

## СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**А.Б. Козлов**

*Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1995), каждый год в мире кончают с собой более 600 000 человек. В 2000 г. 814 тысяч смертей стали результатом умышленного нанесения себе тяжелого увечья, включая самоубийство (СУ). В 2002 г. таких смертей было 873 тысяч. СУ входит в десятку основных причин смерти в любой стране и является одной из ведущих причин смерти в возрасте от 15 до 35 лет.

Каждую минуту в мире предпринимается суицидальная попытка, 60-70 раз в день она заканчивается смертельно. По данным ВОЗ, уровень СУ более 20,0 на 100 тыс. населения является критическим. Различие в частоте суицидов по всему миру достигает 153 раз и колеблется от 0,1 на 100 тыс. населения в Кувейте, до 45,9 в Венгрии. Низкое число суицидов (ниже 10 на 100 тысяч населения) отмечается на Мальте, в Египте, Мексике, Греции, Испании, Италии, Ирландии и Нидерландах. Очень высокое (более 25 на 100 тыс. населения) – в Австрии, Скандинавии, Финляндии, Швейцарии, Германии, странах Восточной Европы, Украине и России.

Именно поэтому вопросы борьбы и профилактики суицидального и парасуицидального поведения в последнее десятилетие обсуждались в ООН (1996) и в ВОЗ (1992, 1993, 1996), во многих странах создаются и осуществляются национальные программы по данной проблематике, что отражает ее всемирный масштаб. В связи с этим любые научные исследования и разработки, способствующие решению суицидологических проблем, так важны сейчас.

В разные исторические эпохи и в разных странах люди по-разному относятся к суициду. Древнее общество не расценивало жизнь как абсолютную ценность, поэтому и расставание с ней не воспринималось как тяжкий грех. СУ в индустриальном обществе до настоящего времени достаточно распространенное явление.

ние, причем как по религиозным мотивам, так и в силу общественных предписаний.

Позитивно суицид оценивался и другими древними сообществами людей периода родо-племенных отношений, такими, например, как древние скандинавские племена с их идеологией альтруистического СУ стариков, освобождающих племя от неутешительных забот о дряхлеющей старости, или готы с существовавшей у них "скалой предков", с которой бросались из-за страха перед естественной смертью. Суицид оценивался не только позитивно, но и приобретал эффект эстетизации в ритуальных формах харакири (Япония) и сати (Индия).

Негативная оценка явления суицида все-таки имеет более устойчивый и массовый характер по сравнению с позитивной на протяжении всего существования известной нам человеческой цивилизации. Так, в частности, народы Ближнего Востока – Древняя Персия и Вавилон строго осуждали СУ. Конфуцианство и даосизм в Китае считают жизнь дороже золота. Дхармашастра (книга законов жизни в Древней Индии) однозначно осуждает СУ. Например, Яма Шмрити (9600 г. до н.э.) говорит, что тела самоубийц должны быть осквернены.

Эпоха первых христиан практически не знакома с суицидом (в Новом Завете единственным самоубийцей является предатель Христа – Иуда). Св. Августин (354-430 гг. н.э.) резко осуждал суицид. Суицид считается грехом, поскольку самоубийца нарушает шестую заповедь: «Не убий». Шестая заповедь запрещает вообще убивать человека. В 452 г. Арльский собор признал, что СУ – результат дьявольской злобы. В 563 г. на Парижском соборе были закреплены и карательные санкции. В XVII в. труп самоубийцы в Европе подвергался позорному "ослиному погребению", как труп убийцы, и т.д.

В России отношение к самоубийцам также было нетерпимое. С Петра Великого начинается светская история различного рода «карательных акций» по отношению к лицам, совершившим покушение на СУ. Уже в 1766 г. для самоубийц предусматривалось лишение христианского погребения и отправление тела в «убогий дом», для оставшихся в живых служащих следовало понижение на один чин. В Своде законов 1832 г. самоубийца

лишался христианского погребения только в случае, если не было доказано, что СУ последовало в состоянии безумия или беспамятства. Человек, покушавшийся на свою жизнь вне этих состояний и оставшийся в живых, подлежал наказанию за убийство и приговаривался к каторжным работам.

Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид – акт СУ с фатальным исходом; покушение на СУ – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». В докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г. («Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда») говорится, что «СУ есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода».

СУ – осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти, которые являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти таким образом и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий (А.Г. Амбрумова).

От других видов насильственной смерти (убийство, несчастный случай) СУ отличается обязательным наличием прямого умысла на прекращение жизни и обязательным совпадением субъекта действий и потерпевшего. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к СУ, а к несчастным случаям.

А.Г. Амбрумова дает и более расширенное понятие суицида. Суицид – биосоциальное явление, он представляет собой результирующую различных социальных, культурологических, психологических и патопсихологических воздействий на индивида, это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими и патопсихологическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах.

Многоплановые и детальные обследования суицидоопасных контингентов, проводимое в течение более 20 лет Суицидологическим центром МНИИ психиатрии позволили составить определенное концептуальное представление о суицидальном

феномене. Оно базируется на осмыслении суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности, возникающей под влиянием различного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе в результате социальной незащищенности и нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его средой.

Под адаптацией вообще понимается приспособление - соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применимы термины «адаптация» и «дезадаптация»; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

Дезадаптация свидетельствует о нарушении механизмов взаимодействия между личностью и ее социальным окружением, которое может возникнуть как за счет изменений или трансформаций в социальном окружении, так и за счет изменения самой личности, ее потребностей, ценностных ориентаций, и проявиться в несовпадении ожиданий индивида, его притязаний и реальных условий существования и отношения к нему окружающих.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что суицид есть “следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта”.

Собственно суицидальное поведение - “любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни”.

*Внутреннее суицидальное поведение* включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и

намерения. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы:

- пассивные суицидальные мысли – характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия (“хорошо бы умереть”, “заснуть и не проснуться” и т.п.);

- суицидальные замыслы - тенденция к СУ, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место СУ;

- суицидальные намерения – предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

*Внешние формы суицидального поведения* включают в себя суицидальные попытки и завершенные суициды. Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она в своем развитии проходит две фазы – обратимую и необратимую.

Факторы риска совершения СУ и суицидальных попыток:

- текущее аффективное расстройство;
- суицидальные попытки в прошлом;
- амбулаторное лечение у психиатра в прошлом;
- госпитализация в психиатрическую больницу в течение предшествующего года;
- низкий доход;
- отсутствие диплома об образовании;
- напряженные межличностные отношения в течение последнего времени;
- правовые и связанные с работой события.

Способы совершения суицидальных действий – действия, при совершении которых может быть достигнут добровольный уход из жизни: повешение, падение с высоты и под транспорт, утопление, голод, отравление лекарственными средствами, различными токсическими веществами, применение огнестрельного и холодного оружия, самосожжение, ДТП и т.д.

В мире выделено три группы стран с различными уровнями СУ. Наиболее благополучную в суицидологическом отношении группу с низким уровнем СУ, не превышающим 10 на 100 000

населения, составляют страны юга Европы (Италия, Испания, Греция, Албания), британские государства (Англия, Шотландия, Уэльс, Северная Ирландия); Нидерланды, Норвегия и Ирландия, а также большинство стран Африканского континента (Sartorius N., 1995; Milroy С.М., 1997; Hawton K., 1998; Yip P.S., 1998). Наиболее низкие цифры частоты суицидов (0-5 на 100 000) определяют в странах Арабского Востока, в частности в Саудовской Аравии, Иране, Ираке, Бахрейне (Daradreh T., 1989).

В группу со средним уровнем распространенности суицидов входят США – 11,7 на 100 000 населения (Roy A., 1995), ряд европейских государств (Бельгия, Франция, Португалия, Болгария, Польша), значительная часть азиатских стран (в том числе Япония, Китай, Корея, Сингапур, Гонконг), а также Израиль и Австралия. В большинстве из перечисленных стран уровень суицидов колеблется в пределах 13-15 на 100 000 населения (Rodriguez-Pulido F. et al., 1991; Sur J. et al., 1990; Claver T., 1992).

К странам с высоким уровнем СУ относятся некоторые восточноевропейские государства, в том числе и Россия; страны Балтии, некоторые Скандинавские страны, а также Австрия, Германия и Швейцария. По данным известного венгерского суицидолога Z.Rihmer (2002), в последние годы на первых позициях в мировом рейтинге частоты СУ – 35 и более случаев на 100 000 населения – находятся страны Балтии (Литва, Латвия, Эстония), Россия, Венгрия, Дания и Финляндия.

Исторически сложилось так, что изучение СУ в нашей стране в течение довольно длительного времени, а именно с начала 30-х г., практически не выходило за рамки наук медико-биологического цикла. Развитие современных знаний в области социологии, социальной психологии, демографии, активизация социально-гигиенических исследований показали ограниченность и непродуктивность такого редуцированного подхода к проблеме суицида.

Лишь в 70-е гг. суицидология начала вычленяться в отдельное направление. Был создан Всесоюзный научно-методический суицидологический центр. С этого времени в советской психиатрии началась постепенная смена взглядов на причины суицидального поведения. Согласно концепции А.Г. Амбрумо-

вой (1974), СУ стали рассматривать как следствие социально-психологической дезадаптации (или кризиса) личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов. Динамика СУ в 1975-1988 гг. в СССР представлена в таблице.

Показатель	1975	1980	1984	1985	1986	1978	1988
Общее число СУ, тыс.	66	71	81	68	53	54	56
Число СУ на 100 тыс. жителей	26	27	30	25	19	19	19

Суицидологическая ситуация в Чувашской Республике (ЧР) долгие годы остается напряженной. ЧР относится к регионам с высоким уровнем завершенных суицидов. Если в 1995 г. показатель смертности от СУ в ЧР составил 34,6 на 100 тыс. населения, то к 2002 г. он вырос до 60,8. На фоне общероссийской тенденции к снижению в ЧР снижение числа завершенных суицидов наблюдается только за последние три года.

Анализ показателей суицидов по районам и городам республики показал его неоднородность. Так, за период с 1992 по 2005 гг. (14 лет) среднереспубликанский показатель составил 45,7 на 100 тыс. чел. Наиболее низкий показатель отмечен в 1995 г. (34,6), наиболее высокий – в 2002 г. (60,8). При этом даже самый низкий показатель в 1995 г. был значительно выше критического уровня – 20 (по ВОЗ). В РФ наиболее низкий показатель наблюдался в 1999 г. (26,4 на 100 тыс. нас.), наиболее высокий в 1997 г. (42,8).

Среди сельского и городского населения отдельно также можно отметить свои особенности: наиболее низкие показатели СУ в городах и более высокие – в сельских районах. Так, средний показатель СУ (за 14 лет) для городского населения составил 29,2 на 100 тыс. нас., для сельского – 63,2, т.е. сельские жители республики более чем в два раза чаще совершают СУ, чем городские.

Еще более пеструю и неоднородную картину дают показатели СУ в сельских районах. Если их условно разделить на три равные группы (по семь районов) и выделить районы с высокими, средними и низкими показателями, то среди них будет

большая разница, как по показателям, так и по этнической принадлежности.

Анализ завершенных СУ в республике показал, что к районам с высокими показателями СУ относятся центральные районы республики, национальный состав которых определен в значительной части чувашским населением.

Со средними показателями СУ оказались районы, граничащие с Республикой Татарстан, имеющие в структуре национального состава населения более высокий процент русского и татарского населения.

В группу районов с низкими показателями СУ отнесены районы с преобладающим русским населением до 73%, с большим процентом проживающих в данных районах татарского и мордовского населения.

Оказалось, что, чем выше в процентном отношении в районах проживает лиц чувашской национальности и меньше лиц русской, татарской и мордовской национальностей, тем выше показатель СУ в данных районах, и наоборот.

Таким образом, имеет место прямая зависимость показателей СУ в сельских районах от национального состава жителей сельских районов.

Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой СУ и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований. Кроме того, рост СУ в значительной степени обусловлен ослаблением роли традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми. Причины возникновения суицидального поведения также должны анализироваться в связи с общим состоянием современной культуры и в контексте господствующих представлений о сущности жизни и смерти, с учетом особенностей массовой психологии, отдельных региональных, в том числе этнических аспектов.



Основными причинами высоких показателей СУ в ЧР можно считать:

- высокую плотность населения. В Чувашии она одна из самых высоких в РФ после Московской области);
- вынужденную длительную социальную изоляцию населения республики, особенно сельского, результатом чего имеют место близкородственные браки и т.д.;
- экономическую нестабильность;
- быструю смену жизненных стереотипов, происшедшую в результате перехода населения от одного уклада жизни к другому (быстрый рост городов, высокий уровень урбанизации);
- низкий социально-экономический статус жителей республики, особенно сельского населения;
- миграционные процессы.

Есть определенная зависимость высоких показателей СУ от заболеваемости и болезненности психическими расстройствами (заболеваемость по ЧР в 1,8 раза превышает среднероссийский показатель, болезненность – в 1,3 раза), алкоголизмом (в 1,6 и 1,8 раза соответственно); от личностных национальных особенностей чувашского населения; низкого образовательного уровня; длительной антирелигиозной политики; практики изучения в национальных школах и в последующем подражании культурно-историческим и литературным отрицательным моделям поведения; ослабления роли традиционных социальных институтов (брак, семья и т.д.); а также несовершенности структуры социально-психологической помощи в республике, в том числе отсутствие в республике коек для лечения пограничных психических расстройств, кризисного стационара.

Кроме вышеперечисленных причин высоких показателей СУ среди детей и подростков в республике основными факторами риска являются:

- постоянное проживание в сельских районах республики с более низким уровнем образования;
- высокая доля лиц, проживающих в неполных, антисоциальных семьях или вне родительской семьи (общежитие, интернат и т.п.);

- воспитание детей и подростков в условиях неполных родительских семей;
- алкогольная зависимость в родительских семьях;
- депрессогенное действие алкоголя на лиц с сенситивными чертами характера (ранняя алкоголизация детей и подростков);
- случаи СУ или суицидальных попыток среди родственников;
- психопатологическая наследственная отягощенность;
- неправильные формы воспитания детей по типу гиперопеки и авторитарного (беспрекословное подчинение старшим, наказания и запреты и т.д.);
- отсутствие психологической помощи.

Нормативно-правовая база суицидологической службы определена приказом Министерства здравоохранения РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Структурными подразделениями суицидологической службы являются: телефон доверия; суицидологический кабинет психоневрологического диспансера; кабинеты социально-психологической помощи; кризисный стационар.

Телефон доверия предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. В суицидологическом кабинете психоневрологического диспансера оказывается помощь участковым психиатрам в выявлении и лечении психически больных с высоким суицидальным риском.

Основная доля превентивной деятельности по объему и широте охвата населения приходится на кабинеты социально-психологической помощи (КСПП), которые являются новой формой профилактики, впервые открытой и апробированной в системе суицидологической службы. Они не входят в структуру психиатрических лечебных учреждений, хотя и имеют с ними тесную связь. Кабинеты открываются при городских, районных больницах, поликлиниках, в студенческой поликлинике.

Основными задачами кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;
- оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья;
- повышение знаний медицинского персонала учреждения, на базе которого расположен кабинет, в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами.

Медицинская и социально-психологическая помощь оказывается по желанию и анонимно. Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

Основными задачами кризисных стационаров являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

Основаниями для госпитализации в отделение является наличие у пациентов актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии.

Помещение лица в отделение для лечения осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

Суицидологическая служба ЧР представлена двумя подразделениями Республиканского психоневрологического диспансе-

ра: телефоном доверия (две телефонные линии); двумя кабинетами социально-психологической помощи (КСПП).

В 1990 г. на базе РПНД был открыт круглосуточный телефон доверия (ТД). В оказании экстренной психологической и психотерапевтической помощи по ТД участвуют психотерапевты, медицинские психологи, сексолог. Детская линия ТД не выделена, но специалисты РПНД оказывают помощь как взрослым, так и детям и подросткам. За последние три года отмечается тенденция к росту обращений на ТД в возрастных группах до 14 лет – с 3,3 до 6,5% общего числа звонков и 14-16 лет – с 4,3 до 8,2% соответственно. Обращения лиц с суицидальными тенденциями составляют от 3,5 до 5,0% всех обращений.

По результатам коллегий МЗ ЧР, где заслушивались вопросы оказания суицидологической помощи населению Чувашской Республики, в 1993 г. открылись два кабинета социально-психологической помощи, а в 1995 г. – вторая линия ТД.

На базах МУЗ «Городская больница № 3» (с учетом центрального расположения лечебно-профилактического учреждения) и МУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (с учетом токсикологического отделения), где функционируют кабинеты социально-психологической помощи, два врача-психотерапевта и два психолога оказывают специализированную помощь лицам, находящимся в острой кризисной ситуации, суицидентам, поступившим после попытки СУ.

Значительная часть лиц с суицидальным поведением или с суицидальными намерениями, мыслями, высказываниями лишена возможности получить адекватную медицинскую, психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь, которая должна быть организована вне психиатрических и психоневрологических учреждений, с учетом того, что, как показывает мировая практика, эти лица в большинстве своем активно ищут эту помощь и добровольно обращаются за нею. Эту функцию взял на себя Республиканский психотерапевтический центр (Республиканский психоневрологический диспансер).

Схема работы специалистов суицидологической службы ЧР, сложившаяся в республике еще к 1993 г., нашла отражение в положениях и методических рекомендациях, обозначенных в

приказе МЗ РФ от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Успешность решения задач профилактики суицидального поведения детей, подростков, взрослых существенно зависит от формы организации специализированной суицидологической помощи. Можно предположить, что более низкие показатели СУ в городах, чем в сельских районах, связаны с более развитой и организованной структурой психиатрической, психотерапевтической, суицидологической и наркологической помощи в городах. Однако десятилетний опыт работы в области суицидологии указывает и на этнокультурные особенности СУ среди населения ЧР.

*Основные действия по профилактике СУ:* выявление и лечение людей, страдающих депрессией; ограничение доступа к огнестрельному оружию; детоксикация бытового газа и автомобильных выхлопных газов; контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам; лишение привлекательности сообщений о СУ в средствах массовой информации; установление физических барьеров, ограничивающих возможность прыжков с высоты.

Профилактика суицидов не ограничивается вышеперечисленными методами. Они являются лишь малой частью большой программы превенции СУ, осуществить которую только силами медиков невозможно. Для ее реализации необходимо привлечение медицинских психологов, социальных работников, общественных и государственных организаций и социальных служб, волонтеров, и создание групп самопомощи (по типу “Самаритян” в Англии и “Анонимных суицидентов” в США и других странах), а также активное участие средств массовой информации.

Их деятельность должна быть сфокусирована на следующих направлениях:

- круглосуточная неотложная телефонная помощь;
- образовательные программы для населения, направленные на знание признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких;
- образовательные программы для медицинских работников, направленные на знание признаков суицидоопасных со-

стояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания);

- активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид);

- психологическое консультирование населения (возможно анонимное);

- кризисные стационары, в которых будут осуществляться психотерапевтические и реабилитационные программы;

- создание института частичной госпитализации при дневных и ночных стационарах ПНД, в которых будут продолжать амбулаторное лечение выписавшиеся из кризисного стационара суициденты, что позволит им работать и получать поддерживающую терапию;

- преемственность с токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой;

- создание групп само- и взаимопомощи;

- снятие табу с темы смерти.

Программой «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2006-2008 годы» предполагается завершение организации суицидологической службы в ЧР и открытие ее последнего звена – кризисного стационара.