

**УЧРЕЖДЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН**



М.В. Морев

**ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
УЩЕРБА ВСЛЕДСТВИЕ СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ ОТ САМОУБИЙСТВ**

Препринт

Вологда – 2011

Морев, М.В. Оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от самоубийств [Текст]: препринт / М.В. Морев. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – 33 с.

Препринт подготовлен на основе информационно-аналитической записки о научном исследовании по одноименной теме. В работе рассмотрены основные тенденции суицидальной активности населения Российской Федерации, проведен сравнительный анализ ситуации в регионах России и муниципальных образованиях Вологодской области. Представлены социально-демографические характеристики населения, находящегося в группе повышенного суицидального риска. В работе дана также оценка социально-экономического ущерба от самоубийств, проведен сравнительный анализ с наиболее распространенными причинами смертности. На основе исследования предложены рекомендации по снижению бремени суицидов.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее острых проблем российского общества является высокая смертность населения, прежде всего от внешних причин, в число которых входят убийства, самоубийства, отравления, травмы, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи. Большие потери в результате их распространения стали особенностью российской статистики, они приобрели длительный и устойчивый характер в большинстве регионов России [1].

Суицид в настоящее время является ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола. В возрастной группе 15 – 35 лет в Европейском регионе самоубийства занимают второе место после дорожно-транспортных происшествий [20].

Следует также отметить, что суицидальное поведение – проблема более широкая, чем уровень смертности населения от самоубийств. В нее включены лица, совершившие парасуицид (попытка самоубийства, не закончившаяся летальным исходом), близкие и родственники суицидента, все люди, имеющие суицидальные намерения.

Кроме того, смертность от самоубийств является индикатором, отражающим общий уровень социального здоровья и психического микроклимата в стране. Репрезентативность данного индикатора обуславливается тем, что суициды детерминируются факторами самой различной направленности (социально-экономической, психологической, медицинской и т.д.).

В программе Всемирной организации здравоохранения «Здоровье – 21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» указывается, что «снижение числа самоубийств требует самого пристального внимания к вопросам укрепления и охраны психического здоровья на протяжении всей жизни, в частности, в находящихся в неблагоприятном социально-экономическом положении группах населения» [9].

Существует также четкая связь ухудшения психического здоровья с общими демографическими показателями. Причинами этого деструктивного процесса в первую очередь являются глобальная ломка социальных стереотипов, ухуд-

шение социальной среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий.

Проблеме суицидального поведения в настоящее время уделяется все большее внимание. Однако в основном исследователи обращаются к ее демографическому или психологическому аспекту. Между тем смертность населения от самоубийств имеет существенные социальные последствия, одним из которых является высокий уровень социально-экономического ущерба.

Целью очередного этапа научно-исследовательской работы «Социальное здоровье населения» стала оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от самоубийств. Для достижения этой цели были поставлены следующие *задачи*:

1. Анализ современных тенденций суицидальной активности населения Российской Федерации.

2. Сравнительный анализ регионов Российской Федерации по уровню распространения самоубийств.

3. Оценка социально-экономического бремени суицидов с использованием методики глобального бремени болезней, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения.

4. Разработка рекомендаций по снижению уровня суицидальной активности населения.

Полученные в ходе исследования выводы основаны на теоретических и практических результатах и могут быть использованы региональными органами власти и управления при разработке и реализации молодежной политики, стратегии экономического и социального развития регионов.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Начиная с 2010 г. научным коллективом ИСЭРТ РАН выполняется научно-исследовательская работа «Социальное здоровье населения». Целью исследования является изучение динамики и факторов, влияющих на социальное здоровье, а также разработка основных направлений его сохранения и укрепления. Очередной этап исследования, проведенный в 2011 г., позволил выявить следующие результаты:

1. На международном уровне Российская Федерация отличается повышенной смертностью населения от самоубийств. По данному показателю Россия занимает 3 место среди европейских стран – участников ВОЗ (в 2009 г. – 24,1 на 100 тыс. нас.). При этом количество суицидов в стране ежегодно превышает предельно-критический уровень, установленный Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. нас.).

2. Как в России, так и на территории Вологодской области самоубийства являются наиболее распространенной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления», который устойчиво занимает 3 место после смертности от заболеваний системы кровообращения и онкопатологий.

3. В 59 субъектах России число самоубийств превышает предельно-критический уровень, при этом особенно негативная ситуация складывается в Сибирском федеральном округе за счет республик Тыва, Алтай, Бурятия и Забайкальского края.

4. В молодежной среде уровень самоубийств составляет 25,4 случая на 100 тыс. населения, что почти в три раза выше, чем в среднем по странам мира.

5. В Северо-Западном федеральном округе в рамки предельно-критического уровня укладываются только г. Санкт-Петербург и Мурманская область (10,8 и 13,8 на 100 тыс. нас. соответственно). Вологодская область (21,6 на 100 тыс. нас.) занимает 6 место среди регионов СЗФО и 37 место среди субъектов Российской Федерации.

6. Максимальный уровень смертности от суицидов в Вологодской области наблюдается в Верховажском и Тотемском районах (соответственно 85 и 87 случаев на 100 тыс. нас.). При этом самоубийства распространены преимущественно среди мужчин, людей старше 40 лет, жителей сельских территорий.

7. В целом по стране максимальное число суицидов приходится на возрастную группу 25 – 29 лет (4,2 тыс.). Половина всех самоубийств совершается людьми в возрасте до 40 лет (данные 2009 г.). Таким образом, смертность от самоубийств широко распространена среди трудоспособного населения, что делает проблему суицидального поведения актуальной с экономической точки зрения.

8. Социально-экономические потери от суицидов составляют 0,25% ВРП или 350586 потерянных лет продуктивной жизни. Во всех регионах России эти потери выше, чем от других причин смертности класса «Несчастные случаи, травмы и отравления». Лидирующие места по ущербу от суицидов занимают Чукотский автономный округ (2,7% ВРП), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6%). В Вологодской области данный показатель составляет 0,5%.

9. На долю детей и подростков (до 24 лет) приходится 34% всех потерянных лет продуктивной жизни (ПППЖ) от самоубийств. Для сравнения: потери от ишемической болезни сердца составляют 2%, от новообразований – 15%, от алкогольных отравлений – 7%, от транспортных несчастных случаев – 43%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что смертность от самоубийств не только является индикатором общего состояния психического здоровья населения, не только создает демографическую угрозу для страны, но и представляет существенную экономическую проблему. Это вызывает необходимость разработки и реализации мер по профилактике суицидального поведения, среди которых можно выделить следующие:

1. Нормотворческая деятельность:

✓ Разработка на федеральном и региональном уровнях целевых программ, направленных на профилактику самоубийств.

✓ Выполнение целевой программы, направленной на формирование здорового образа жизни среди населения и предусматривающей организацию сотрудничества со средствами массовой информации по освещению вопросов, связанных с суицидом.

✓ Разработка образовательных программ по суицидологическому профилю для сотрудников специфических сфер деятельности (учреждения здравоохранения, социальные службы, детские дома, учреждения пенитенциарной системы, армия, учебные заведения, молодежные организации и т.д.).

✓ Стимулирование деятельности вневедомственных организаций, занимающихся поддержкой и защитой прав суицидентов, членов их семей, а также лиц, проявляющих симптомы депрессии.

2. Создание инфраструктуры специализированных учреждений суицидологического профиля:

✓ Формирование общероссийской суицидологической службы на базе федерального суицидологического центра при НИИ психиатрии.

✓ Развитие сети кризисных и реабилитационных центров, суицидологических кабинетов на базе ЛПУ.

✓ Учреждение службы статистической информации по вопросам, связанным с психическим здоровьем и суицидальным поведением. Формирование банка данных о лицах, проявляющих суицидальные тенденции или страдающих депрессией.

3. Реализация мер общесоциального характера:

✓ Обучение в рамках образовательной программы учащихся старших классов, средних учебных заведений и вузов основам суицидологии, методам адаптации к стрессовым ситуациям, способам оказания психолого-педагогической поддержки в кризисных ситуациях (на уроках ОБЖ, валеологии).

✓ Обеспечение профессиональной занятости населения, поддержка и развитие форм самозанятости.

✓ Мониторинг наиболее нуждающихся категорий населения и адресная социальная помощь.

✓ Ужесточение цензуры в сети Интернет и законодательный запрет сайтов, содержащих сведения, способствующие развитию суицидальных тенденций.

Таким образом, снижение уровня суицидальной активности населения будет иметь существенный экономический и демографический эффект. Первым шагом в этом направлении должно стать принятие Концепции профилактики самоубийств на федеральном и региональном уровне, что обеспечит скоординированность действий всех заинтересованных ведомств, общественных и религиозных организаций.

1. ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Суицид представляет собой глобальную проблему для мирового здравоохранения. По статистике, в результате самоубийств в мире умирает больше людей, чем в результате войн и насильственных убийств, вместе взятых. По данным ВОЗ, общее количество смертей от суицида приближается к миллиону в год. Тенденции таковы, что к 2020 году число самоубийств, по всей видимости, возрастет в полтора раза [3].

Всемирная организация здравоохранения признала Россию страной, находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации [17]. На протяжении последних 20 лет Россия неизменно входит в пятерку стран, имеющих наиболее высокий уровень смертности населения от самоубийств (в 1990 г. она занимала 6 место; табл. 1).

Таблица 1

Ранжирование стран – лидеров по уровню смертности от самоубийств (число умерших на 100 тыс. населения; объем выборки – 53 страны) [7]

1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
1. Венгрия (38,1)	1. Литва (47,9)	1. Литва (46,7)	1. Литва (37,0)	1. Литва (31,5)
2. Финляндия (29,1)	2. Россия (41,6)	2. Россия (37,8)	2. Россия (29,8)	2. Казахстан (24,5)
3. Словения (28,0)	3. Эстония (40,9)	3. Беларусь (34,2)	3. Беларусь (29,0)	3. Россия (24,1)
4. Эстония (27,6)	4. Латвия (40,7)	4. Казахстан (32,7)	4. Казахстан (26,8)	4. Венгрия (21,8)
5. Литва (27,2)	5. Казахстан (33,3)	5. Латвия (30,7)	5. Венгрия (23,2)	5. Латвия (20,7)

Тенденции суицидальной активности населения в 1990-х гг. были обусловлены критическими для страны событиями 1991 и 1998 гг. Распад Советского Союза оказал более существенное влияние на психическое здоровье населения, чем экономический кризис 1998 г. Этим объясняется более длительный период роста уровня самоубийств (1991 – 1994 и 1998 – 1999 гг. соответственно).

Несмотря на позитивную тенденцию снижения, наблюдающуюся с начала 2000-х гг., среднероссийский показатель смертности от самоубийств с 1990 г. превышает предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; рис. 1). Для сравнения: в странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 17,5 на 100 тыс. населения [7].

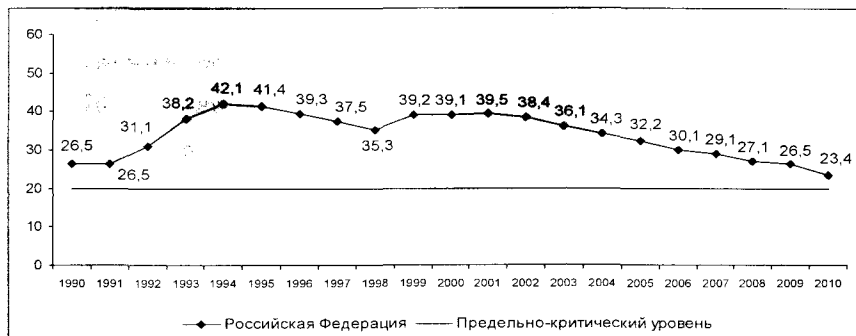


Рис. 1. Соотношение уровня самоубийств в Российской Федерации и предельно-критического значения суицидов по данным ВОЗ (умерших на 100 тыс. нас.) [19]

Внешние причины, к которым относятся суициды, занимают 3-е по распространенности место в структуре смертности населения Российской Федерации. При этом в рамках класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» на самоубийства приходится максимальное количество погибших (табл. 2).

Таблица 2

Структура смертности населения Российской Федерации в 2010 г.* [19]

Класс причин смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от всех причин смертности
<i>Структура общей смертности</i>			
Все причины	2028516	1422	100
Болезни системы кровообращения	1151917	798	56,8
Новообразования	293171	205	14,5
Внешние причины	216867	144	10,7
Болезни органов пищеварения	91995	64	4,5
Болезни органов дыхания	74808	52	3,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	33609	23	1,7
<i>Структура смертности от внешних причин воздействия</i>			
Причины смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от внешних причин
Внешние причины	216867	144	100
Самоубийства	33480	23	15,4
Все виды транспортных несчастных случаев	28558	20	13,2
Убийства	18951	13	8,7
Случайные отравления алкоголем	19132	10	8,8

* Ранжировано по значению показателя в %.

В 59 субъектах Российской Федерации уровень смертности населения от самоубийств превышает предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (рис. 2). Наиболее негативная ситуация наблюдается в Сибирском федеральном округе (36,5 на 100 тыс. нас.). В

его состав входят Республика Тыва, Республика Алтай, Забайкальский край и Республика Бурятия, которые, по данным на 2010 г., имеют наибольший уровень суицидальной активности населения (71; 66 и 65 случаев на 100 тыс. населения соответственно).

Повышенный уровень суицидальной активности на этих территориях может быть связан с более низким уровнем социально-экономического развития, а также с этнокультуральными особенностями населения, проживающего на данных территориях [18].

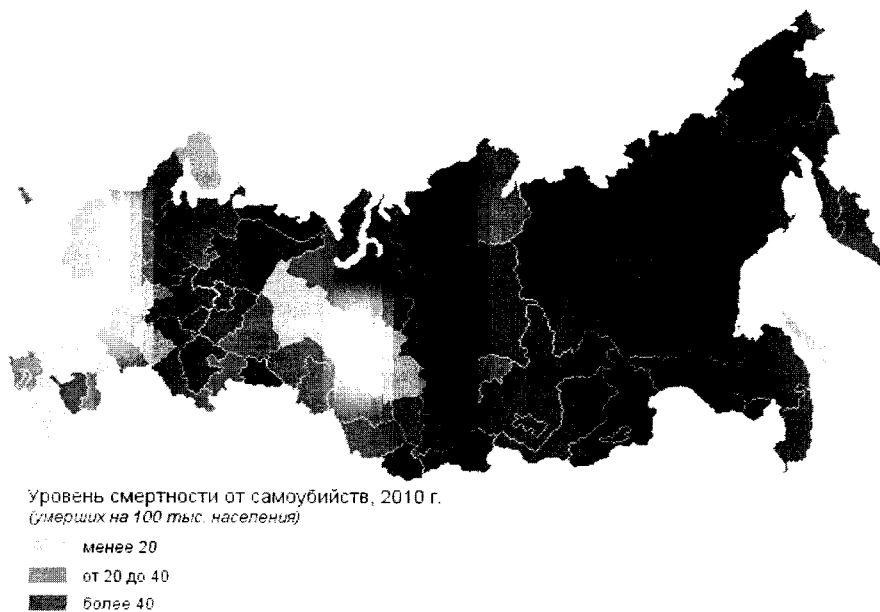


Рис. 2. Уровень смертности населения от самоубийств на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас., 2010 г.) [19]

В последние годы частота суицидов среди лиц в возрасте от 10 до 14 лет колеблется в пределах от 3 до 4 случаев на 100 тысяч, а среди подростков 15 – 19 лет – 19 – 20 случаев. В мире же средний показатель по этой возрастной категории в 2,7 раза ниже, чем в России [18].

По данным за 2009 г., наиболее суицидально активной возрастной категорией являются люди 20 – 39 лет (34 случая на 100 тыс. нас.); в группе от 40 до

59 лет уровень самоубийств составляет 31 случай на 100 тыс. нас.; среди людей старше 60 лет – 29 случаев, в возрасте 5 – 19 лет – 9 случаев. Таким образом, проблема суицидального поведения широко распространена среди лиц трудоспособного возраста. В молодежной среде, к которой по определению ЮНИСЕФ относятся люди от 15 до 24 лет [8], средний уровень суицидов по стране составил 25,4 случая на 100 тыс. населения (рис. 3).



уровень смертности от самоубийств
в возрасте от 15 до 24 лет, 2009 г.
(умерших на 100 тыс. населения)

менее 20
от 20 до 40
более 40

Рис. 3. Уровень смертности от самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет (число умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

В сравнении с другими причинами смертности класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» суициды преобладают среди мужчин, а также людей старше 20 лет (табл. 3). Эта особенность наиболее ярко проявляется на сельских территориях.

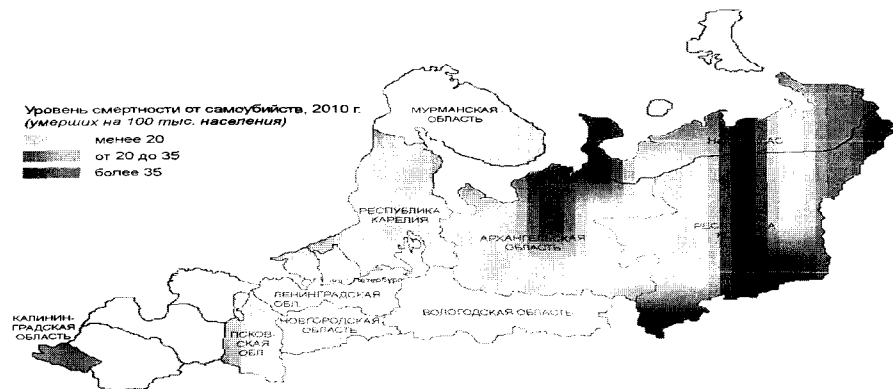
Таблица 3

Сравнительный анализ внешних причин смертности
в различных социальных категориях (РФ, 2009 г., умерших на 100 тыс. нас.)

Категории населения	Самоубийства	Убийства	ДТП	Алкогольные отравления
Мужчины	47,3	24,4	33,6	25,0
Женщины	8,5	7,0	10,6	6,5
5 – 19 лет	8,8	2,9	10,2	0,1
20 – 39 лет	34,0	19,2	29,3	11,0
40 – 59 лет	31,0	21,2	22,3	30,3
60 лет и старше	28,9	11,1	19,2	13,9
Город	20,9	13,9	18,7	13,5
Село	41,6	18,3	28,1	19,3

* Выделены категории населения, в которых уровень смертности от самоубийств выше, чем от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления».

В Северо-Западном федеральном округе наиболее низкий уровень суицидов отмечается в г. Санкт-Петербурге (10,8 на 100 тыс. нас.) и Мурманской области (13,8), эти территории имеют самую стабильную динамику снижения (рис. 4). В остальных субъектах СЗФО смертность от самоубийств превышает предельно-критический уровень ВОЗ, причем в некоторых регионах почти в 2 раза (Архангельская область, Республика Коми).



Ранговое место региона в Северо-Западном федеральном округе

	2 группа (от 20 до 35 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (менее 20 умерших на 100 тыс. нас.)
1. Ненецкий автономный округ	4. Новгородская область	8. Калининградская область
2. Республика Коми	5. Республика Карелия	9. Ленинградская область
3. Архангельская область	6. Псковская область	10. Мурманская область
	7. Вологодская область	11. г. Санкт-Петербург

Рис. 4. Уровень смертности от самоубийств на территории Северо-Западного федерального округа (2010 г., умерших на 100 тыс. населения) [19]

На территории Вологодской области уровень самоубийств снижается с 2000 г., однако этот процесс менее стабилен, чем в среднем по Северо-Западному федеральному округу (рис. 5). Последний скачок смертности от суицидов в регионе наблюдался в 2009 г., что, скорее всего, было связано с ухудшением социального настроения населения вследствие мирового финансового кризиса. Так, по данным опросов, в 2009 г. доля жителей региона, испытывающих негативные эмоции (напряжение, раздражение, страх, тоску), увеличилась впервые с 2001 г. (с 26 до 30%), а удельный вес населения, проявляющего симптомы тревоги или депрессии, возрос с 28% в 2008 г. до 31%¹.

¹ База данных ИСЭРТ РАН. Мониторинг общественного психического здоровья населения Вологодской области.

В целом Вологодская область по уровню суицидальной активности населения занимает 6 место среди субъектов Северо-Запада и 37 место по Российской Федерации, при этом региональный показатель самоубийств превышает среднеокружной на протяжении периода с 1990 по 2010 г.

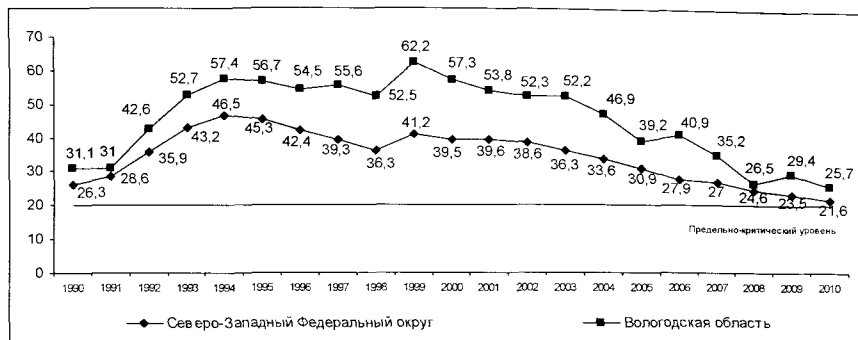
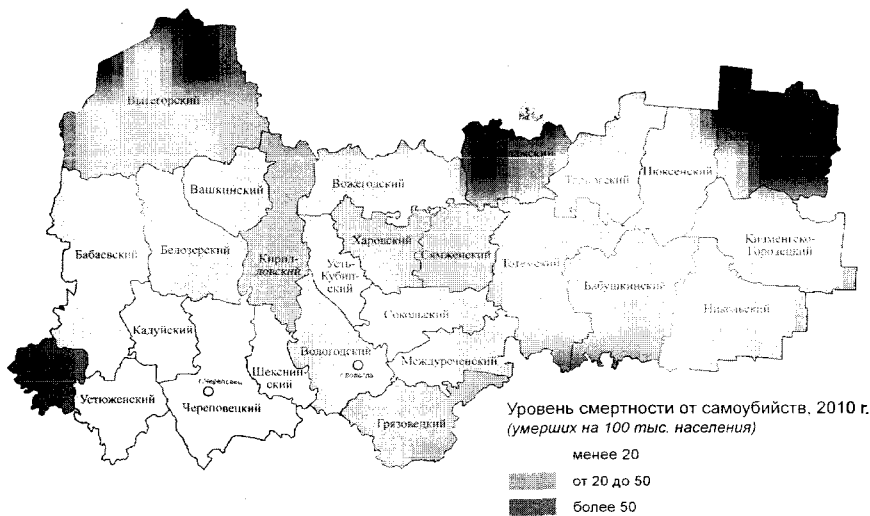


Рис. 5. Динамика самоубийств в Вологодской области и Северо-Западном федеральном округе (умерших на 100 тыс. нас.) [19]

Позитивные изменения в отношении уровня самоубийств в 2010 г. коснулись 16 муниципальных образований Вологодской области (рис. 6). Прежде всего, существенно снизился уровень смертности от суицидов в Бабаевском, Усть-Кубинском и Никольском районах. Негативные изменения затронули в первую очередь Тотемский и Харовский районы.



Ранговое место муниципального образования в Вологодской области

	2 группа (от 20 до 50 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (менее 50 умерших на 100 тыс. нас.)
1. Тотемский р-н	11. Усть-Кубинский р-н	22. Бабаевский р-н
2. Верховажский р-н	12. Вашкинский р-н	23. г. Вологда
3. Грязовецкий р-н	13. Междуреченский р-н	24. Устюженский р-н
4. Сямженский р-н	14. Никольский р-н	25. Шекнинский р-н
5. Харовский р-н	15. Кичменгско-Городецкий р-н	26. Череповещкий р-н
6. Великоустюгский р-н	16. Вожегодский р-н	27. г. Череповец
7. Чагодощенский р-н	17. Тарногский р-н	28. Кадуйский р-н
8. Кирилловский р-н	18. Вологодский р-н	
9. Вытегорский р-н	19. Сокольский р-н	
10. Бабушкинский р-н	20. Нюксенский р-н	
	21. Белозерский р-н	

Рис. 6. Уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области (2010 г., умерших на 100 тыс. населения) [6]

В 2010 г. уровень самоубийств уменьшился во всех возрастных категориях населения, за исключением лиц от 10 до 19 лет (табл. 4). Следует отметить, что в наиболее молодых возрастных группах (10 – 19 и 20 – 39 лет) наблюдается наименее стабильная динамика смертности от суицидов. Это можно объяснить тем, что представители данных категорий (в первую очередь дети и подростки) имеют повышенный уровень лабильности психики и, одновременно, не обладают жизненным опытом, достаточным для конструктивного реагирования на психотравмирующие ситуации, что повышает риск совершения суицида.

Таблица 4

Возрастная структура смертности населения Вологодской области от самоубийств [6]

Возрастная группа	Количество умерших на 100 тыс. населения													Среднее за 1999 – 2010 гг.
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
10–19 лет (с 1998 по 2000 гг. – 0–19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	7,2	7,0	9,7	10,0
20–39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	25,3	33,7	27,8	48,9
40–59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	37,8	38,6	33,8	63,5
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	36,7	45,3	38,1	56,0

Соотношение уровня самоубийств среди мужчин и женщин до 2007 г. составляло примерно 7:1. В 2008 г. число суцидов среди мужчин резко сократилось и достигло минимального значения за период с 1998 по 2008 г. (рис. 7) Тем не менее уровень суицидальной активности мужской части населения на протяжении рассматриваемого периода значительно превышал предельно-критический уровень, установленный Всемирной организацией здравоохранения.

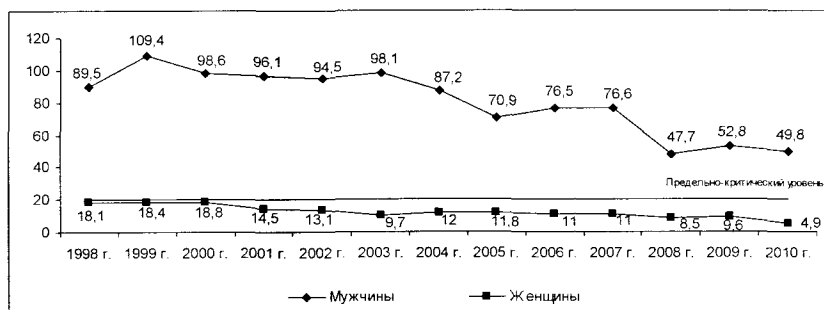


Рис. 7. Уровень завершённых самоубийств среди мужчин и женщин Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения) [6]

Результаты исследования суицидального поведения населения Вологодской области за период 1998 – 2010 гг. наглядно демонстрируют тот факт, что среди жителей сельской местности самоубийства совершаются значительно чаще, чем среди горожан (рис. 8). Причина этого, на наш взгляд, состоит в более тяжелых социально-экономических условиях жизни на селе. Так, в 2010 г. на городских и сельских территориях денежный доход населения составил 12921 и 9234 руб. в месяц соответственно, общее количество располагаемых

ресурсов – 14309 и 10912 руб. в месяц. Из них расходы на покупку алкогольных напитков достигали 1,8 и 2,5% от общих расходов соответственно (в 2009 г. – 1,8 и 2,9%). Количество безработных среди городских и сельских жителей в 2010 г. было равно 6,5 и 11,2% от общей численности экономически активного населения (в 2009 г. – 6,9 и 10,4%).

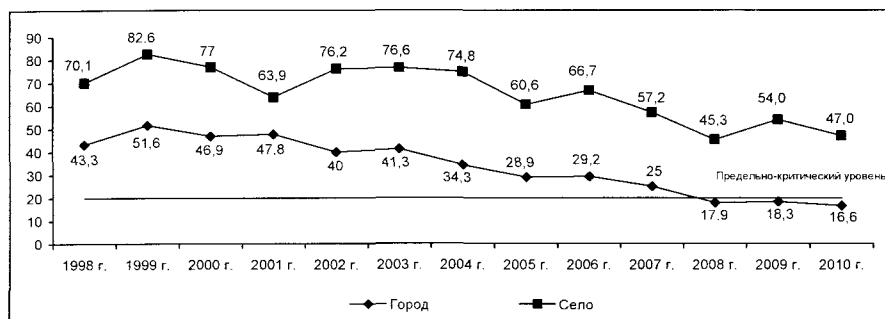


Рис. 8. Смертность сельского и городского населения Вологодской области от самоубийств (умерших на 100 тыс. населения) [6]

Повышенный уровень самоубийств на сельских территориях характерен не только для Вологодской области, но и для остальных регионов СЗФО (табл. 5). В сравнении со всеми субъектами Северо-Запада по уровню самоубийств среди городских и сельских жителей Вологодский регион находится на 7 и 4 месте соответственно.

Таблица 5

Уровень самоубийств в городской и сельской местности по регионам СЗФО (2010 г., умерших на 100 тыс. нас.) [19]

Территория	Городские территории	Сельские территории
Российская Федерация	18,1	38,2
Северо-Западный федеральный округ	17,1	44,6
Республика Карелия	22,0 (4)	45,2 (5)
Республика Коми	28,0 (2)	82,1 (1)
Архангельская область	31,3 (1)	63,2 (2)
Вологодская область	16,6 (7)	47,5 (4)
Калининградская область	21,3 (5)	31,0 (7)
Ленинградская область	20,8 (6)	26,5 (8)
Мурманская область	13,9 (9)	12,2 (9)
Новгородская область	22,7 (3)	44,5 (6)
Псковская область	16,2 (8)	49,0 (3)
г. Санкт-Петербург	10,8 (10)	0,0 (10)

* В скобках указано место региона в СЗФО.

Таким образом, анализ проблемы суицидального поведения показал, что Российская Федерация является одной из стран с наиболее высокой степенью актуальности данной проблемы. Следует также отметить, что собственно самоубийства представляют лишь «верхушку айсберга» – проблемы суицидального поведения. Согласно формуле экспертов ВОЗ, на n завершенных самоубийств приходится 10 – 20 n парасуицидов, 8 n близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100 n людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, на 33480 самоубийств, официально зарегистрированных в Российской Федерации в 2010 г., приходится, по расчетам, 0,4% жителей страны, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, 0,2% людей из числа ближайшего окружения суицидента и 2,4% лиц, имеющих «внутренний суицидальный дискурс». В целом же в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,2 млн. человек, что составляет 2,9% населения страны.

В связи с повышенным уровнем самоубийств в Российской Федерации и Вологодской области (особенно среди лиц трудоспособного возраста) актуальной является оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения по данной причине.

2. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ САМОУБИЙСТВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ

Смертность от самоубийств является не только демографической, но и социально-экономической проблемой, поскольку большинство смертей по данной причине происходит среди лиц трудоспособного возраста.

Определение и расчет экономических потерь, вызываемых снижением количественных и качественных показателей образовательного и трудового потенциала в результате заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, имеют важное значение как для разработки политики в области здравоохранения, так и для вычисления ресурсов, необходимых для снижения этих потерь [12].

По данным за 2009 г., 50% самоубийств было совершено людьми в возрасте до 40 лет, при этом максимальное число суицидов приходилось на возрастную группу 25 – 29 лет (4231 ед.). Другими словами, суицидальное поведение широко распространено среди наиболее молодых, трудоспособных категорий населения, что вызывает необходимость не только рассмотрения психологического и демографического аспектов данной проблемы, но и анализа ее как фактора, обуславливающего существенный социально-экономический ущерб вследствие потерь продуктивных лет жизни.

Для расчета бремени самоубийств нами была использована концепция глобального бремени болезней (ГББ; Global Burden of Disease Study), которая была предложена Мюррзэем (Murray) и Лопесом (Lopez) и впервые была реализована в одноименном проекте в 1992 г. Всемирной организацией здравоохранения по инициативе Всемирного банка [24].

По результатам исследования, проведенного в 90-х гг. специалистами ВОЗ, был сделан вывод о том, что данная методика «выявила истинную значимость длительного недооцененного воздействия проблем психического здоровья

вследствие нетрудоспособности» [28]. В настоящее время расчеты глобального бремени болезней производятся ежегодно.

Методика предполагает вычисление индекса DALY. Он представляет собой меру потерь здоровья, которая состоит из суммы двух величин: лет жизни населения, проживающего на рассматриваемой территории, потерянных вследствие преждевременной смертности (YLL); и лет жизни населения, потерянных вследствие нарушений здоровья, не приводящих к смертельному исходу (YLD).

$$DALY = YLL + YLD$$

Психические заболевания в сравнении с серьезными медицинскими заболеваниями занимают высокое место в перечне DALYs вследствие того, что возникают в начале жизни и не приводят к ранней смертности, поэтому число лет, прожитых с психическим расстройством, довольно велико и приводит к большому количеству DALYs [29].

Для расчета потерь продуктивных лет жизни вследствие самоубийств нами использовался показатель YLL (Years of Life Lost, потерянные годы жизни из-за преждевременной смертности) [15]. При этом в отсутствие информации о точном возрасте человека на момент совершения суицида было сделано статистическое допущение, что он имел средний возраст 12 лет в группе от 10 до 14 лет; 17 лет – в группе от 15 до 19 лет и т.д.

$$YLL = N \times L,$$

где N – число смертельных случаев;

L – средняя продолжительность жизни в возрасте смерти (в годах). В нашем случае за этот показатель был принят возраст выхода на пенсию (54 полных года для женщин и 60 лет для мужчин).

Согласно полученным данным потери ВРП вследствие смертности населения от самоубийств значительно превышают ущерб от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» и сравнимы с потерями от наиболее распространенных причин смерти (злокачественные новообразования и ишемическая болезнь сердца; табл. 6).

Таблица 6

Социально-экономический ущерб вследствие ПГПЖ

Территория	Ишемическая болезнь сердца		Злокачественные новообразования		Случайные отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Самоубийства	
	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП
Россия	675369	0,476	640249	0,451	229896	0,162	580350	0,409	350586	0,247	645061	0,455
Центральный федеральный округ	187113	0,504	168050	0,453	61539	0,166	152162	0,410	65648	0,177	91481	0,246
Северо-Западный федеральный округ	74434	0,553	61369	0,456	25733	0,191	50081	0,372	30551	0,227	52146	0,388
Южный федеральный округ	79529	0,580	96143	0,701	9947	0,073	92461	0,674	32822	0,239	56146	0,409
Поволжский федеральный округ	138840	0,461	133546	0,443	59304	0,197	126396	0,419	66308	0,220	178842	0,593
Уральский федеральный округ	45753	0,373	54493	0,444	17131	0,140	44651	0,364	37306	0,304	71078	0,579
Сибирский федеральный округ	101681	0,520	95556	0,489	46761	0,239	89008	0,455	85959	0,440	150431	0,769
Дальневосточный федеральный округ	48019	0,744	31092	0,482	9481	0,147	25591	0,397	31992	0,496	46047	0,714

По потерям ВРП вследствие суицидов лидирующие места в стране занимают Чукотский автономный округ (2,7%), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6%; рис. 9).



Потерянные годы потенциальной жизни от самоубийств, 2009 г. (лет)

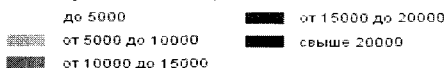


Рис. 9. Распределение регионов Российской Федерации по уровню потерь ПГПЖ вследствие самоубийств (2009 г.)

В сравнении с другими причинами смертности при самоубийствах максимальные потери ПГПЖ имеют место в наиболее ранних возрастных категориях (20 – 29 лет; табл. 7). В целом на данную группу приходится до 37% всех потерь ПГПЖ. Аналогичная ситуация наблюдается только в отношении транспортных несчастных случаев. Наибольшие потери от убийств зафиксированы в группе от 25 до 35 лет, от алкогольных отравлений – 30 – 39 лет, от новообразований и ишемической болезни сердца – 45 – 55 лет.

Таблица 7

Динамика ПГПЖ в различных возрастных группах населения Российской Федерации

Причина смерти	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59
Ишемическая болезнь сердца	47	42	3146	10276	25922	48541	72757	109537	175137	169830	60134
Злокачественные новообразования	12715	10881	20656	28413	40380	53263	63737	84667	132767	125041	44832
Случайные отравления алкоголем	0	136	2077	12534	29580	42136	42833	36123	37503	21740	4758
Транспортные несчастные случаи	13342	16119	68327	138348	113427	82378	52997	37639	29036	13881	2634
Убийства	2631	2408	21944	53928	64600	65788	52168	35366	28861	13749	2578
Самоубийства	515	10613	71571	135401	133027	105111	71107	48737	41590	22823	4566

Среди молодежи (возрастная группа от 15 до 24 лет) размер ПГПЖ от самоубийств составляет 206972 года, что выше, чем потери вследствие всех рассматриваемых причин смертности (рис. 10).

В целом на детей и подростков (до 24 лет) приходится 34% всех потерь ПГПЖ от самоубийств. Для сравнения: потери от ишемической болезни сердца составляют 2%, от новообразований – 15%, от алкогольных отравлений – 7%, от транспортных несчастных случаев – 43%. Таким образом, самоубийства, наряду с дорожно-транспортными происшествиями, являются теми причинами смертности, которые несут наибольший социально-экономический ущерб вследствие широкого распространения среди людей молодого возраста.

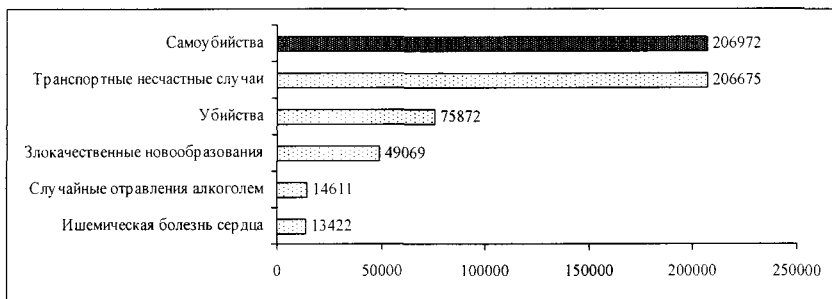


Рис. 10. Потери ПГПЖ в возрастной группе от 15 до 24 лет, лет

Самоубийства среди мужчин уступают по потерям ПГПЖ только ишемической болезни сердца, что связано прежде всего с высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (табл. 8). Суициды среди женского населения, несмотря на значительно меньшую распространенность, приносят наиболее существенные социально-экономические потери по сравнению с потерями от других причин смертности.

Таблица 8

Потери ПГПЖ и ВРП среди мужчин и женщин на территории Российской Федерации (2009 г.)

Причина смерти	Мужчины			Женщины		
	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
Ишемическая болезнь	608686	137,568	0,429	66683	15,071	0,047
Злокачественные новообразования	416882	94,218	0,294	223367	50,483	0,157
Случайные отравления алкоголем	198411	44,842	0,140	31485	7,116	0,022
Транспортные несчастные случаи	468194	105,815	0,330	112156	25,348	0,079
Убийства	285510	64,527	0,201	65076	14,708	0,046
Самоубийства	571575	129,180	0,403	73486	16,608	0,052

Совокупные потери продуктивной жизни вследствие смертности населения от самоубийств составляют по Российской Федерации 645,1 тыс. лет (рис. 11). Из них на долю мужчин приходится 89%. Причина такого распределения обусловлена двумя факторами:

1. Во-первых, в силу своего характера и типа поведения мужчины традиционно чаще, чем женщины, прибегают к такому поступку, как суицид. Эта особенность, проявляющаяся во всех возрастных группах, отмечается в различных исследованиях. К примеру, мужчины реже, чем женщины, обращаются за помощью к специалистам в случае возникновения проблем психологического характера; в случае попытки суицида избирают способ с максимальной вероятностью летального исхода (повешенье, самострел).

2. Во-вторых, высокий уровень потерь продуктивной жизни вследствие самоубийств среди мужской части населения связан с резким ростом числа суицидов в молодом возрасте (от 10 до 29 лет). На долю только этой возрастной категории приходится более половины (54%) бремени суицидов среди мужчин.

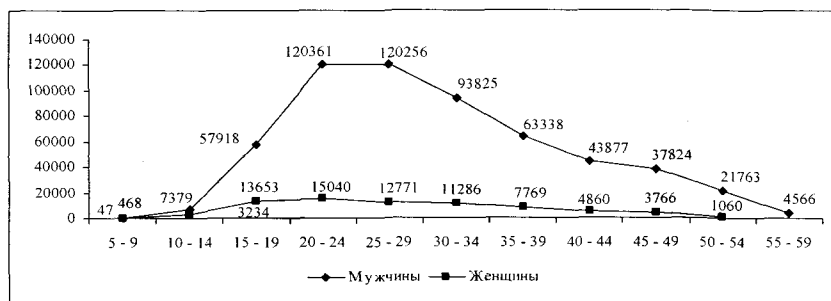


Рис. 11. Потери продуктивной жизни от самоубийств на территории Российской Федерации, лет

В территориальном разрезе, как среди мужчин, так и среди женщин, по потерям ПППЖ от самоубийств лидирующие места занимают Приволжский и Сибирский федеральные округа (табл. 9). Это происходит за счет Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Пермского края (Приволжский федеральный округ) и Красноярского края, Иркутской и Кемеровской областей (Сибирский федеральный округ).

Территориальное распределение потерь ПГПЖ И ВРП среди мужчин и женщин (2009 г.)

Территория	Мужчины			Женщины		
	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
Российская Федерация	571575	129,180	0,403	73486	16,608	0,052
Центральный федеральный округ	81448	25,113	0,219	10033	3,093	0,027
Северо-Западный федеральный округ	45138	11,430	0,336	7008	1,775	0,052
Южный федеральный округ	49652	7,200	0,362	6494	0,942	0,047
Поволжский федеральный округ	161155	26,312	0,535	17687	2,888	0,059
Уральский федеральный округ	63412	22,726	0,517	7666	2,747	0,062
Сибирский федеральный округ	130878	22,692	0,669	19553	3,390	0,100
Дальневосточный федеральный округ	39892	10,705	0,618	6155	1,652	0,095

В Вологодской области социально-экономические потери от суицидов существенно выше, чем от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» (рис.12). По данному показателю самоубийства можно сравнить с ишемической болезнью сердца и злокачественными новообразованиями, смертность от которых выше в 16 и 7 раз соответственно.

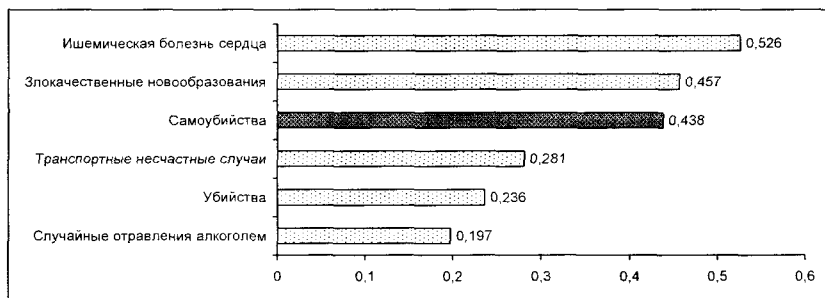


Рис. 12. Потери ВРП вследствие ПГПЖ на территории Вологодской области (2009 г., в %)

По количеству потерянных лет потенциальной жизни вследствие самоубийств Вологодская область занимает 5 место на Северо-Западе (5382 года), при этом регион является лидером по значению данного показателя среди детей и подростков (1532 года; рис. 13). Максимальный уровень потерь ПГПЖ отмечается в Архангельской области и г. Санкт-Петербурге (8268 и 8081 год соответственно).

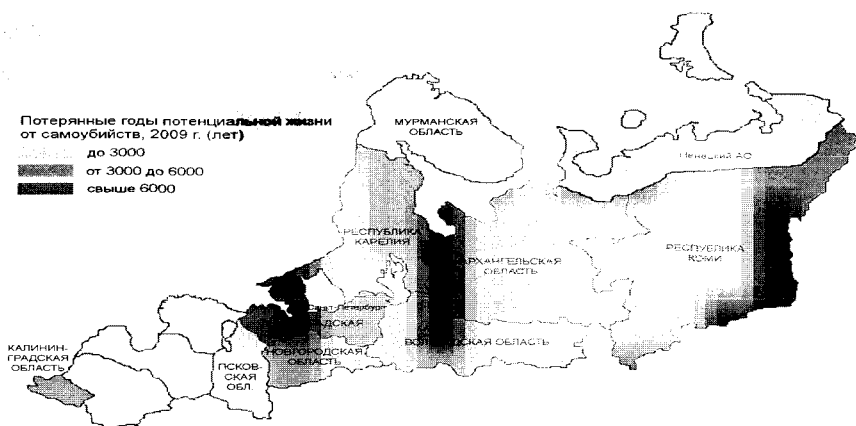


Рис. 13. Распределение регионов Северо-Западного федерального округа по уровню потерь ПППЖ вследствие самоубийств (2009 г.)

На примере Вологодской области мы имеем возможность сравнить экономические затраты системы здравоохранения на лечение классов заболеваний, соответствующих рассматриваемым причинам смертности. Затраты на лечение болезней системы кровообращения и психических расстройств в 2009 г. были примерно одинаковы (1,04 и 1,06 млрд. руб. или 11,5 и 11,7% от общего уровня затрат соответственно; рис. 14). В то же время индекс ПППЖ в Вологодской области только по одним самоубийствам в 2009 г. составил 1532, что в 13 раз больше, чем ПППЖ от ишемической болезни сердца (116 лет). При этом следует учесть, что часть убийств, алкогольных отравлений и дорожно-транспортных происшествий происходит также под влиянием суицидального импульса, однако по различным причинам не регистрируется как самоубийство.



Рис. 14. Затраты системы здравоохранения Вологодской области на лечение отдельных классов заболеваний (в % от общего уровня затрат; 2009 г.)

Таким образом, самоубийства являются одной из наиболее затратных в экономическом смысле причин смертности населения. Подчеркнем, что представленные расчеты касаются только случаев суицида с летальным исходом. Реальные масштабы социально-экономического ущерба, связанного с проблемой суицидального поведения, значительно шире, поскольку включают в себя затраты на лечение и реабилитацию парасуицидентов, а также экономические потери, обусловленные «бременем семьи» суицидента. Кроме того, как мы уже отметили выше, 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема суицидального поведения в настоящее время актуальна во многих странах мира, большинство из которых предпринимают шаги по ее решению на государственном уровне. Значительное число случаев смертности от самоубийств в России связано с тем, что население регулярно сталкивается с социально-экономическими кризисами, ситуациями духовной и политической нестабильности. В связи с этим общество теряет возможности адаптации к меняющимся условиям жизни, что отражается на психологическом самочувствии людей.

Проведенное нами исследование показало, что высокий уровень суицидальной активности людей трудоспособного возраста, отмечаемый во всех регионах Российской Федерации, не только увеличивает демографическую нагрузку на остальную часть населения, но и влечет за собой существенный социально-экономический ущерб, который можно сравнить со смертностью от болезни системы кровообращения и онкопатологий.

Инициативы со стороны субъектов Российской Федерации по созданию системы профилактики суицидального поведения встречаются достаточно часто, однако для достижения максимальной эффективности они должны быть поддержаны на федеральном уровне, что может быть достигнуто путем разработки и принятия единой концепции предотвращения самоубийств и оказания помощи суицидентам.

Аналогичные решения должны быть приняты на региональном уровне, при этом необходимо учесть следующие направления деятельности:

1. Развитие сети кризисных и реабилитационных центров, суицидологических кабинетов на базе лечебно-профилактических учреждений.

2. Учреждение службы статистической информации по вопросам, связанным с общественным психическим здоровьем и суицидальным поведением. Мониторинг факторов суицидального риска и формирование банка данных о лицах, проявляющих суицидальные тенденции или страдающих депрессией.

3. Повышение квалификации работников здравоохранения и специфических сфер деятельности (социальные службы, детские дома, учреждения пенитенциарной системы, армия, учебные заведения, молодежные организации и т.д.). Разработка образовательных программ по суицидологическому профилю.

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

5. Разработка и выполнение целевой программы, направленной на формирование здорового образа жизни среди населения и предусматривающей организацию сотрудничества со средствами массовой информации по освещению вопросов, связанных с суицидом, информированию населения о возможностях преодоления стрессовых ситуаций, о деятельности специализированных служб, оказывающих помощь при возникновении психологических проблем.

6. Стимулирование деятельности вневедомственных организаций, занимающихся поддержкой и защитой прав суицидентов, членов их семей, лиц, проявляющих симптомы депрессии.

7. Ужесточение цензуры в сети Интернет и законодательный запрет сайтов, содержащих информацию, которая может способствовать развитию суицидальных тенденций среди населения.

8. Обучение в рамках образовательной программы учащихся старших классов, средних учебных заведений и вузов основам суицидологии, методам адаптации к стрессовым ситуациям, способам оказания психолого-педагогической поддержки в кризисных ситуациях (на уроках ОБЖ, валеологии).

Одновременно с проведением мероприятий, объектом которых являются представители группы повышенного суицидального риска, необходимо реализовывать меры общесоциального характера (обеспечение профессиональной занятости населения, конструктивная (просоциальная) реализация досуга среди молодежи, профилактика вредных привычек, повышение уровня доходов наиболее нуждающихся категорий).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Валиахметов, Р.М. Опыт социологического исследования проблемы суицида [Текст] / Р.М. Валиахметов // Вестник общественного мнения: Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр); Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103). – С. 65-89.

2. Войцех, В.Ф. Что мы знаем о суициде [Текст] / В.Ф. Войцех; под редакцией профессора В.С. Ястребова. – М., 2007. – С. 20.

3. Вся Россия [Электронный ресурс]: портал поддержки международного научного, культурного и делового сотрудничества. – Режим доступа: <http://www.allru.org/SD/SDShow.asp?SdID=7706>

4. Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

5. Гулин, К.А. Проблемы психического здоровья населения [Текст] / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

6. Демографический ежегодник Вологодской области. 2005 – 2010 [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 68 с.

7. Здоровье для всех [Электронный ресурс]: Европейская база данных ВОЗ. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html

8. Здоровье молодежи – необходимость перемен [Текст]: Руководство ЮНИСЕФ по разработке программ в области охраны здоровья и развития молодых людей. – Женева, 1997. – 126 с.

9. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 314 с. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>

10. Интервью С.А. Игумнова газете «Белорусские новости» от 08.05.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic_articles_116_173531/

11. Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? [Электронный ресурс]: доклад Всемирной организации здравоохранения, июль 2004 г. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74693/E83583r.pdf

12. Карцевский, А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области) [Текст]: дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05 / А.В. Карцевский. – Н. Новгород, 1996. – С. 13.

13. Психическое здоровье населения Вологодской области, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы [Текст]: ведомственная целевая программа: утв. Приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 января 2011 г. № 6.– Вологда, 2011.

14. Социальная реабилитация и поддержка инвалидов в Германии [Электронный ресурс]: материалы конференции, г. Кёльн, 26 – 30 января 2010 года. – Режим доступа: www.dorogavmir.ru/text/Materialy_konferencii.doc

15. Методика измерения DALY на сайте ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

16. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 224.

17. Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>

18. Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран (материалы интервью с Б.С. Положим) [Электронный ресурс] // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 марта. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>

19. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

20. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]: отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / Документационный центр ВОЗ. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/ru/psihicheskoe-zdorove-i-psihicheskie-rasstroystva/>

21. О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)» [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 // Гарант: информ.-правовой портал. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4184672/>

22. Пилягина, Г.Я. Создание национальной программы предотвращения роста саморазрушающего поведения и профилактики самоубийств в Украине [Электронный ресурс] / Г.Я. Пилягина // Новости украинской психиатрии: информ. сайт. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/brief/paper098.htm>

23. Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг. [Текст]: утв. Постановлением Правительства области от 4 марта 2011 г. № 183. – Вологда, 2011.

24. Пряткина, О.П. Современные индикаторы здоровья населения [Электронный ресурс] / О.П. Пряткина // Медицинские новости. – 2000. – № 10. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>

25. Российская газета 13.07.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/07/13/reg-permkray/suicidy-anons.html>

26. Седова, Ю. Доктор, спасите меня от меня самого! [Электронный ресурс]: интервью с В.Ф. Войцехом / Ю. Седова // Научная среда. – 2001. – № 31-32. – 8 – 14 авг. – Режим доступа: http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm

27. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 / World Health Organization. – 2011. – P. 72.

28. Reinstitutionalisation in mentalhealth care: comparison of data onservice provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti etal. – BMJ 2005;330: 123-6.

29. Weissman, М.М. Функциональное ухудшение может иметь разные значения / М.М. Weissman // Всемирная психиатрия. – 2009. – Том 8. – № 2. – Июнь. – С. 125.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Основные результаты исследования	5
1. Динамика суицидального поведения на территории Российской Федерации	8
2. Оценка социально-экономического ущерба от самоубийств с помощью методики глобального бремени болезней	18
Заключение	26
Список литературы	28