

УДК 616. 89-008.441.44

Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л.,

Салиев М.М., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ И
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

Резюме: Известно, что разнородные факторы окружающей среды могут действовать на человека независимо друг от друга, усиливая один другой или находясь в антагонистических отношениях. В большинстве случаев исследователи сходятся во мнении, что это многофакторная проблема, учитывающая биологические, психологические и социальные влияния. Распространенность суицидов имеет существенное различие в зависимости от возрастных, социальных групп, демографических показателей.

Многие современные теории суицида рассматривают глобальные перемены в социальном окружении как наиболее значимые в смысле влияния на смертность от самоубийств.

Отношения, которые связывают человека с обществом, являются предельно важными при принятии решения о суициде. Качество этих отношений напрямую связано с состоянием психического здоровья, а значит и с уровнем частоты суицидов.

Ключевые слова: незавершенный суицид, профилактика, поведения.

Kozimzhonova I.F., Agranovskiy M.L.,

Saliev M.M., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

CLINICAL AND SOCIAL TYPOLOGY AND DIFFERENTIATED PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Resume: It is known that heterogeneous environmental factors can act on a person independently of each other, reinforcing one another or being in antagonistic relationships. In most cases, researchers agree that this is a multifactorial problem that takes into account biological, psychological and social influences. The prevalence of suicides differs significantly depending on age, social groups, and demographic indicators.

Many modern theories of suicide consider global changes in the social environment as the most significant in terms of their impact on suicide mortality.

The relationship that binds a person to society is of the utmost importance when deciding whether to commit suicide. The quality of these relationships is directly related to the state of mental health, and therefore to the level of frequency of suicides.

Key words: incomplete suicide, prevention, behavior.

Актуальность. Самоубийства продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем человечества[2]. Вместе с тем, несмотря на значительное число разработанных в разные годы концепций и моделей суицидального поведения, представления о его причинах, механизмах формирования, клинических проявлениях, связи с состоянием психического и соматического здоровья продолжают оставаться противоречивыми и дискуссионными[4]. Вследствие этого программы профилактики самоубийств характеризуются низкой эффективностью.

Наименее изученным аспектом проблемы суицидального поведения являются незавершенные суициды, то есть те случаи, когда акт аутоагрессии не приводит к летальному исходу. Результаты научных

исследований этой формы суицидального поведения наиболее противоречивы и трудно сопоставимы[1]. Несмотря на социальную и медицинскую важность данной проблемы, последнее крупномасштабное исследование покушений на самоубийство было проведено более 30 лет назад, когда страна имела совершенно иное политическое и социально-экономическое устройство[5]. Особое значение изучения незавершенных самоубийств определяется также и тем, что риск совершения повторного, зачастую уже завершённого, суицида у лиц с суицидальными попытками в 10-15 раз выше, чем в общей популяции[3].

Таким образом, на сегодняшний день предупреждение самоубийств является одной из наименее разработанных проблем психиатрии и суицидологии. Существует высокая потребность в определении клинических, личностно-психологических и социальных детерминантов, типологии и динамики суицидального поведения с целью создания эффективных методов его первичной профилактики и предупреждения повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство. Все это определяет теоретическую и практическую значимость настоящего исследования[4].

Цель исследования. Разработка системы дифференцированной профилактики суицидального поведения на основе определения клинических, социальных, личностно-психологических детерминант, динамики и типа суицидального процесса.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андиганского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Будут изучены 75 больных в возрасте от 18 до 50 лет (50 основная группа, 25 контрольная группа (здоровые люди - добровольцы, рабочие, служащих, из числа учащихся студентов).

Результаты и обсуждение. Установлено, что около половины всех суицидентов имели среднее профессиональное образование - 47,8% (мужчины - 50,6%, женщины - 45,2%). При этом, одна треть из них были им не довольны и считали выбор профессии ошибочным. Большинство таких лиц работали не по специальности и сообщали о желании работать в других сферах. Однако реальных планов по изменению ситуации у них, как правило, не было. Пациенты объясняли это отсутствием возможности (чаще финансовой) освоить другую профессию. Такая ситуация вызывала неудовлетворенность собственной профессиональной деятельностью и выступала как один из негативных факторов, влияющих на их психический статус. Около одной трети суицидентов имели среднее образование - 26,9% (мужчины - 26,4%), женщины - 27,1%). Как правило, они занимались неквалифицированным трудом.

Эти пациенты в основном были удовлетворены своей деятельностью, а их основные жалобы были связаны с низким уровнем зарплаты и/или плохими условиями труда. В 19,8% случаев суициденты имели высшее образование (мужчины - 18,9%, женщины - 20,7%). Здесь примерно в равных долях были представлены его гуманитарное, техническое и естественнонаучное направления. У этих пациентов на первый план выступали жалобы, связанные с потерей престижа работы и низким уровнем заработной платы. В 5,5% случаев образование суицидентов ограничивалось начальной школой, либо вообще отсутствовало. У половины из них это было связано с наличием психического расстройства. Остальные были пациентами старшей возрастной группы (70 лет и старше), не получившими должного образования по объективным причинам, связанным с историческими особенностями развития страны.

Сопоставление полученных данных со сведениями об образовательном уровне по популяции в целом показало, что значительных отличий в группе суицидентов не выявляется. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата) за 2009 год, высшее образование в России имеют 21,7%; среднее профессиональное - 44,2%; среднее - 23,5% и не имеют образования - 2% населения. Учитывая это можно утверждать, что уровень образования среди лиц, совершивших суицидальные попытки, соответствует общему уровню образования в популяции.

Однако оценка социального статуса пациентов позволила выявить особенности, значительно отличающие группу суицидентов от общей популяции (табл. 17). Установлено, что наибольшую долю среди суицидентов составили безработные - 37,2% (мужчины - 50,6%, женщины - 24,1%).

Таким образом, доля безработных среди лиц, совершивших суицидальные попытки, в 5,7 раза выше, чем в общей популяции. В особой степени это касается суицидентов мужчин, среди которых удельный вес безработных превышает 50%.

На безработицу как важный фактор суицидального риска указывали в своих работах многие авторы. I. Waldrom., J. Eyeg (1975) отмечали, что рост безработицы на 1% приводит к увеличению числа самоубийств на 4%. S. Weyerer., A. Wiedenmann (1995) исследовали влияние четырех экономических показателей на динамику самоубийств: роста экономики, среднего реального дохода, безработицы и частоты банкротств. Авторы считают, что более всего на рост суицидальной активности оказывали влияние именно уровень безработицы и частота банкротств. В нашем исследовании из 147 безработных суицидентов больше половины (61,6%) не имели постоянного места работы уже длительное время - 3 и более лет.

Из них только 19 человек (12,9% от всего числа неработающих) не могли работать из-за прогрессирующего ухудшения состояния здоровья.

Остальные (70 человек, или 47,7% от всего числа неработающих) не имели постоянного места работы по ряду причин, не относящихся к их здоровью. В большинстве случаев пациентов не устраивала заработная плата или необходимость работать не по специальности. Часть пациентов были недовольны условиями труда (в том числе, отдаленность места работы, что для многих пациенток было неприемлемым, так как нужно было успевать отводить/забирать детей в детский сад/школу). Многие пациенты также отмечали, что с началом финансового кризиса ситуация с поиском работы

Вывод. Знание клинических, личностно-психологических и социальных детерминант суицидального поведения и внедрение системы его дифференцированной профилактики позволит повысить эффективность профилактической, диагностической и лечебно-реабилитационной суицидологической помощи населению.

Внедрение методов селективной профилактики суицидального поведения даст возможность улучшить уровень распознавания суицидоопасных состояний и начальной стадии суицидального процесса врачами-психиатрами, наркологами, а также специалистами общемедицинской сети и психологических служб.

Внедрение разработанных психотерапевтических программ в комплекс антикризисной профилактики позволит повысить эффективность кризисной интервенции суицидов, а программ индикативной профилактики – будет способствовать снижению частоты рецидивов и повторных суицидальных действий. В целом, внедрение предложенных мер способно внести вклад в улучшение суицидологической ситуации в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез. М., Психотерапия. 2008. - 384с.

2.Белоусов П.В. Клинико-социальные особенности суицидентов с психосоматическими расстройствами. 15 съезд психиатров России. 1518 ноября, 2005. Материалы съезда. Москва, 2005. - С.434.

3.Войцех В.Ф. Деадаптация к социуму и суицидальное поведение. // Научные материалы Второго национального конгресса по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье». -М., 2006. С. 100-101.

4.Ляшенко А.И., Шпикалов А.Ю., Аведисова А.С., Чахава В.О., Даровская Н.Д. Терапия и профилактика расстройств адаптации у безработных граждан Москвы. // Российский психиатрический журнал.- 2000. №3,-С. 21-26.

5.Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // The British Journal of Psychiatry. -2005.-Vol. 187, Sep.-P. 206-208.