

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА САМОУБИЙСТВ В РОССИИ

В. Ф. Войцех

Московский НИИ психиатрии

Эпидемиологический анализ суицидальной активности позволяет отслеживать динамику и тенденции ее развития и разрабатывать необходимые социальные и медико-организационные мероприятия для проведения профилактических действий. Принято считать, что суицидальная активность является статистически устойчивым явлением для определенных стран, регионов, народностей. Однако, в последнее время во всем мире отмечается рост самоубийств, особенно среди молодежи. Более того, самоубийства в возрастной группе 15–34 года являются ведущими причинами смерти (4). Не является исключением в этом отношении и Россия, тем более, что ситуация с самоубийствами не стабилизируется, а самоубийство стало занимать 5-е место среди всех причин смертности.

Всемирная организация здравоохранения признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и недавно (4) опубликовала стратегию по повышению осознания ее масштабов властями, лицами, принимающими решения. «Самоубийство – одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи, общества». Доктор Б.Сарацено (4) определил самоубийство как проблему общественного здоровья. По данным ВОЗ (18) уровень самоубийств выше 20 на 100 тысяч населения отражает кризис общества. Оценивая показатели самоубийств, ВОЗ признала, что наша страна находится в состоянии чрезвычайной ситуации. Косвенным подтверждением этому могут служить высокие коррелятивные связи ($r=0,98$) между суицидальной и гомицидной активностью (рис. 1).

Среди европейских государств Россия по уровню самоубийств занимает второе место, не имея государственной программы по их превенции. В некоторых странах Европы даже с низким уровнем суицидов такие программы действуют довольно успешно.

Цель работы заключается в анализе динамики половозрастной структуры суицидального поведения и возможности выявления соответствующих социальных предпосылок в ее изменении для организации превентивных мероприятий.

В конце 19 века по данным А.М.Коровина (цит. по 13) число суицидов в России было в пределах

3–3,3 на 100 тысяч населения. Рост самоубийств наметился в самом начале 20 века, что можно связать с политическим кризисом, ростом акций протеста, дезинтеграцией общества. Снижение же суицидов совпало со вступлением России в первую мировую войну. По данным статистики за 20-е годы (5) уровень суицидов в России не превышал 10 на 100 тысяч населения и был самым низким в Европе. После хрущевской «оттепели» уровень самоубийств в целом соответствовал среднеевропейским показателям. С середины 60-х до середины 80-х годов (5) количество и уровень самоубийств росли особенно у мужчин, достигнув своего пика в 1984 году (пика «застоя»), и Россия вышла на 2-е место после Венгрии. В годы горбачевской «перестройки» уровень суицидов довольно резко сократился, что совпало с «антиалкогольной реформой», выходом из экономической, политической и социальной стагнации. По мнению D.Wasserman (17) это снижение было связано преимущественно со снижением употребления алкоголя.

Как видно на рис. 1, с 1988 года начался постепенный рост самоубийств, который сменился более стремительным и ознаменовался рекордным показателем (42,4 на 100 тыс. нас.) в 1994 году. Эти годы характеризовались политическим, социальным и

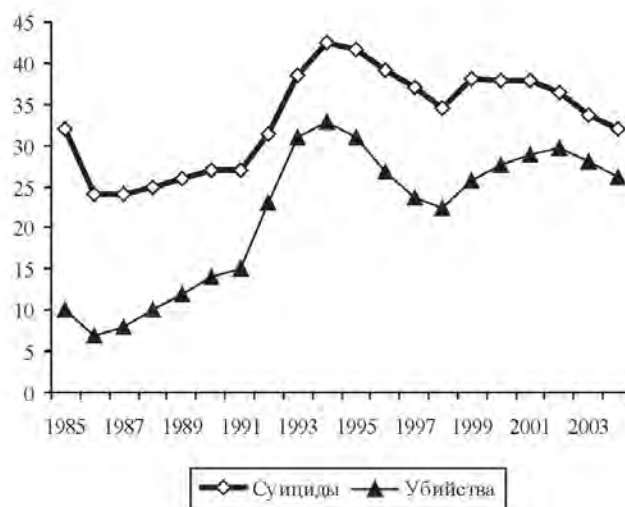


Рис. 1. Динамика суицидов и гомицидов в России

экономическим кризисом, безработицей, то есть всеми факторами риска, перечисленными в докладе ВОЗ (11). Второй подъем числа самоубийств совпал с дефолтом в августе 1998 года. Это выразилось в резком повышении числа самоубийств в регионах (рис. 2) и числа суицидальных попыток, в частности, в Москве (рис. 3).

Экономическая нестабильность, существенное обнищание масс, разочарование в политике государства и его властных структурах определило дестабилизацию общества и сопровождалось волной самоубийств. В Москве в течение месяца резко увеличилось количество суицидальных попыток (рис. 3).

Характерно, что и среди молодежи (до 20 лет) количество суицидальных попыток увеличилось почти в 3 раза.

Анализ гендерных различий показывает, что соотношение самоубийств у мужчин и женщин меняется в зависимости от исторических дат и возраста, что преимущественно связано с уровнем суицидов у мужчин. В 1924 году это соотношение составляло 1,8:1; в 1975 – 4,5:1; в 1994 – 4,9:1; в

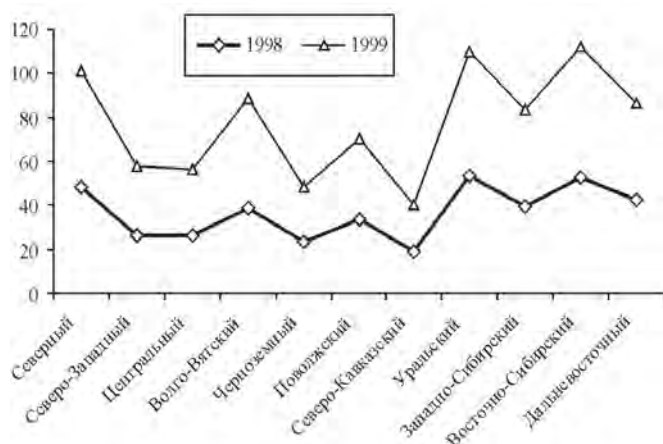


Рис. 2. Уровень самоубийств по регионам России за 1998–1999 годы

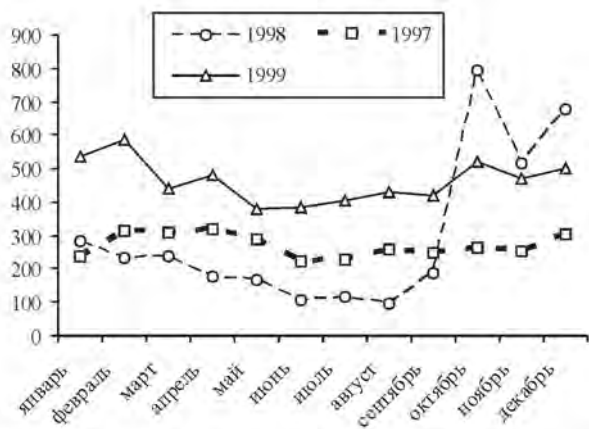


Рис. 3. Динамика суицидальных попыток в Москве до и после дефолта

2004 – 5,2:1. В Москве это соотношение колеблется в диапазоне 2,9:1 – 2,6:1.

В 1924 году доля женских самоубийств составляла 35,7%, при уровне суицидов 5,1 на 100 тысяч жителей; в 1975 – 20,9%; в 1984 – 20,5%; в 1994 – 16,9% (уровень – 36,0) и в 2004 – 16,1% (уровень – 34,3); в Москве в 2003 – 27,4% (уровень – 13,7).

Мужское население России более остро, чем женщины, реагирует в суицидальном отношении на социально-экономические изменения. Колебания уровня суицидальности у женщин не превышали 0,5 на 100 тысяч населения, тогда как у мужчин этот уровень порой превышал 40. Согласно данным А.В.Немцова (12) это можно объяснить ростом количества душевого употребления (в основном мужчинами) алкоголя. Несмотря на высокую коррелятивную связь этого показателя с уровнем суицидов, представляется, что эта взаимосвязь более сложная (13). Высокую долю женских суицидов в 1924 году трудно объяснить алкоголизацией, вероятнее всего, это влияние сугубо социальных условий, ситуации бесправия и сохранения домостроя при возрождавшейся активизации женщин. Аналогичная ситуация в настоящее время происходит в сельской местности в Китае, где, при сохранении еще феодальных устоев, идет процесс демократизации.

Э.Дюркгейм (9) рост самоубийств объяснял степенью интеграции или дезинтеграции общества и возможностью общества регулировать поведение индивидуумов: «В момент общественной дезорганизации, будет ли происходить в силу болезненного кризиса или, наоборот, в период благоприятных, но слишком внезапных социальных преобразований, общество оказывается временно неспособным проявлять нужное воздействие на человека». Интегративность общества или референтной группы определяется степенью сплоченности индивидуумов.

Это положение в той или иной форме подтверждается рядом как зарубежных, так и отечественных исследователей. Политическая и экономическая нестабильность способствуют формированию у многих людей различных по степени выраженности вариантов социально-стрессовых расстройств (1, 6). Как отмечает В.Н.Краснов (10), бурные перемены в нашей стране, последствия известных экологических катастроф, военных действий и межнациональных конфликтов, миграционные процессы, нарушение привычных связей, изменение образа жизни, бытового уклада, характера трудовой занятости – все это неизбежно сказывается на состоянии психического здоровья населения, ограничивает возможности социальной адаптации.

Возрастная структура самоубийств в России существенно отличается от среднемировой. В России кривая уровня смертности имеет 2 возрастных пика в 45–55 лет и после 80 лет, в то время как среднемировая кривая имеет один пик в пожилом возрасте (рис. 4, 5).

Из рисунка следует, что кривая женской возрастной популяции довольно близка к общемировой и

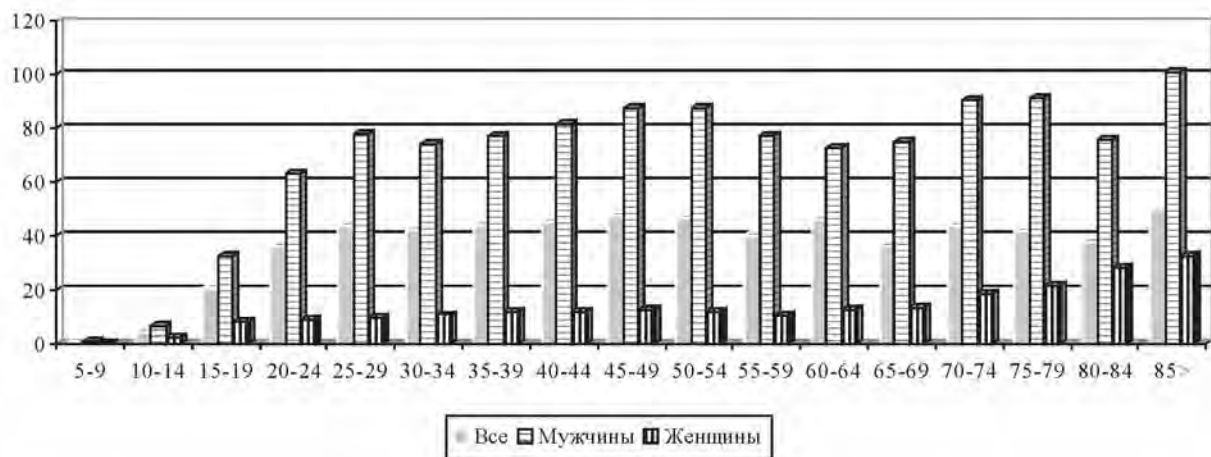


Рис. 4. Общий коэффициент смертности от самоубийств – ОКС (crude death rate – CDR) за 2004 год (из расчета на 100 тыс. нас.)

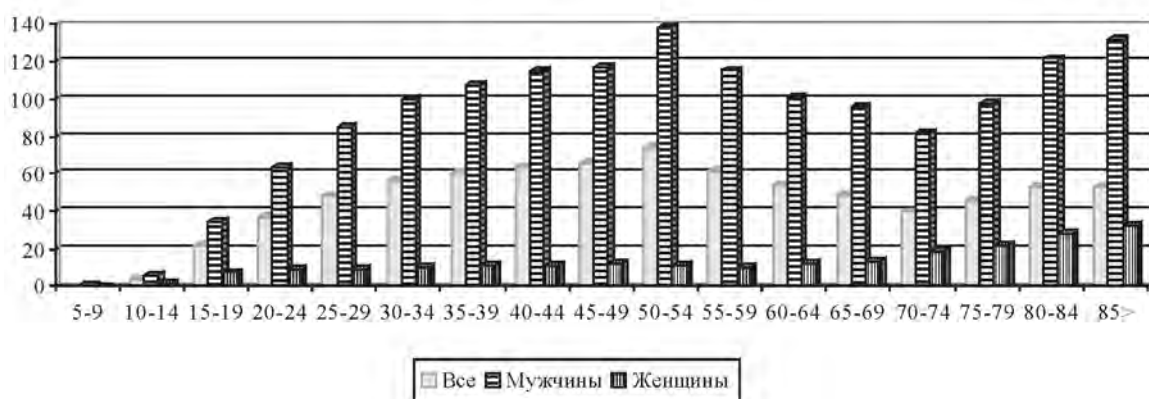


Рис. 5. Общий коэффициент смертности от самоубийств – ОКС (crude death rate – CDR) за 1994 год (из расчета на 100 тыс. нас.)

не претерпела существенных изменений (разница статистически недостоверна) в 2004 году, по сравнению с годом социально-экономического кризиса (1994 год). Рост самоубийств в 1994 году произошел преимущественно за счет мужчин, начиная с 30–34-летнего возраста ($t=-4,56$; $p<0,0003$). Значимые различия в возрасте 15–34 года отсутствуют ($p=0,2$). Исключение составили только мужчины в возрасте 70–79 лет, уровень суицидов у которых в 2004 году несколько превышал уровень 1994 года. Самый высокий коэффициент самоубийств в 1994 году отмечался у мужчин в 50–54 года, тогда как в 2004 году при некотором снижении он стал сопоставим с возрастом 45–49 лет.

У женщин как в 1994 году, так и в 2004 году наиболее высокий рост суицидов отмечен после 70 лет и не подвергся за это время существенным изменениям. В Москве наиболее высокий уровень отмечается у мужчин в возрасте 40–49 лет, несколько ниже в возрасте 20–29, 30–39 лет, у женщин – старше 70 лет (7). В 1926 году в Москве и Ленинграде наиболее высокий уровень был у мужчин также в 40–49 лет, а у женщин – в 18–24 года. Тогда кривая суицидов у мужчин также имела 2 пика с пер-

вым в возрастном диапазоне 20–24 года, вторым – в диапазоне 40–49 лет с последующим снижением. У женщин кривая была с одним пиком в возрасте 20–24 года. По РСФСР в 1975 году наибольший пик самоубийств выпадал на мужчин в возрасте 30–49 лет, у женщин – после 60 лет, причем кривая смертности как у мужчин, так и женщин имеет один пик: у мужчин в возрасте 30–39 лет, у женщин после 60.

Объяснить рост самоубийств в 1994 году среди мужчин в возрасте 50–54 года (до 138,4 чел. на 100 тыс. лиц этого возраста, в 2004 – 87,7) и 80–84 года (до 121,7 на 100 тыс., в 2004 – 75,4) только алкоголизацией нам представляется затруднительным. Снижение уровня суицидов в последние годы сопровождается ростом смертности от отравления алкоголем и ростом больных с алкогольными психозами, что, вне всякого сомнения, связано с ростом алкоголизации населения, и не подтверждает прямой зависимости общей суицидальной активности от количества употребляемого алкоголя (рис. 6).

Анализ стандартизованного (по возрасту) коэффициента смертности (aged-standardised death rate – SDR) по отношению к общепринятому Европей-

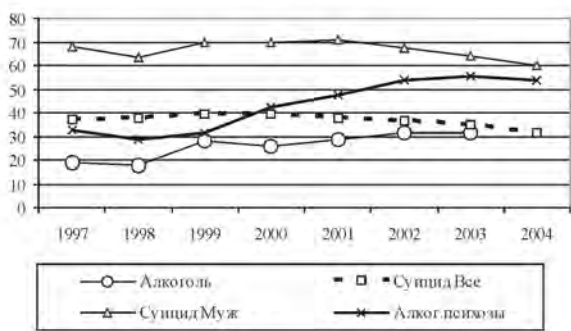


Рис. 6. Соотношение уровня смертности от суицида, отравления алкоголем и заболеваемость алкогольными психозами на 100 тысяч населения

скому стандарту населения на 100 тысяч населения показал, что имеется значимое снижение уровня суицидов в 2004 году ($t=3,67$; $p<0,002$). Это снижение произошло преимущественно за счет среднего возраста. Различия среди трудоспособного населения по данным сравнений стандартизованных коэффициентов могут в известной мере подтверждать провоцирующую роль алкоголя в суицидогенезе.

Определенный интерес представляет и процентное соотношение гендерных различий по возрасту к общему числу самоубийств за 1994–2004 годы (рис. 7, 8). В 1994 году покончили жизнь самоубийством 51 032 мужчины и 10 381 женщина, в 2004 году соответственно – 40 895 и 7 870. Расчет производился от общего числа суицидов среди мужчин и среди женщин.

Из представленных рисунков видно, что как в 1994 году, так и 2004 году удельный вес мужчин начинал преобладать с 20-летнего возраста и продолжался в 1994 году до 54 лет, а в 2004 году до 59 лет. Удельный вес женщин в 1994 году начал доминировать с 55 лет, а в 2004 году с 60 лет. У мужчин в 1994 году самая высокая доля самоубийств приходилась на 35–39 лет, тогда как в 2004 году – 45–49 лет. У женщин в 1994 году возрастной пик отмечался в диапазоне 65–69 лет, а в 2004 году – сместился на 45–49 лет, при довольно высокой доле суицидов в возрасте 75–79 лет.

Статистический анализ показал, что в 2004 году по сравнению с 1994 годом значительно увеличилась доля молодежи в возрасте 15–34 лет как среди мужчин ($p=0,0000$), так и женщин ($p=0,0001$). В возрасте 35–49 лет в 2004 году значительно снизилась

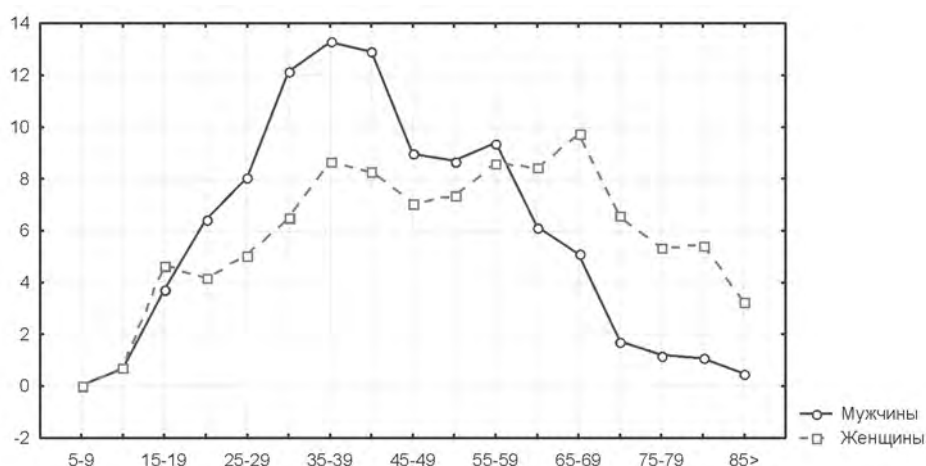


Рис. 7. Гендерное соотношение самоубийств по возрасту за 1994 год, выраженное в процентах

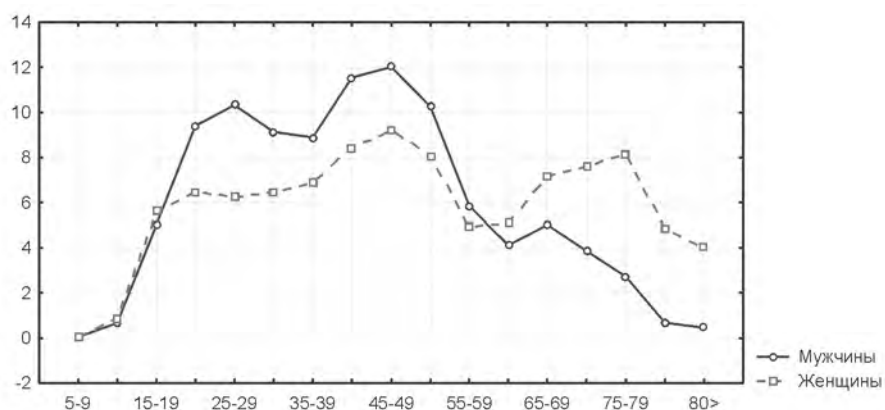


Рис. 8. Гендерное соотношение самоубийств по возрасту за 2004 год, выраженное в процентах

доля мужчин ($p=0,0000$), а увеличение доли женщин было недостоверным ($p=0,43$). Снижение доли мужчин в возрасте старше 50 лет в 2004 году также было недостоверным ($p=0,06$), зато уменьшение удельного веса у женщин было значимым ($p=0,0000$). В 1994 году в возрасте 20–24 лет гибнет мужчин 6,4%, женщин – 4,2% от общего числа суицидов, в 2004 году мужчин – 9,4%, женщин – 6,5%. Коэффициент смертности у мужчин в 1994 году в возрасте 20–24 лет составил 63,5, у женщин – 8,8 на 100 тысяч жителей, в 2004 году – 62,8 и 8,9 соответственно. Следует отметить, что по неполным данным в 40-ые годы XIX века максимальное число самоубийств приходилось на возраст 21–28 лет и далее по убыванию – 28–35 лет, 14–21 год, 60–70 лет. В Москве и Ленинграде в 1926 году (XX век) среди молодежи пик приходился на мужчин в 20–24 года (47,3 на 100 тыс.) и далее по убыванию – 18–19 и 16–17 лет (соответственно 37,2 и 14,6 на 100 тыс.). У женщин также пик приходился на возраст 20–24 года (41,1 на 100 тыс.), на 18–19 и 16–17 лет (соответственно 41,0 и 19,8 на 100 тыс.). В 1975 году у мужчин в возрасте 18–24 лет отмечалось 12,6%, у женщин – 9,7% от общего числа самоубийств.

Заключение

На основании полученных данных можно говорить о достаточно тесной взаимосвязи уровня самоубийств с социальными изменениями в России. Это снижение числа самоубийств с началом Первой мировой войны и высокий уровень женских суицидов в молодом возрасте в начале 20-х годов при относительно низком уровне самоубийств. Соотношение женских и мужских суицидов в те годы составляло 1:1,8, тогда как сейчас 1:5,2. В 60-е годы уровень суицидов был близок к средневропейскому, а с середины 60-х до середины 80-х годов число самоубийств росло (более чем в 2 раза), особенно у мужчин, достигнув своего пика в 1984 году (пика «застоя»), и Россия вышла на 2-е место в Европе. В годы «перестройки» уровень суицидов довольно резко сократился, что совпало с «антиалкогольной реформой» и выходом из экономической, политической и социальной стагнации. Однако это продолжалось недолго, новый подскок уровня самоубийств достиг в 1994 году своего пика, своеобразного мирового рекорда. Последующее снижение прервалось новым повышением числа самоубийств после дефолта 1998 года.

Таким образом, при некотором снижении уровня самоубийств (с 42,4 до 34,3 на 100 тыс.) за 10-летний период произошел значимый сдвиг в сторону увеличения доли самоубийств у молодежи в диапазоне 15–34 года. В другие возрастные периоды (35–49 лет) отмечалось снижение уровня суицидов, значимо у мужчин. При этом у лиц старше 50 лет снижение самоубийств было значимо у женщин.

Сравнение половозрастных колебаний самоубийств за последние 10 лет показало, что эти из-

менения происходят преимущественно за счет мужчин работоспособного возраста. Несомненно, учитывая уровни душевого потребления алкоголя, это определенным образом связано с ростом суицидов, что мы наблюдали в 1994 и в 1998 годах. Безусловно, злоупотребление алкоголем снижает сопротивляемость стрессам. Однако эта очевидная взаимосвязь нам не представляется прямолинейной. По крайней мере, в Европе такая взаимосвязь не прослеживается. Например, в Испании отмечено снижение уровня суицидов при росте употребления алкоголя, в Венгрии при постоянном уровне употребления идет снижение числа суицидов. А.Г.Амбрумова полагала, что необходимо учитывать структуру и динамику алкоголизации, место и роль опьянения в структуре суицидального поведения. По ее мнению (2), принятие алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению, играть провоцирующую роль. В этом плане, по нашему мнению, алкоголизацию можно рассматривать как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, чем, в сущности, и является суицид, а не как собственно причину роста самоубийств. Безусловно, необходимо учитывать и большую вероятность формирования алкогольных депрессий. Еще А.М.Коровин (13) отмечал различия уровня суицидов в губерниях в зависимости от душевого потребления алкоголя. М.В.Гусева (7) при изучении более 16 тысяч завершенных суицидов в Москве показала, что около 40–50% самоубийств совершаются в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести. Это, по мнению А.Г.Амбрумовой, облегчает реализацию суицидального поведения. Свыше 60% человек, умерших от самоубийств, и почти 40% покушавшихся, постоянно злоупотребляли алкоголем в течение последнего года. В состоянии алкогольного опьянения погибли 65,5% человек, были трезвыми – 34,5%; 19,8% умерших от самоубийств за последний год перед убитым были в вытрезвителе (3).

А.Г.Амбрумова, С.В.Бородин, А.С.Михлин (3) показали, что 75% покушавшихся не обнаружили признаков психического заболевания, 15,8% страдали пограничными психическими расстройствами, 9,2% находились в состоянии психоза. Из числа не состоявших на психиатрическом учете не обнаружили признаков психических расстройств 82,8%, страдали пограничными психическими расстройствами 12,8%, находились в состоянии психоза 4,4%. Из состоявших на учете лиц, покончивших жизнь самоубийством, самая большая группа – это больные хроническим алкоголизмом (5,8%), затем шизофренией (2,2%). Среди покушавшихся – алкоголизм выявлялся у 5,2%, шизофрения у 4,5%. В то же время, только 5,8% лиц, умерших от самоубийства, состояли на психиатрическом учете.

Если признать, что отягощенность психической патологией при самоубийствах составляет достаточно устойчивую величину, то выраженные колебания уровня суицидов могут принадлежать лицам с высоким душевным употреблением алкоголя. Однако большие хроническим алкоголизмом не «обеспечивают» покрытие размаха кривой самоубийств на 40 пунктов по показателю ОКС и по соответствующим возрастам.

Взаимоотношение между психическим расстройством и суицидом также является часто упоминаемым аспектом, особенно связь между депрессией и суицидом, при которой риск суицида оценивается примерно в 10–15% в сравнении с 1–2% в основной популяции (14).

Наивысший уровень депрессий среди женщин и молодежи числу суицидов не соответствует (15). E.S.Schneidman (16) приводит аргументы в пользу того, что перекрест между, например, депрессией и суицидом не может быть безоговорочно признан.

Исследования показали, что уровень индивидуального стресса, измеренного по тесту Райдера, повысился в России за период с 1989 по 1993 год со 145 до 163. Основные источники стресса – падение доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы. Чтобы противостоять стрессу, каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке (8).

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал. – 1996. – № 2. – С. 3–12.
2. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 44–59.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980. – С. 163.
4. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». – 2001.
5. Гилянский Я., Румянцев Г. Население и общество // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека. – ИИП РАН, 1998. – № 25.
6. Гурвич И.Н., Шаламайко Ю.В. Значение психопрофилактической помощи работающим на крупных промышленных предприятиях в условиях экономического спада // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 55.
7. Гусева М.В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 20 с.
8. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. П.Р. ООН. – М., 1996. – С. 49.
9. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб.: Союз, 1978. – 493 с.
10. Краснов В.Н. Некоторые задачи психиатрии в связи с разработкой и реализацией федеральной программы неотложных мер по охране психического здоровья населения // Материалы 2-го Российского совещания главных психиатров и руководителей психиатрических учреждений. – Смоленск, 1995. – С. 91.
11. Насилие и его влияние на здоровье // Доклад о ситуации в мире / ВОЗ. – М., 2003.
12. Немцов А. Алкогольная смертность в России, 1980–90-е годы. – М., 2001. – 60 с.
13. Постовалова Л.И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984. – С. 26–35.
14. Guse S.B., Robins E. Suicide and primary affective disorder // Br. J. Psychiatry. – 1970. – Vol. 117. – P. 437–448.
15. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide // Comprehensive Psychiatry. – 1998. – Vol. 39. – P. 165–175.
16. Schneidman E.S. Definition of suicide. – New York: John Wiley, 1984. – P. 263.
17. Wasserman D., Varnik A. Perestroika in the former USSR: history's most effective suicide-preventive programme for men // Suicide – an unnecessary death. – U.K.: Martin Dunitz, 2001. – P. 253–257.
18. World Health Report. – Geneva, 1964, 1970, 1979.

DYNAMICS AND STRUCTURE OF SUICIDES IN RUSSIA

V. F. Voitsekh

The article presents the data concerning gender and age parameters of suicides in Russia in 1994–2004 and compares it with the data of the end of the 19th century, and also the beginning and middle 20th century. The author emphasizes an increase of suicides at the time of social changes, with specific features involving age

and gender parameters. Special attention is paid to alcohol consumption and its role in suicide statistics. The author concludes that the impact of alcohol seems to be more complicated than expected and it is used in order to avoid making decisions in difficult social circumstances.