

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Базарова Е. Н., Молчанова Е. В.

Целью данной работы являлась оценка структуры суцидоопасных эмоциональных расстройств (на примере Республики Карелия), в их взаимосвязи с социально-экономическими и природно-климатическими факторами, для того чтобы разработать алгоритмы диагностики и превенции этого негативного явления. Материалом исследования служили клинические данные о пациентах Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска (РПНД), совершивших одну или более суцидальных попыток в течение последних 5-и лет. В результате математической обработки выборки были выявлены общие черты суцидентов, несмотря на разницу в возрасте, социальном статусе и ближайшем окружении

Введение. Проблема психических болезней стала одной из важнейших для медицинской науки и здравоохранения экономически развитых стран в середине 20 в. Рост заболеваемости в существенной мере определяется психоэмоциональными нагрузками, связанными с усложнением социальной жизни в условиях техногенной цивилизации. По оценкам экспертов к 2020 году депрессии выйдут на второе место по распространенности после ишемической болезни сердца. В настоящее время депрессией страдают полмиллиарда человек. В связи с быстрым ростом депрессий происходит увеличение числа самоубийств. Показатели по самоубийствам в России в 3 – 4 раза превышают среднемировые (10 – 20 человек на 100 тысяч населения). Республика Карелия один из самых неблагоприятных регионов России, уровень самоубийств на ее территории превышает общероссийский показатель в среднем на 27% (см. рис. 1).

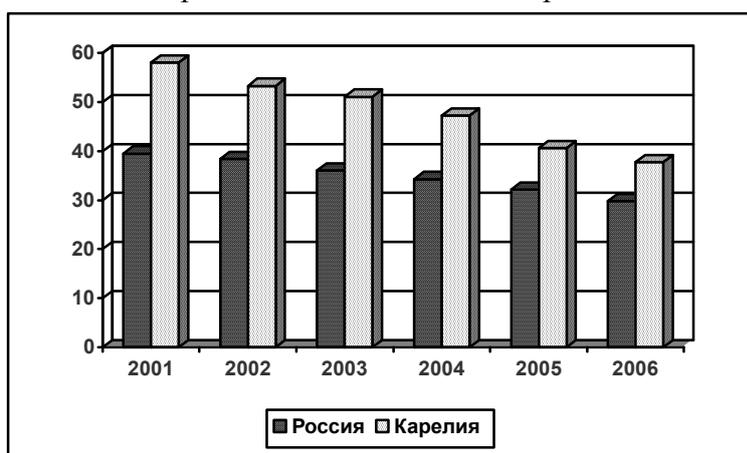


Рис. 1. Смертность от самоубийств в России и Республике Карелия (на 100 тысяч человек населения)

Отдельные суицидологические исследования в России стали проводиться с 1970-х годов. В 1990-е годы Россия устойчиво занимала второе-третье место в мире по частоте суицидальных случаев. Очень высокий уровень самоубийств в постсоветской России, как и в некоторых других экс-социалистических странах, является одним из показателей трудностей переходного экономического периода [3 – 9].

Следует обратить внимание на две важные особенности определения самоубийства. Самоубийством называют как сознательные действия, приведшие к смерти, так и действия, в результате которых была совершена попытка лишения себя жизни, но в силу обстоятельств не повлекшая фатального исхода [2].

Для сравнительной характеристики частоты самоубийств в разных странах используют показатель «уровень самоубийств», показывающий число завершенных самоубийств на 100 тыс. человек населения. Среднемировым показателем в начале 2000-х годов считался 14 – 15 случаев. Среди стран, которые сообщают о количестве самоубийств во Всемирную организацию здравоохранения, самые высокие показатели уровня самоубийств наблюдаются в странах Восточной Европы, а самые низкие – в мусульманских странах. Ученые выделяют следующие факторы, влияющих на уровень самоубийств [1 – 9]:

- половозрастные характеристики,
- временные параметры,
- социальные характеристики,
- влияние потребления алкоголя и наркотиков,
- доступ к специфическим орудиям самоубийства,
- влияние уровня жизни,
- влияние этнической принадлежности.

Материал и методы. Целью данного исследования являлась оценка структуры суицидоопасных эмоциональных расстройств (на примере Республики Карелия), в их взаимосвязи с социально-экономическими и природно-климатическими факторами, для того чтобы разработать алгоритмы диагностики и превенции этого негативного явления.

Суицидологическая проблематика является многосложной, мультидисциплинарной. Несмотря на то, что исследований по данной тематике немало, они в основном носят клиничко-описательный характер. В них выделяются факторы суицидального риска, но в самом общем виде (пол, возраст, устойчивые психологические характеристики). Между тем, и собственный клинический опыт, и данные литературы свидетельствуют о том, что наличие эмоциональных проблем депрессивного и тревожного спектра зачастую лежат в основе мотива добровольного лишения себя жизни.

Одним из наиболее важных вопросов является вопрос прогнозирования суицидального риска. Для Карелии, малочисленного региона России (население менее миллиона человек), проблема самоубийств является традиционно актуальной. Это связано с несколькими факторам.

Во-первых, высоким уровнем депрессий различной структуры и генеза, наслаиванием на собственно депрессивные синдромы сезонных аффективных расстройств (САР). САР характерны для стран Северной Европы в целом, и для Карелии в частности. Продолжительность клинических проявлений САР составляет около пяти месяцев:

с октября по март. Сочетание разнообразных депрессивных симптомов является непростой клинической проблемой. В нашем исследовании депрессивная симптоматика практически всегда сочеталась с тревогой, которая является сквозным симптомом при суицидах. Отметим лишь специфику суждений при депрессиях: они категоричны и безальтернативны, преобладают идеи самоуничтожения, безнадежности, бессмысленности жизни. Экзистенциальная пустота логически завершает любую депрессию, даже если не осмысливается в такой терминологии и до конца не осознается. И все эти симптомы являются той матрицей, в которой формируются суицидальные мысли и замыслы.

Во-вторых, помимо клинической составляющей следует отметить личностные характеристики. Чем богаче структура личности, ее ценностные образования, убеждения, тем более она толерантна к кризисным ситуациям, тем большим ресурсом обладает при разрешении жизненных проблем (в нашем случае при депрессивных расстройствах). Относительно суицидальных мыслей и действий такая личность формирует антисуицидальный барьер. При обедненности личностной структуры антисуицидальный барьер размыт, соответственно, суицидальный риск увеличивается.

В-третьих, особенности экономической структуры нашей республики таковы, что наблюдается весьма низкий уровень доходов населения, ограниченность экономических возможностей, трудности с профессиональным трудоустройством, необеспеченность качественного отдыха.

В-четвертых, Республика Карелия не относится к крупным промышленно-развитым территориям, поэтому среди совокупного воздействия среды обитания человека на его здоровье одно из ведущих мест занимают природно-климатические факторы. Климат, как фактор, формирующий экологически обусловленные заболевания природного происхождения, на территории Карелии имеет свои особенности. Для него характерны большая изменчивость метеорологических элементов из года в год и в течение суток: атмосферное давление колеблется в течение суток от 27,3 до 27,6 Мб; температура меняется на 3 – 4, а в отдельные дни на 28 – 30 градусов. Ветры достигают скорости 20-25 м/сек (максимально до 40 м/сек) преимущественно юго-западного, западного направлений. Продолжительность зимы более 5 месяцев с t до -30 градусов. Вся территория республики относится к зоне избыточного увлажнения (относительная влажность > 80% 150-200 дней в году, 600-750 мм осадков в год, туманы). Резкие изменения погодных условий вызывают колебания содержания кислорода в воздухе, что весьма не безразлично для организма. В широтах Карелии отмечается естественная недостаточность ультрафиолетового излучения. Таким образом, Республика Карелия, безусловно, относится к дискомфортной зоне жизнедеятельности человека, а по некоторым показателям – к экстремальной зоне.

В рамках данного исследования нами была произведена математическая обработка результатов сплошной выборки лиц, совершивших одну или более суицидальных попыток в течение последних 5-и лет на материале Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска (РПНД). Выборка включала в себя 54 пациента, совершивших попытку суицида. Каждый пациент характеризовался по 19 признакам (см. табл. 1).

Таблица 1. Признаки, характеризующие пациентов РПНД г. Петрозаводска, совершивших попытку суицида

№	Название признака	Варианты	Код	Обозначение
1	Месяц совершения суицида	1 – 12	1 – 12	X_1
2	Диагноз (причина)	Стрессовая ситуация	1	X_2
		Алкогольная зависимость	2	
		Депрессия	3	
		Невроз	4	
		Психогенное расстройство	5	
3	Возраст	1 – 80	1 – 80	X_3
4	Пол	Мужской	1	X_4
		Женский	0	
5	Окружение	Своя семья (супруг, дети)	1	X_5
		Родители	2	
		Иные родственники	3	
		Друзья	4	
		Соседи	5	
		Нет	6	
6	Занятость	Безработный	0	X_6
		Военная служба	1	
		Учащийся	2	
		Пенсионер	3	
		Интеллектуальный труд	4	
		Физический труд	5	
7	Образование	Среднее (школа)	1	X_7
		Среднее (специальное)	2	
		Незаконченное высшее	3	
		Высшее	4	
8	Интересы	Интеллектуально-эстетические	1	X_8
		Связанные с природой	2	
		Спортивные	3	
		Профессиональные, хозяйственные, домашние	4	
9	Достаток	Низкий	1	X_9
		Средний	2	
		Высокий	3	
10	Ситуация	Межличностные проблемы	1	X_{10}
		Внутриличностные проблемы	2	
		Социальные проблемы	3	
		Бытовые проблемы	4	

№	Название признака	Варианты	Код	Обозначение
11	Инвалидность	Нет	0	X_{11}
		По психическому заболеванию	1	
		По соматическому заболеванию	2	
12	Способ суицида	Отравление	1	X_{12}
		Ножевые	2	
		Огнестрельные	3	
		Повешение	4	
		Утопление	5	
		Прочие	6	
13	Тип суицида	Истинный	1	X_{13}
		Манипулятивный	2	
14	Попытка	Первичная	1	X_{14}
		Повторная	2	
15	Наблюдение у специалиста	Наблюдался у специалиста	1	X_{15}
		Не наблюдался до суицида	2	
16	Сопутствующие заболевания	Терапевтические	1	X_{16}
		Неврологические	2	
		Наркологические	3	
		Нет	4	
17	Госпитализация	Госпитализировался	1	X_{17}
		Не госпитализировался	2	
18	Жилищные условия	Благоустроенное	1	X_{18}
		Не благоустроенное	2	
		Съемное	3	
		Общежитие	4	
		Не имеет жилья	5	
19	Место жительства	Петрозаводск	1	X_{19}
		Прочие	2	

Результаты. В результате проведенного исследования были выявлены общие черты суицидентов в рассматриваемой выборке, несмотря на разницу в возрасте, социальном статусе и ближайшем окружении. Нам удалось проанализировать клинические особенности и выделить стержневые симптомы, повлекшие за собой попытку суицида.

Время совершения суицида. Пик суицидальных попыток, как правило, приходился на весенние месяцы (март, апрель, май, июнь). Вероятность совершения суицида в зависимости от месяца представлена на рис. 2.

Одной из возможных интерпретаций такой закономерности является неслучайность совпадения этого временного периода с завершением проявлений САР. Как известно, оно весьма широко распространено в странах Северной Европы с октября по март и протекает с субклинической депрессивной симптоматикой. Возможно, у наших суицидентов имело место наложение собственно аффективных нарушений и САР. Дли-

тельное снижение настроения, стертость клинической картины при сохранности волевых функций и пессимистическом мироощущении могли привести к постепенному формированию суицидального замысла и его осуществлению на «излете» САР.

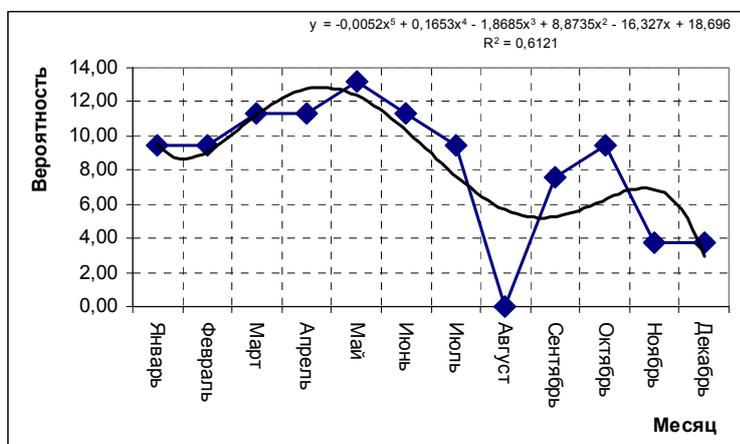


Рис. 2. Зависимость вероятности совершения суицидальной попытки от месяца

Возрастная структура. Вероятность совершения суицидальной попытки уменьшается с возрастом (наиболее критичным является возраст до 20 лет) и может быть описана линейной функцией регрессии (рис. 3).

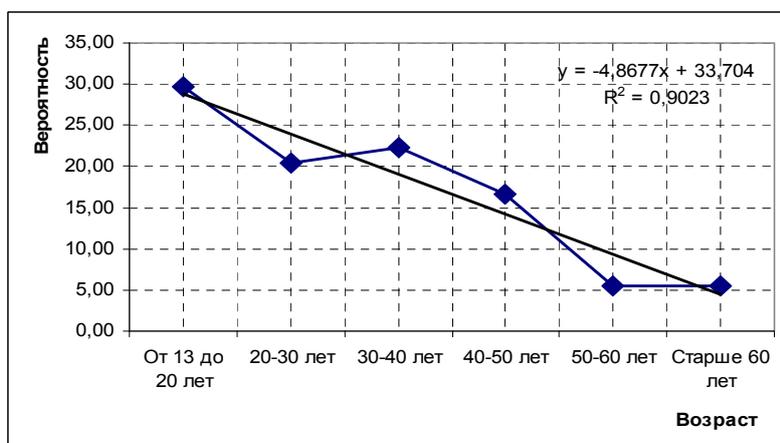


Рис. 3. Зависимость вероятности совершения суицидальной попытки от возраста

Половая структура. Доля женщин совершивших попытку суицида составляет 76% и значительно превосходит аналогичный показатель для мужчин (24%) (рис. 4).

Тип суицида. Большинство суицидальных попыток (72%) носили истинный характер, т.е. была предпринята серьезная попытка действительно уйти из жизни. В основном (62%) – это было отравление большими дозами лекарственных препаратов, 30% – ножевые ранения, 7% – повешение. 68% пациентов предприняли попытку суицида впервые, у 32% – это был повторный случай.

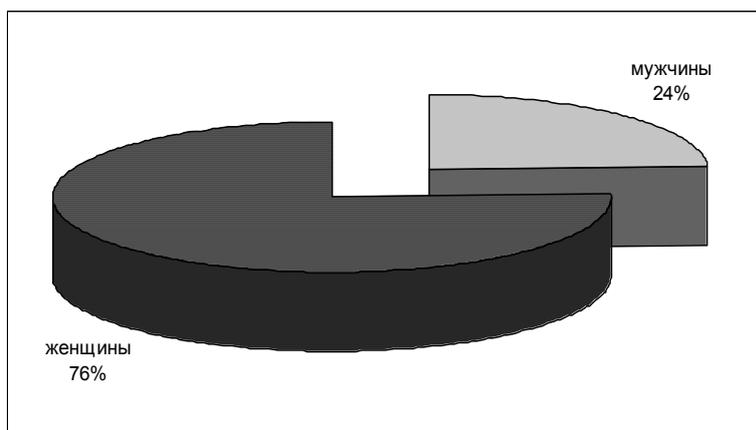


Рис. 4. Доля суицидальных попыток, совершенных мужчинами и женщинами

В исследуемом материале практически отсутствовали импульсивные суицидальные попытки. Кризисные ситуации, состояние психического дискомфорта возникли задолго до совершения суицидальных попыток, но никаких мер по их разрешению суицидентами предпринято не было (см. рис. 5). Это может косвенно свидетельствовать об отсутствии ценностного отношения к себе, к своему здоровью.

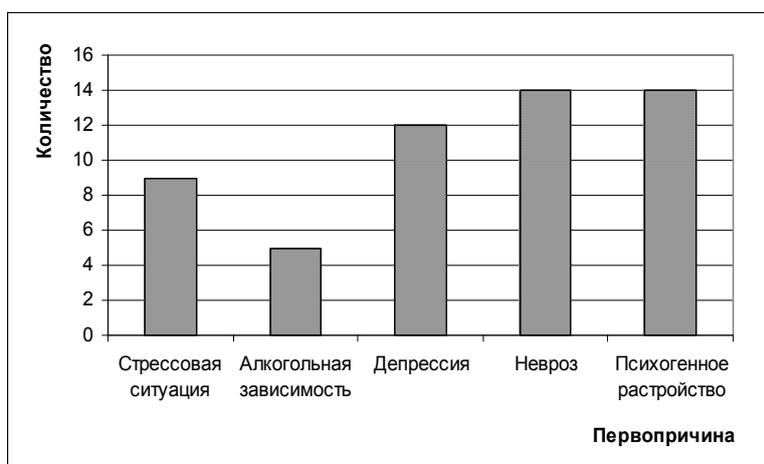


Рис. 5. Кризисная ситуация, возникшая до совершения суицидальной попытки

Обращение за медицинской помощью. В подавляющем большинстве случаев (74% выборки) обращение за медицинской помощью последовало только после совершения суицидальной попытки, хотя в РПНД ведет прием суицидолог и помощь может быть оказана анонимно и бесплатно.

Проблема ценностей. Проблема ценностей, вернее, их обедненность, вообще характерна для суицидентов. Ценности личностного роста, профессионализма, взаимоотношений с ближайшим окружением не были развиты и значимы у исследуемых пациентов. Как правило, они имели невысокий социальный статус, нетворческие профессии

(15% – безработные, 28% – учащиеся, 9% – пенсионеры, 38% – были заняты физическим трудом).

Кризисные ситуации возникали по преимуществу в семье – и суициды были адресованы семье, собственно суицидальные попытки происходили в домашней обстановке, чаще – в присутствии членов семьи (82% пациентов имели свою семью или жили в семье родителей). Следует отметить, что не только сами суициденты, но и члены их семей не обращали должного внимания на изменение психического состояния своего родственника. По крайней мере, никто не обратился к специалисту за консультацией по этому поводу.

Экзистенциальные, духовные ценности были слабо представлены в личностной структуре исследуемых пациентов. Среднее и среднее специальное образование имели 87% исследуемых (высшее только 13%). 88% пациентов не имели увлечений, занимались решением только бытовых и хозяйственных проблем. Однако и ценности материального порядка также не могли быть реализованы в жизни этих людей. Деньги дают если не свободу, то, по крайней мере, – ощущение этой свободы. Однако в нашей выборке уровень доходов был по преимуществу низким (53%), редко – средним (47%), высокого достатка не имел никто. Таким образом, бедность ценностного пространства, бедность внутреннего мира были теми объединяющими критериями, которые имели место практически у всех пациентов.

Заключение. Нам удалось проанализировать клинические особенности и выделить стержневые симптомы, повлекшие за собой попытку суицида. Это был аффективный симптомокомплекс, а именно: тревога, либо депрессия, либо – чаще, сочетание тревоги и депрессии. Если воспользоваться весьма точным определением Альфрида Лэнгле, депрессия – это «утрата способности переживать ценность жизни». Тревога – субъективно плохо переносимое чувство беспокойства и напряжения. Как изолированно, так и в сочетании друг с другом тревога и депрессия резко снижают ценностное переживание жизни во всем ее многообразии и проблематичности. Таким образом, даже мягкие, субклинические формы аффективной патологии способствовали реализации суицидального поведения.

Несомненно, что значительное влияние оказывала социальная среда, в которой жили пациенты: невысокий достаток, отсутствие крепких семейных взаимоотношений, скудность личностных интересов. Во многом это было определено сложной социально-экономической ситуацией, в которой человек не чувствовал себя востребованным, нужным обществу и окружающим.

В полученных в ходе математической обработки результатах подтвердились клинические наблюдения, а именно: суицидальные попытки совершались лицами, лично стно незрелыми, чему свидетельствуют бедность ценностных установок, нетворческие профессии, неумение выстраивать эмоционально-стабильные взаимодействия с окружающими, крайне ограниченный диапазон реагирования в ситуациях кризиса.

Для того чтобы понизить уровень суицидов, должна проводиться серьезная, комплексная работа. Начальные проявления аффективных расстройств, прежде всего, могут увидеть родственники пациентов и врачи общей практики, следовательно:

- необходимо обучение врачей общей практики выявлению суицидоопасных аффективных расстройств, а для этого целесообразно введение в стандарт обследо-

вания диагностических опросников депрессии и тревоги. Выявление на ранних этапах расстройств настроения могло бы способствовать своевременному направлению пациентов к специалистам. В нашем исследовании все пациенты обращались за помощью спустя месяцы после начала депрессивных нарушений.

- кризисные ситуации в основном возникали в семейном окружении. Психотерапевтическая работа с семьями, равно как и популяризация семейных ценностей может стать основой профилактической работы, как с потенциальными, так и с реальными суицидентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гулин К.А. Проблемы психического здоровья населения / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство / Э. Дюркгейм. – М.: Мысль, 1994.
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. – Санкт-Петербург: Диалект, 2004.
4. Красненкова И.П. Философский анализ суицида под углом зрения взаимоотношения человека с искусственной средой / И.П. Красненкова. – Вестник МГУ. – 1997. – Сер.12. – № 3.
5. Красненкова И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида / И.П. Красненкова – Вестник МГУ. – 1998. – Сер. 12. – № 6.
6. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001.
7. Суицидология в трудах зарубежных ученых. / Под ред. А.Н.Моховикова. – М.: Когито-Центр, 2003.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М: Смысл, 2001
9. Яндекс-словари [электронный ресурс] – Режим доступа <http://slovari.yandex.ru>

ESTIMATION OF INFLUENCE OF SOCIAL AND ECONOMIC AND CLIMATIC FACTORS ON A CONDITION OF PSYCHIC HEALTH OF THE POPULATION

Bazarova E. N., Molchanova E. V.

The purpose of the given work was the estimation of structure of suicide emotional frustration (by the example of Republic Karelia), in their interrelation with social and economic and climatic factors to develop algorithms of diagnostics and prevention this negative phenomenon. Materials of research were the clinical data on patients of the Republican psychiatric clinic of Petrozavodsk, made one or more suicide attempts within last 5-th years. The general features person who had committed suicide, despite of a difference in the age, of the social status and the nearest environment, have been revealed, as a result of mathematical processing sample