

## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ БЕЗРАБОТИЦЫ И АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА СУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Е. В. Бачило** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-ординатор кафедры психиатрии и наркологии; **Ю. Б. Барыльник** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой, доктор медицинских наук.

## IMPACT OF UNEMPLOYMENT AND ALCOHOLISM ON SUICIDAL ACTIVITY IN THE SARATOV REGION

**E. V. Bachilo** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Psychiatry and Narcology, Attending Physician; **Yu. B. Barylnik** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 18.07.2011 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2011 г.

**Бачило Е. В., Барыльник Ю. Б.** Влияние уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальную активность в различных районах Саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 673–676.

Целью исследования является изучение распространенности завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области в 2001–2010 гг., а также оценка влияния уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальное поведение в наиболее неблагоприятных районах области. *Материал и методы.* Исследование проводилось с помощью специально разработанных анкет, характеризующих суицидологическую и наркологическую ситуацию в районах Саратовской области за 2001–2010 гг., а также отчетов министерства занятости, труда и миграции Саратовской области. Для обработки данных использовали офисное приложение Microsoft Excel; методы: информационно-аналитический, графический. *Результаты.* Выделены наиболее неблагоприятные с суицидологической точки зрения районы, где за 2001–2010 гг. отмечались наивысшие показатели суицидальной активности: Балаковский, Энгельсский, Духовницкий, Пугачевский, Перелюбский и Аркадакский. В каждом из районов установлены корреляционные взаимоотношения между уровнем суицидов и уровнем алкоголизации и безработицы населения. *Заключение.* Полученные в результате исследования данные дают возможность выделить некоторые предикторы суицидального поведения для конкретного района, которые войдут в карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области. Это позволит разработать направления совершенствования суицидологической помощи и тем самым снизить уровень суицидов.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, безработица, алкоголизация, предиктор.

**Bachilo E. V., Barylnik Yu. B.** Impact of unemployment and alcoholism on suicidal activity in the Saratov region // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 3. P. 673–676.

*The research goal is to study the spread of completed and uncompleted suicides in the Saratov region during the period of 2001–2010, and influence of unemployment and alcohol abuse on suicidal behavior of the population in the most unfavourable areas of the region. To conduct the research elaborated questionnaires, describing suicidal and drug situations in the Saratov region during 2001–2010, and the reports of the Ministry of Employment, Labour and Migration in the Saratov region were used. Results: Areas with the highest rate of suicidal activity during 2001–2010 were identified (Balakovo, Engels, Dukhovnitsky, Pugachev, Perelub and Arkadak). In each of these areas correlation between the level of suicide and alcoholism and unemployment levels of the population were established. The research results allowed identifying some predictors of suicidal behavior for the specific area. These predictors will be included in «The Map of the predictors of suicide risk in the Saratov region». It improves assistance in suicidal situations and reduces suicides.*

**Key words:** suicidal behavior, unemployment, alcoholization, predictor.

**Введение.** В настоящее время суицидальная активность продолжает оставаться одной из самых острых медико-социальных проблем во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год завершённые суициды совершают более 1 млн человек, причем максимальные показатели суицидов отмечаются у лиц трудоспособного возраста [1, 2]. Наблюдается тенденция к увеличению и «омоложению» контингента лиц, покончивших с собой. ВОЗ делит все страны по показателю суицида на 3 группы. Россия относится к группе с высоким и очень высоким уровнем самоубийств (свыше 20 случаев на 100 тыс. чел.). В 2010 г. в РФ распро-

странность суицидов составила 23,5 случая на 100 тыс. населения.

Приведенные данные свидетельствуют о высокой значимости проблемы суицидов и необходимости ее разностороннего и углубленного изучения, в том числе проведения клинико-социальных исследований с учетом различных аспектов этой сложной проблемы. Суицидальный феномен представляет собой «статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития, как государств, так и их отдельных регионов» [3].

Достоверно, что социальные условия жизни людей — один из основных факторов развития суицидального поведения [4–6]. Т. Б. Дмитриева и Б. С. Положий (2003) приводят данные о том, что различные

Ответственный автор — Бачило Егор Вячеславович.  
Адрес: г. Саратов, ул. Куприянова, 11, кв. 193.  
Тел.: +79172010891.  
E-mail: bach.87@mail.ru

радикальные перемены в общественно-политической жизни страны сопровождаются стрессорным воздействием на население и это непосредственным образом отражается на уровне суицидов в целом по стране [7]. Известен более высокий уровень суицидов среди безработных [8, 9]. По данным Л. Дублин (1963), повышение уровня безработицы на 1% ведет к росту суицидов на 4%. Фактически тяжелая социально-экономическая ситуация ослабляет адаптивные способности человека, облегчает его дезадаптацию и снижает порог резистентности к микросоциальным конфликтам, а это один из путей формирования состояний депрессивного спектра и суицидальных мыслей [2].

А. Г. Амбрумова (1978) полагала, что необходимо учитывать структуру и динамику алкоголизации, место и роль опьянения в структуре суицидального поведения. По ее мнению, принятие алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, которые ведут к суицидальному поведению [4]. Принятие алкоголя также может играть провоцирующую роль. По данным Р.И. Гольдштейна (1985) и В.Е. Пелипаса с соав. (1995), которые провели сплошное эпидемиологическое исследование, 7–15% самоубийств приходится на долю больных алкоголизмом. 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 прямую причину роста самоубийств [10]. Однако А.М. Коровин (1916) отмечал различия уровня суицидов в губерниях в зависимости от душевого употребления алкоголя [3]. Алкоголизация, по мнению А. Г. Амбрумовой, облегчает реализацию суицидального поведения [6].

Несмотря на многочисленность исследований по проблемам суицида в России и за рубежом [9, 11], многие аспекты данной проблемы остаются недостаточно изученными, что мешает эффективной организации и профилактике суицидов в обществе.

Так, достоин более глубокого изучения феномен суицидов в клинко-социальном разрезе: связь между частотой, «возрастом» суицидов и социальными условиями в стране в целом и в регионе в частности. Назрела необходимость в более детальном рассмотрении сходств и различий в условиях формирования суицидального поведения и его распространенности среди населения общей популяции и среди психически больных в конкретных регионах России.

К примеру, по данным официальной статистики, на территории Саратовской области регистрируется 61,7 случая суицида (включая суицидальные попытки) на 100 тыс. населения, и показатели распространенности суицидов на протяжении ряда лет остаются стабильно высокими. Недостаточная изученность клинко-социальных аспектов суицидов на территории Саратовской области, с одной стороны, препятствует развертыванию программ суицидологической помощи в регионе, а с другой — обуславливает методико-социальную значимость исследований в данной сфере.

Целью данной работы является изучение распространенности завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области в 2001–2010 гг., а также оценка влияния уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальное поведение в наиболее неблагополучных районах области.

**Методы.** Для проведения исследования были специально разработаны анкеты, заполняемые районными психиатрами с 2001 по 2010 г., характеризующие суицидологическую и наркологическую ситуацию в районах Саратовской области. На основании анкет составлялись сводные таблицы. Кроме того, использовались отчеты министерства занятости, труда и миграции Саратовской области «Мониторинг рынка труда Саратовской области за 2001–2010 гг.». Были определены наиболее неблагополучные с суицидологической точки зрения районы, в которых выделялись пики суицидальной активности и устанавливались корреляционные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения. Для обработки данных использовали офисное приложение Microsoft Excel, а также методы: информационно-аналитический, графический.

**Результаты.** В результате анализа данных по суицидальной активности населения Саратовской области было выделено 6 ранговых районов, в которых наблюдался самый высокий уровень суицидов за 2001–2010 гг: Балаковский, Энгельский, Ардакский, Духовницкий, Пугачевский и Перелюбский районы. Примечательно, что влияние уровня безработицы и уровня алкоголизации на суицидальную активность населения неоднозначно для каждого конкретного района.

Самым неблагополучным по уровню суицидов на территории Саратовской области является Балаковский район. С 2001 по 2010 г. в данном районе фиксировалось стабильно высокое количество уровня суицидов (завершенных и незавершенных) с пиками в 2004 г. (217,5 случая на 100 тыс.) населения и в 2008 г. (190,9 случая на 100 тыс. населения); при том что средний уровень суицидальной активности по Саратовской области был 91,6 и 82,0 случая на 100 тыс. населения в 2004 и 2008 гг. соответственно. Количество завершенных суицидов на территории Балаковского района в 2004 г. составляло 43,0 случая на 100 тыс. населения, а в 2008 г. 31,4 случая на 100 тыс. населения. Одновременно с ростом уровня суицидов в 2004 г. наблюдался подъем уровня безработицы в 2 раза по сравнению с предыдущим 2003 г. (0,8 в 2004 г. и 0,4 в 2003 г.). В 2004 г. также наблюдался незначительный рост алкогольных психозов (в 2003 г. 82,2, в 2004 г. 87,7 на 100 тыс. населения), больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете (в 2003 г. 1527,5, в 2004 г. 1566,7 на 100 тыс. населения), а также лиц, которые злоупотребляли алкоголем и состояли на профилактическом учете (в 2003 г. 269,9, в 2004 г. 280,4) (рис. 1). Другой пик уровня суицидов, происходящий на 2008 г., коррелирован с пиком больных алкоголизмом, находящихся

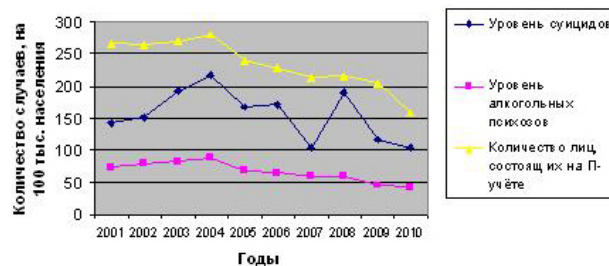


Рис. 1. Динамика уровня суицидов, алкогольных психозов и количества лиц, состоящих на Д-учете в Балаковском районе за 2001–2010 гг.

Примечание: уровень суицидов включает завершенные и незавершенные случаи; П-учет — профилактический учет.

ся на диспансерном учете (в 2006 г. 1600,2, 2007 г. 1698,1 и в 2008 г. 1719,0 случая на 100 тыс. населения). Уровень больных алкоголизмом с 2006 г. начал резко расти. Так, в 2005 г. он составлял 1552,4 на 100 тыс. населения, а в 2008 г. — 1719,0 на 100 тыс. населения. В 2009 г. произошел резкий рост уровня безработицы: с 0,7 в 2008 г. до 2,7 в 2009 г. Однако на уровне суицидов это не отразилось. На протяжении 2001–2010 гг. наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,76), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете (0,68).

Несколько иная ситуация наблюдалась в Энгельском районе Саратовской области. Пики суицидальной активности приходились на 2004 и 2009 гг. Так, в 2004 г. средний уровень суицидов на 100 тыс. населения составил 127,2 случая (в 2003 г. 79,6). В этом же году наблюдался рост алкогольных психозов: 61,2 в 2003 г. до 80,6 в 2004 г., а также лиц, злоупотреблявших алкоголем, находящихся на профилактическом учете, с 61,6 в 2003 г. до 64,9 в 2004 г. В 2004 г. повысился и уровень безработицы, который составлял 1,6, против 1,1 в 2003 г. В 2009 г. уровень суицидов в Энгельском районе составил 91,2 (в отличие от 2008 г. — 70,9) на 100 тыс. населения. Средний же уровень суицидов в целом по Саратовской области составлял в 2009 г. 77,9 случая на 100 тыс. населения. В 2009 г. на территории Энгельского района наблюдался рост уровня безработицы до 1,3, в отличие от 2008 г. — 0,8. При этом не было роста уровня алкогольных психозов, больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, и лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете. Для данного района характерны положительные коэффициенты корреляции на протяжении 2001–2010 гг. между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,27), уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете (0,45), а также уровнем безработицы (0,37).

Парадоксальная ситуация сложилась в двух других неблагополучных по суицидальной активности районах — Аркадакском и Пугачевском. Здесь в 2004 г. обнаружился резкий рост уровня безработицы — 2,4 в Аркадакском районе (против 1,3 в 2003 г.) и 2,2 в Пугачевском районе (против 1,2 в 2003 г.). Затем в 2005 г. отмечается рост алкогольных психозов и больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете. Уровень алкогольных психозов в Аркадакском и Пугачевском районах составил 57,2 и 128,9 соответственно (в отличие от 2004 г. — 36,0 в Аркадакском районе и 108,4 в Пугачевском). Уровень больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, составил 1336,9 в Аркадакском районе (в 2004 г. 901,1) и 1301,0 в Пугачевском (в 2003 г. 1241,5). В 2006 г. фиксировался пик суицидальной активности в каждом из рассматриваемых районов. Уровень суицидов в 2006 г. в Аркадакском районе составил 122,8 на 100 тыс. населения (в отличие от 2005 г. — 53,9) (рис. 2) и в Пугачевском районе — 68,7 (против 41,9 в 2005 г.) (рис. 3). Однако следует обратить внимание на тот факт, что если на протяжении 2001–2010 гг. в Аркадакском районе наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,12), уровнем безработицы (0,16), то в Пугачевском районе положительного коэффициента корреляции между данными параметрами выявлено не было.

В Перелюбском районе Саратовской области зарегистрировано 2 пика суицидальной активности: в 2007 и 2009 гг. В 2007 г. уровень суицидов составлял 152,1 на 100 тыс. населения (против 96,7 в 2006 г.), при среднем уровне суицидов по Саратовской области — 82,0, а в 2009 г. — 114,3 (против 103,2 в 2008 г.) и в среднем по области — 77,9. В 2007 г. на территории Перелюбского района наблюдался рост уровня алкогольных психозов с 16,1 в 2006 г. до 54,3 в 2007 г. Также отмечался некоторый рост уровня безработицы с 1,7 в 2006 г. до 1,9 в 2007 г. В 2009 г. наравне с повышением уровня суицидов не отмечалось повышения уровня алкогольных психозов и уровня безработицы. Отмечалось лишь повышение уровня лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете, с 27,6 в 2008 г. до 84,3 в 2009 г. На протяжении 2001–2010 гг. был выявлен положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем безработицы (0,26).

Еще одним районом с наиболее высоким уровнем суицидальной активности является Духовницкий. Пик суицидальной активности в этом районе наблюдался в 2007 г. Уровень суицидов здесь составил 151,7 (против 88,4 в 2006 г.) случая на 100 тыс. населения. При этом в 2007 г. не выявлялось повышения уровня алкогольных психозов, уровня больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете, и уровня безработицы. Однако на протяжении 2001–2010 гг. отмечался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учете (0,51), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учете (0,23), а также уровнем безработицы (0,36).

**Обсуждение.** Проведенное исследование показало, что такие факторы риска развития суицидального поведения, как уровень безработицы и уровень алкоголизации населения, являются значимыми, хотя и не ведущими в развитии суицида. Значение того или иного фактора зависит от особенностей конкретного района области. Если в одном случае ведущим фактором был уровень безработицы (Перелюбский район), то в другом — уровень алкоголизации (Балаковский район). Надо отметить, что уровень безработицы не является абсолютным фактором для всех

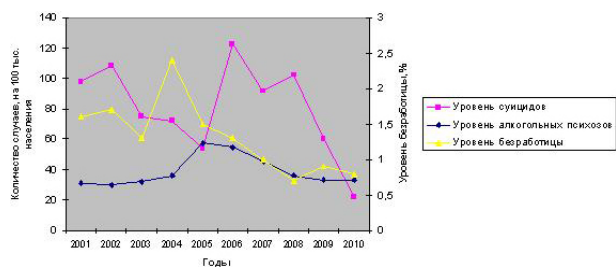


Рис. 2. Динамика уровня суицидов, алкогольных психозов и безработицы в Аркадакском районе за 2001–2010 гг.

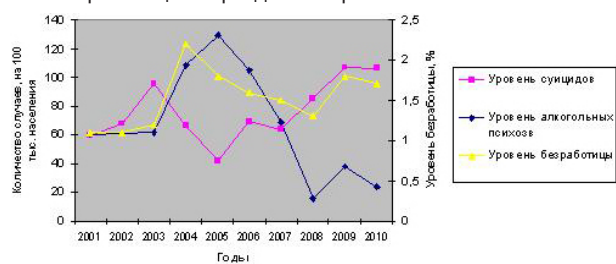


Рис. 3. Динамика уровня суицидов, алкогольных психозов и безработицы в Пугачевском районе за 2001–2010 гг.



стран мира. В различных странах обнаруживались корреляции между уровнем безработицы и уровнем суицидов [9], однако наиболее тесные связи наблюдались в США, в годы экономической депрессии [8]. Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно: оно может повышать вероятность суицидальных действий, в большинстве случаев может свидетельствовать о недостаточной истинности и серьёзности намерений, а также может приводить к завершённым суицидам в силу ослабления критики и контроля над своим поведением [6]. Для Духовницкого и Энгельсского районов ведущим является фактор алкоголизации населения, однако не менее значимым остаётся уровень безработицы. Кроме того, следует обратить внимание на так называемый «эффект накопления» в Аркадакском и Пугачевском районах, когда в один год увеличивался уровень безработицы, на следующий год повышался уровень алкоголизма и затем, как суммарный результат предыдущих годов, резко возрастал уровень суицидов. Вероятно, данный «эффект накопления» соотносится с термином «склонность к контейнированию (накоплению) аффекта», который употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций [3].

**Заключение.** Полученные в результате исследования данные о распространённости завершённых и незавершённых суицидов на территории Саратовской области в 2001–2010 гг., а также установленные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения в наиболее неблагополучных районах области дают возможность выделить некоторые предикторы суицидального поведения для конкретного района, которые войдут в так называемую Карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области. Данные критерии позволят разработать направления совершенствования суицидологической помощи на территории области и тем самым снизить уровень суицидов.

#### Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Бергельсон Л. Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 25–27.

2. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.  
 3. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология. М., 2008. С. 9–31.  
 4. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 44–59;  
 5. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. Предупреждение самоубийств. М., 1980. С. 163–164;  
 6. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. М., 1980. С. 5–19;  
 7. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. 458 с.  
 8. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. № 149. P. 401–405.  
 9. Дубравин В. И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультурный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 31 с.  
 10. Войцех В. Ф. К проблеме суицидального поведения // Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. С. 312–313.  
 11. Войцех В. Ф., Балашова М. Г. Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н. В. Склифосовского // Проблемы организационной и социальной психиатрии. 2000. С. 313–314.

#### References

1. Ambrumova A. G., Tihonenko V. A., Bergel'son L. L. Social'no-psihologicheskaja dezadaptacija lichnosti i profilaktika suicida // Voprosy psihologii. 1981. № 4. S. 25–27.  
 2. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.  
 3. Vojceh V. F. Klinicheskaja suicidologija. M., 2008. S. 9–31.  
 4. Ambrumova A. G. Individual'no-psihologicheskie aspekty suicidal'nogo povedenija // Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1978. S. 44–59;  
 5. Ambrumova A. G., Borodin S. V., Mihlin A. S. Preduprezhdenie samoubijstv. M., 1980. S. 163–164;  
 6. Ambrumova A. G., Tihonenko V. A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. M., 1980. S. 5–19;  
 7. Dmitrieva T. B., Polozhij B. S. Jetnukul'tural'naja psihiatrija. M., 2003. 458 s.  
 8. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. № 149. P. 401–405.  
 9. Dubravin V. I. Suicidy v respublike Komi (kliniko-social'nyj i jetnukul'turnyj aspekty): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2001. 31 s.  
 10. Vojceh V. F. K probleme suicidal'nogo povedenija // Problemy organizacionnoj i social'noj psihiatrii. M., 2000. S. 312–313.  
 11. Vojceh V. F., Balashova M. G. Osobennosti suicidal'nogo povedenija po dannym NII «Skoroj pomoci» im. N. V. Sklifosovskogo // Problemy organizacionnoj i social'noj psihiatrii. 2000. S. 313–314.

УДК 316.334:616.89

Авторское мнение

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**О. А. Жукова** – ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **И. Л. Кром** – Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, руководитель Центра медико-социологических исследований, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук; **Ю. Б. Барыльник** – ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук.

### MODERN APPROACHES TO LIFE QUALITY EVALUATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**O. A. Zhukova** – Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate; **I. L. Krom** – Saratov Institute of Social Education, Head of Centre of Medico-social Research, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. B. Barylnik** – Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 25.03.2011 г.

Дата принятия в печать –

**Жукова О. А., Кром И. Л., Барыльник Ю. Б. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 676–680.**

В статье качество жизни, релевантное здоровью, рассматривается как оценочная категория состояния субъекта в ситуации болезни, характеризующая параметры всех составляющих его жизни; обсуждаются подходы к оценке качества жизни больных в современной психиатрической практике. Приводятся результаты авторского исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных шизофренией. В статье доказывается, что показатели качества жизни и социального функционирования больных, страдающих шизофренией, являются