

К.З. САДУАКАСОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

СУИЦИД КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

ВОЗ включила РК в список стран, достигших критического уровня по смертности от неестественных причин – суицидов. В то же время суицидальное поведение – проблема более широкая, чем уровень смертности населения от самоубийств. С этой проблемой связаны лица, совершившие прерванный суицид, и все люди, имеющие суицидальные мысли и находящиеся в информационном поле совершенного или прерванного суицида. Одним из последствий суицида является высокий уровень социально-экономического ущерба, вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни (суицидальное поведение широко распространено среди наиболее молодых, трудоспособных категорий населения). При разработке программ по превенции суицидов необходимо учитывать все известные факторы суицидального риска – социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические.

Ключевые слова: суицид, биопсихосоциальная проблема суицида, критический уровень смертности от суицида, экономический ущерб вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни, факторы суицидального риска.

Введение. В программе Всемирной организации здравоохранения «Здоровье – 21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ», улучшение психического здоровья населения отмечено как одна из задач первостепенной важности. Так, указывается, что «улучшение психического здоровья – особенно 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» [1,2].

В состав ООН Республика Казахстан была принята 2 марта 1992 года на 46-й сессии Генеральной Ассамблеи. С этого времени Казахстан имеет Постоянное Представительство при Штаб-квартире ООН в Нью-Йорке. В том же 1992 году было открыто Представительство ООН в Алматы, с 1993 года наша республика участвует в Программе развития ООН (ПРООН), которая оказывает активное содействие в подготовке национальных кадров, и с января 1997 года - в программах Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА), которые оказывают большую практическую помощь в процессе реабилитации населения, экологии и экономического развития Семипалатинского региона и в реализации проекта «Шелковый путь». В мае 1992 года Казахстан стал членом ООН по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО), с 1992 года членом ЮНИСЕФ (Детский Фонд ООН).

Актуальность. Как показывают исследования ученых-суицидологов, смертность населения от самоубийств имеет также существенные социальные и экономические последствия, обусловленные широкой распространенностью суицидов среди лиц трудоспособного возраста. Одним из таких последствий является высокий уровень социально-экономического ущерба.

В период между 1981-2008 годами, в то время как во многих странах показатели суицида снизились, в Казахстане они выросли с 22,5 до 25,6 на 100 тыс. населения. Данный рост больше затронул мужской пол, нежели женский: статистика мужского суицида за указанный период времени выросла с 36,2 до 43 случаев на 100 тыс. населения, в то время как показатели женского суицида немного сократились – с 9,8 до 9,4 случаев на 100 тыс. населения.

Описание ситуации. В таблице 1 наглядно демонстрируется постепенный переход показателей уровня смертности от суицидов в РК с 5 места в 1995 г. (33,3 на 100 тыс.нас.) и с 2009г. – перемещение на второе место (24,5 на 100 тыс. нас.) из общей выборки 53 стран [3,4]. Как видно, среднеказахстанский показатель смертности от самоубийств превышает предельно-критическое значение, установленное ВОЗ – 20 случаев на 100 тыс. населения. Это дало основание ВОЗ включить Казахстан в список стран, достигших т.н. «критического уровня» по смертности от неестественных причин (суициды).

Таблица 1 - Ранжирование стран - лидеров по уровню смертности от самоубийств (число умерших на 100 тыс. населения; объем выборки - 53 страны)

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)
6. Россия (27,0)	6. Беларусь (32,3)	6. Венгрия (29,2)	6. Латвия (22,5)	6. Словения (18,7)

Тенденции суицидальной активности населения с 1990 г. по 2009 г., скорее всего, как и в других странах, бывшего СССР были обусловлены критическими для страны событиями – т.н. «переходным этапом» и наложением очередного экономического кризиса в последующие годы. Здесь наглядно демонстрируется известный научный факт о том, что «экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности» - распад СССР оказал более существенное влияние на психическое здоровье населения, чем экономический кризис [3,4,5].

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. 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 экономический ущерб вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни.

В 2010 году общее количество суицидов в РК составило 3167 случаев или 20% от общего количества смерти от несчастных случаев. Коэффициент суицида среди подростков в возрасте 15-19 лет составил 20,3 на 100 тыс. соответствующего населения; данный коэффициент был самым высоким среди стран, рассматриваемых базой данных ЮНИСЕФ TransMonee [6].

В 2011 году наиболее высокий коэффициент смертности от суицида среди детей и молодежи в РК был наиболее высокий в возрасте 15-19 лет (17,5 на 100.тыс. нас); в возрасте 20-24 25,3 на 100 тыс. нас.); и в возрасте 25-29 (31,2 на 100 тыс. нас.). По всем указанным возрастным группам высокая смертность была среди сельского населения, причем в возрасте 15-19 лет и 25-29 лет, что практически вдвое больше, нежели среди городского населения [6,7,8]. Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан инициировал в 2012-2013гг. проведение исследования на тему: «Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан». В отчете, опубликованном под одноименным названием в 2014 году есть следующая информация: «Согласно данным мониторинга состояния детей и молодежи в странах Центральной Восточной Европы и СНГ, Казахстан входит в группу стран, наиболее затронутых проблемой смертности среди подростков (15-19 лет) и молодежи (20-24 лет). Разбивка по возрасту была проведена с учетом особенностей страхования по возрасту в европейских странах» [7].

Для борьбы с детскими и подростковыми суицидами МЗСР РК инициировало реализацию государственного проекта по профилактике суицидального поведения. Учитывая сложившуюся ситуацию, был издан НПА – распоряжение Премьер-министра Республики Казахстан от 28 ноября 2014 года № 139-Р «Об утверждении Общенационального плана мероприятий по укреплению семейных отношений, морально-этических и духовно-нравственных ценностей в Республике Казахстан на 2015-2020 годы». На основании данного НПА был разработан Совместный приказ МЗСР РК (27 февраля 2015 года №102), МОН РК (2 марта 2015 года № 95) и МВД РК (11 марта 2015 года №211) «О поэтапном внедрении проекта по превенции суицидов среди несовершеннолетних в Республике Казахстан». Комплекс мер включает в себя программу повышения осведомленности подростков, специальное обучение педагогов и медиков, а также выявление подростков, входящих в группу риска.

Меж тем, суицидальное поведение – проблема более широкая, чем уровень смертности населения от самоубийств. С ней связаны лица, совершившие парасуицид (попытка самоубийства, не закончившаяся летальным исходом, или т.н. «прерванный суицид»), близкие и родственники суицидента, все люди, имеющие суицидальные мысли и находящиеся в информационном поле совершенного или прерванного суицида.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» кол-во завершенных самоубийств приходится 10-20 парасуицидов, 8 близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100 людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, к примеру, на 202 случая самоубийства, совершенных в 2015 году и официально зарегистрированных в РК (согласно формуле экспертов ВОЗ), будет приходиться, примерно 0,10% жителей страны, пытавшихся покончить жизнь самоубийством (суицидальные мысли, суицидальное поведение, прерванный суицид), 0,25% людей из числа ближайшего окружения суицидента и 2% лиц, имеющих т.н. «внутренний суицидальный дискурс». При прерванном суициде риск повторного покушения на жизнь возможен у 10% суицидентов в течение ближайших 2-3-х месяцев.

Если учесть, тот факт, что суицидологи рекомендуют увеличивать число официально зарегистрированных случаев в 2-3 раза, так как большинство суицидов скрывается под случаями ДТП, бытовых отравлений, под случаями острой сердечной недостаточности, бытовых травм и т.д., также не поддаются отчету совершаемые лицами с психическими расстройствами многочисленные суицидальные попытки, то данные цифры увеличатся в разы.

Прерванных суицидов (суицидальные попытки) в 2015 году зарегистрировано 484. Лидируют ВКО и Карагандинская область – 47, ЮКО – 45, Астана – 44, Актюбинская обл. – 31, СКО – 28, Алматинская обл. – 21 прерванных суицидов. Эти цифры тем более занижены, так как большинство прерванных суицидальных попыток остаются незамеченными или попадают в статистику тех же бытовых отравлений и бытовых травм, ДТП и др. В США используется термин «автоцид» для обозначения смертей, при которых транспортные средства используются как инструмент совершения суицида. Более того, есть тенденция любыми путями скрыть факт суицида, что наиболее часто возможно в сельской местности и является нередким в городской местности.

Особую настороженность вызывает рост уровня смертности от несчастных случаев, отравлений и травм в РК: 1995 г. – 13,8%, 1999 – 13,3%, 2004 – 14,5%, 2005 – 14,3%, 2006 г. – первая половина года – 14,6 %. «Экзогенная» причина выходит на второе место в структуре казахстанской смертности. Причем практически каждый третий случай в этой категории - смертность от убийств и самоубийств, большая часть которых приходится на мужчин трудоспособного возраста [9,10].

Если взять для примера, страны Центральной Азии, то там складывается несколько иная ситуация – первые два места занимают смертность от болезней системы кровообращения и от болезней органов дыхания (туберкулез, бронхиальная астма, пневмония, грипп, ОРЗ, ОРВИ, ХОБЛ) [6].

Длительное время суицид рассматривался как проблема одного ведомства, занимающегося вопросами сохранения и укрепления здоровья, но, в связи с тем, что сейчас суицид рассматривается как биопсихосоциальная проблема, ученые стали обращаться, в том числе и к экономическим аспектам данного вопроса. Это обусловлено пониманием того обстоятельства, что население страны формирует, пожалуй, самый важный ее ресурс, является основой будущего экономического роста и научно-технического развития, а потому требует внимательного исследования и с точки зрения экономики. Известно, что с экономической точки зрения, эта проблема представляет подавляющее бремя здравоохранения и занимает второе место в мире по бремени болезней. Самоубийства и суицидальные

действия представляют собой сложное и гетерогенное расстройство с широким спектром симптомов, которые часто затрудняют диагностику, не имеют понятную этиологию (особенно это касается детского возраста), что является основным препятствием, как для своевременной диагностики этого состояния, так и для правильной тактики терапии.

Согласно общему мнению исследователей данной проблемы – потери ВРП вследствие ПГПЖ (потерянные годы продуктивной жизни) 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).

Не только экономический кризис может влиять на психику, в свою очередь, и проблемы психического здоровья оказывают все большее и большее воздействие на экономику. Экономические последствия от психических расстройств (выражающиеся по большей части в виде снижения производительности труда) оцениваются для стран Европейского Союза (ЕС) в 3–4% от объема валового национального продукта. Поскольку серьезные психические расстройства часто начинаются в подростковом или юношеском возрасте, снижение производительности труда может быть долговременным.

В странах Европейского региона ВОЗ на долю психических расстройств приходится более трети всех «человеколет», потерянных по нетрудоспособности. Из-за стресса, тревожности и расстройств, связанных с депрессией, нарастает количество прогулов и происходит отток рабочей силы с рынка труда [11].

Во многих европейских странах до трети всех выплат по временной нетрудоспособности приходится на случаи психических расстройств, и эта доля продолжает расти. Эксперты подчеркивают, что от психического состояния населения напрямую зависит успех восстановления экономики в Европе.

Для расчета потерь продуктивных лет жизни вследствие самоубийств используется показатель Всемирной организации здравоохранения YLL («Years of Life Lost» - пер. «потерянные годы жизни из-за преждевременной смертности») по формуле $YLL = N \times L$, где N - число смертельных случаев; L - средняя продолжительность жизни в возрасте смерти (в годах). При этом в отсутствие информации о точном возрасте человека на момент совершения суицида принимается 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. В нашей стране такие расчёты не проводились [13,14].

Актуальность данной проблемы обусловлена еще и тем, что она приобретает стадию «длительной стагнации» во многих странах мира, где достигнут критически уровень по смертности от суицида. В перспективе «оценки населения имеют преимущественно пессимистический характер»

Региональные особенности формирования социально-экономического ущерба от суицидов требуют углубленного анализа. По данным статистической отчетности в настоящее время можно констатировать, что регионы с предполагаемыми максимальными потерями ПГПЖ от самоубийств в РК могут быть сосредоточены (согласно данным 2013 года) в Костанайской обл. (42,5 на 100 тыс. нас.), Акмолинской обл. (36,4 на 100 тыс. нас.), ВКО (31,1 на 100 тыс.нас.), ЗКО (26,3 на 100 тыс. нас.), что обусловлено повышенным уровнем суицидов на данных территориях среди представителей наиболее молодых возрастных групп – до 30 лет.

В 2015 году ситуация несколько меняется: наибольшее количество суицидов в ЮКО (4,1 на 100 тыс. нас.), ВКО и Алматинской обл. (22 на 100 тыс. нас.), Костанайской обл. (17 на 100 тыс. нас.) [6,7,8].

В сравнении с пиком суицидальной активности по статистическим данным в 2000 г, когда было зарегистрировано абсолютное количество – 4505 случаев суицида, из них несовершеннолетних лиц – 230, и общий коэффициент смертности оставил 30,3 на 100 тыс. населения, за последние 15 лет идет постепенное снижение количества суицидов в РК. Данные Агентства по статистике Министерства национальной экономики РК показывают, что за последние 15 лет идет постепенное снижение количества суицидов в Казахстане. Так, в 2013 года суициды составили 20,5 на 100 тыс. населения (3499 человек) из них несовершеннолетних – 193. В 2014 и 2015 годах, соответственно, 16,9 и 22,8 на 100 тыс. населения (рисунок 1).

Печальную статистику подтверждают и данные генпрокуратуры РК. Так, только в 2015 году в Казахстане покончили с собой 4 тысячи человек (Рисунок 1). Зафиксирован 201 случай самоубийства несовершеннолетних. Еще 485 подростков пытались покончить с собой. 2016 год показал рост количества фактов суицида. По состоянию на апрель 2016 года покончили с собой 200 несовершеннолетних. Самая подверженная суицидам возрастная группа — подростки 15-17 лет, на них приходится 60% самоубийств [9,10].

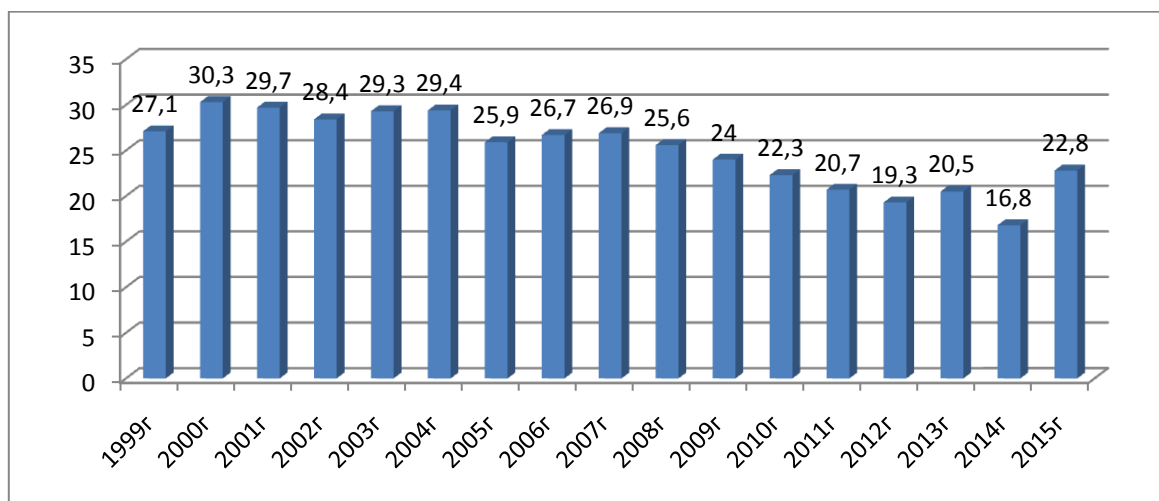


Рисунок 1 – Коэффициент смертности среди населения РК в результате суицида (на 100 тыс. населения РК)

Статистика показывает, что максимальное число суицидов приходится на возрастную группу 25-29 лет – т.е. 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 экономический ущерб вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни. Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40–60 лет. Помимо психологических проблем для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией – самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции. В 2008г. в РК самый высокий уровень суицида наблюдался среди мужчин в возрасте от 75 лет и старше (73,6 случая на 100 тыс. нас), за которыми следуют мужчины в возрасте 25-34 лет (69, 8 на 100 тыс. нас.).

Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемыми именно в этом возрасте.

Семейное окружение также влияет на суицидальное поведение. Риск попытки суицида имеет тенденцию быть связанным с историей суицидального поведения в семье, в первую очередь с попыткой самоубийства в семье, которая существенно повышает риск суицидального поведения в 2,3-5,8 раза. Согласно данным научных исследований, риск суицидальной попытки возрастает в 2,9 раза, если в семье были случаи госпитализации одного из родителей или брата/сестры по причине психического заболевания. Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. Суицидоопасные состояния, в частности, легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Два обстоятельства в семье имеют наиболее тесное отношение к формированию последующей аутоагрессии: 1 – ранние утраты (депривация, связанная со смертью, уходом из семьи или разводом родителей искажает психическое развитие детей; 2 – дисгармоничное воспитание: хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей.

Суицидальное поведение в детско-подростковом возрасте чаще всего является результатом ситуационно-личностной реакции (преимущественно реакции оппозиции, протеста, группирования). Ее объектом выступают родители, позже – учителя и сверстники. Таким образом, высокий уровень самоубийств среди детей и подростков может свидетельствовать о негативном характере взаимоотношений между этими субъектами социума.

Кроме того, жестокое обращение в детстве (семейное и несемейное насилие) может привести к изменению процессов развития, отвечающих за усиление эмоционального регулирования и связанных с ним навыков межличностного взаимодействия [16,17].

Предполагается, что трудности в регуляции эмоций связаны с риском развития психических расстройств в более позднем возрасте, а также могут опосредовать связь между детской травмой и психопатологией во взрослой жизни. Существуют данные о том, что сексуальное насилие повышает чувствительность к депрессогенным жизненным событиям. В настоящее время не определена степень, с которой психопатологические симптомы подвергшихся насилию людей опосредуют взаимосвязь между пережитым в детстве насилием и суицидальным поведением [18,19].

У подростков значительно чаще, чем среди взрослых, наблюдается так называемый «эффект Вертера» - самоубийство под влиянием чьего-либо примера (в свое время опубликование гётевского «Вертера» вызвало волну самоубийств среди немецкой молодёжи). Статистика суицидов показывает, что за последние 30-32 года количество юношеских самоубийств заметно возросло, в то время как среди взрослых показатели суицидов в значительной степени остались прежними.

Эффект Вертера; синдром Вертера - массовая волна подражающих самоубийств, которые совершаются после самоубийства, широко освещённого телевидением или другими СМИ, либо описанного в популярном произведении литературы или кинематографа. Выявлен в 1974-1975 годах американским социологом Дэвидом Филлипсом из Калифорнийского университета в Сан-Диего, который исследовал волну подражающих самоубийств, прокатившуюся по всей Европе в конце XVIII века и спровоцированную распространением романа Гёте «Страдания юного Вертера» (отсюда и произошло название феномена).

Позже, в 1986 году Д. Филлипс и Л. Карстенсен изучали существование такой взаимосвязи на протяжении 7 лет (1973-1979), взяв данные о 12585 самоубийствах подростков и проследив их связь с телерепортажами о самоубийстве в новостях и статьями первых полос газет. Они обнаружили, что число самоубийств значительно возрастало по прошествии 0-7 дней после такой истории в новостях. Это увеличение коррелировало ($r = 0,52$) с количеством программ, передававших репортаж. Такая корреляция имела значение только для подростков, а не для самоубийств взрослых людей, и была гораздо сильнее для девочек, чем для мальчиков. Исследование статистических данных о самоубийствах в Соединенных Штатах Америки с 1947 по 1968 год, дали основание Филлипсу сообщить о том, что в течение двух месяцев после каждой громкой публикации о самоубийстве, в среднем суициды совершало на 58 человек больше, чем обычно. По уровню смертности в возрастной группе 15 – 35 лет в Европейском регионе самоубийства занимают второе место после дорожно-транспортных происшествий [120].

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства (согласно их исследованиям), сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей: «дать понять

человеку, в каком ты отчаянии» - около 40 % случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой общался» - около 30% случаев, «показать, как ты любишь другого» и «выяснить, любит ли тебя действительно другой» - 25 %, «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение» – 25 %, и наконец, в 18% случаев «призыв, чтобы пришла помощь от другого» (мотивов может быть, естественно, у каждой жертвы суицида несколько).

Согласно тем же статистическим данным, женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит завершённый характер. Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2–3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин.

На вероятность совершения суицидальных действий влияют самые разнообразные факторы: индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и уровень употребления психоактивных веществ, время года, психические расстройства, т.е. с определенной долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические. Особое значение имеет уровень оказания коррекционной психологической или психотерапевтической помощи – это доступность медицинской помощи (консультации психотерапевта, психиатра) на всех уровнях ее оказания, наличие в системе ПМСП психолога, психотерапевта. Также важное значение имеет широкое оповещение населения о доступности такой помощи и преодоление стигматизации населения в отношении психотерапевтической (психиатрической) службы.

Если рассматривать медицинские факторы, то в исследованиях ЮНФПА в 85,3% случаев в выборке имелись психиатрические диагнозы. Из них у – 60% расстройство адаптации, у 7% депрессивный эпизод, у 14% - имелись психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя. Помимо этого, 33,3% респондентов отметили проблемы, связанные с употреблением алкоголя [6]. На данный момент наиболее известны группы психических расстройств и заболеваний, провоцирующих риск суицида – это депрессивные синдромы разной этиологической природы (эндогенные психозы, реактивные психозы, алкоголизм, наркомания, расстройства личности, группа т.н. пограничных психических расстройств и др.), но не известны глубинные механизмы их происхождения.

На данный период развития науки проблема суицида исследуется еще и с позиции молекулярной генетики, идет поиск генетических маркеров риска развития суицидального поведения. К примеру, известны на данный момент механизмы нейротрансмиссии ряда генов и белков их продуцирующих, ассоциированных с маниакально-депрессивным синдромом, депрессией, алкоголизмом, самоубийствами и обсессивно-компульсивными расстройствами, депрессиями при шизофрении. Исследуется т.н. «психотип» суицидента с позиции новейших исследований клинической психологии в области структуры личности. В литературе известны и ряд личностных стилей суицидентов, однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», до настоящего времени не дали результатов.

Одним из способов выяснения намерений суицидентов является так называемая психологическая аутопсия, которая подразумевает беседу со всеми близкими жертве людьми с фиксацией их реакции и воспоминаний о происшедшем, пока они еще свежи и, беседа с суицидентом после прерванного суицида. В целом данный метод позволяет выстроить систему превентивных мер для работы с потенциальным суицидентом и его ближайшим окружением.

Изучалась и изучается исследователями также роль и влияние еще целого ряда факторов - состояния соматического здоровья, природных факторов, места рождения и проживания (экологический фактор) и др.

Заключение. Таким образом, суицидальное поведение представляет собой проблему мирового масштаба. По данным ВОЗ, общее количество смертей от суицидов приближается к миллиону в год. Тенденции таковы, что к 2020 году число самоубийств, по всей видимости, возрастет в полтора раза [2,20, 21].

Исследователи изучаемой проблемы едины во мнении о том, что для разработки и реализации конкретной тактики профилактической работы по раннему выявлению депрессивных расстройств и суицидального поведения, на каждой территории важно учитывать не только региональные особенности распространения самоубийств, но и специфику формирования подверженного суицидам контингента, а также комплекс факторов, влияющих на формирование депрессивных расстройств и структуру суицидального поведения. Сказанное подтверждает необходимость создания единой последовательной системы превенции суицидов в нашей стране, начиная с момента выявления факторов риска у индивидуума и сопровождения его на всех этапах жизни. Учитывая многофакторность в происхождении суицидального поведения, в этой системе должны быть задействованы педагоги, школьные психологи, воспитатели, психотерапевты, психиатры, школьные полицейские, сотрудники правоохранительных органов.

Создание системы гарантированной медико-профилактической помощи населению из группы риска по развитию депрессий и подверженности суицидам будет одним из важных факторов создания стабильности в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Источник: Здоровье для всех: Европейская база данных ВОЗ (Электронный ресурс). Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html.
- 2 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/>
- 3 Морев М.В., Любов Е.Б. «Социально-экономический ущерб вследствие смертности населения от самоубийств //Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз».- 2011.- №6 (18).- С. 119-130.
- 4 Морев М.В., Шабунова А.А., Гулин К.А. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения. –Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 188 с.
- 5 Колин К.К. Человеческий потенциал и инновационная экономика // Вестник РАН. - 2003. - № 4. - С. 1-5.

- 6 Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток среди детей и молодежи в Казахстане. Отчет. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан.- Астана: 2014. – 108 с.- ISBN 978-601-7523-12-1.
- 7 «Эпидемиологическое исследование суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане». Отчет. Фонд Организаций Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА) в Республике Казахстан.- Алматы, 2015. - 45 с.
- 8 Алтынбеков С.А., Негай Н.А., Скляр С.В. Эпидемиологическое исследование суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане // Сб. материалов научно-практической конференции с международным участием «Развитие общественно - ориентированной психиатрии».- Алматы: 2015.- С.11-22.
- 9 <http://pravstat.prokuror.kz/rus>
- 10 Методика расчета показателей, включенных в Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы. Стратегический план Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2014-2018 год, П.5 – Расчет показателя «Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет».
- 11 Источник информации: Официальные статистические данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан.
- 12 Демографический ежегодник Казахстана. – Алматы: 2005. — 351 с.
- 13 Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Электронный ресурс // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health21-thehealth-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
- 14 Методика измерения DALY. Электронный ресурс // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. - Режим доступа:http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
- 15 Шмаков Д.И. Оценка экономического ущерба в результате смертности населения от несчастных случаев, отравлений и травм.:сб. науч. тр. Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. - М.: МАКС-Пресс, 2003.- 385 с.
- 16 Burns E.E, Jackson J.L, Harding H.G. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: the impact of emotional abuse // J. Aggress Maltreat Trauma. - 2010. - №19. – P. 801-819.
- 17 Shipman K, Zeman J, Penza S et al. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: a developmental psychopathology perspective // Dev Psychopathol .-2000.- №12. – P. 47-62.
- 18 Famularo R, Fenton T, Kinscherff R et al. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder// Child Abuse Negl. - 1996. - №20. – P. 953-961.
- 19 Roy A. Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients //Suicide Life Threat Behav. - 2005.- №35. - P. 690-693.
- 20 Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 // World Health Organization. – Geneva: 2011.– P. 72-78.
- 21 Preventing suicide: a global imperative // World Health Organization. – Geneva: 2014. – P.98-106. - ISBN: 978 92 890 5067 8.

К.З. САДУАКАСОВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

СУИЦИД БИОПСИХОЛОГИЯЛЫҚ МӘСЕЛЕ РЕТІНДЕ. МӘСЕЛЕГЕ ЕНГІЗУ

Түйін: ДДҰ елдердің тізіміне қосты жеткізбеудің дағдарысты деңгейі толған өлім-жітім бойынша ҚР жылғы табиғи емес себептерді - суицид артып. Сонымен қатар проблемасы халықты қарағанда неғұрлым кең суицид мінез-құлқы - өлім-жітім деңгейі өзіне-өзі қол көтеру жағдайларының. Өзіне өзі қол жұмсау және онымен байланысты болса, үзілген жасаған адамдар болатын немесе үзған жасалған суицид бар барлық адамдар ойлары мен ақпараттық алаңда суицид оқиғасы. Суицид оқиғасы салдарынан зиянды салдарының бірі жоғары деңгейі болып табылады (ең жас арасында суицид мінез-құлқы, еңбекке жарамды халық санаттарын кеңінен бар) өнімді жыл өмірін ерте өлімі және әлеуметтік-экономикалық ысырап. Өз-өзіне қол салу дерегі бойынша барлық белгілі факторларды ескеру қажет, медициналық, табиғи, өзіне-өзі қол жұмсаудың алдын алу жөніндегі бағдарламаларын әзірлеу кезінде тәуекел суицид - әлеуметтік-демографиялық жеке-психологиялық.

Түйінді сөздер: өзіне өзі қол жұмсау, суицид оқиғасы салдарынан өлім-жітім деңгейі, экономикалық залал мен шығынды, суицид өнімді жыл өмірін ерте өлімін факторлары, сыни проблема биопсихосоциальная жылғы суицид оқиғасы сезінеді.

K.Z. SADUAKASOVA

Asfendiyarov Kazakh National medical university

SUICIDE AS BIOPSYCHOSOCIAL PROBLEM. INTRODUCTION TO A PROBLEM

Resume: WHO included RK in the list of the countries which reached critical level on mortality from the unnatural reasons – suicides. At the same time suicide behavior - a problem wider, than death rate of the population from suicides. The persons who made the interrupted suicide, and all people having suicide thoughts and being in an information field of the made or interrupted suicide are bound to it. One of consequences of a suicide is the high level of social and economic damage, owing to early mortality and losses of productive years of life (the suicide behavior is widespread among the youngest, able-bodied categories of the population). When developing programs for prevention of suicides it is necessary to consider all known factors of suicide risk – social and demographic, medical, natural, individual and psychological.

Keywords: a suicide, a biopsychosocial problem of a suicide, critical death rate from a suicide, economic damage owing to early mortality and losses of productive years of life, factors of suicide risk.