки актуальности проблемы суицидального поведения в Российской Федерации .....	19
1.3. Методологические подходы к исследованию суицидального поведения .....	44
Глава 2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РОССИИ И ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ .....	56
2.1. Современное состояние проблемы суицидального поведения .....	56
2.2. Комплексный анализ факторов суицидального риска на территории Вологодской области .....	66
2.3. Влияние суицидальных тенденций на социально-экономическое развитие региона .....	111
Глава 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ .....	121
3.1. Основные направления профилактики суицидального поведения населения .....	121
3.2. Разработка региональной концепции профилактики суицидального поведения .....	145
<i>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</i> .....	158
<i>ЛИТЕРАТУРА</i> .....	163
<i>ПРИЛОЖЕНИЯ</i> .....	175

*Научное издание*

Морев Михаил Владимирович  
Шабунова Александра Анатольевна  
Гулин Константин Анатольевич

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ  
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Технический редактор	А.А. Воробьева
Оригинал-макет	Е.С. Нефедова
Корректор	Л.В. Зарубалова

---

Подписано в печать 30.03.2010.  
Формат бумаги 60/84/16. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 10,93. Печ. л. 11,75. Тираж 200 экз. Заказ № 91.

---

Институт социально-экономического развития  
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)  
160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а  
Телефон: 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru