

УДК 614.2: 616-036.83

СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Е.В. МИНЕНОК, Н.И. МАКСИМУШКИНА
(Полоцкий государственный университет)

Рассматриваются распространенность и демографические особенности суицидального поведения среди студенческой молодежи. Проведен анализ предлагаемых экспертами ВОЗ стратегий суицидального поведения, основанных на модели относительных факторов риска суицида, и приемлемость их для нашей молодежи. Основное внимание уделено стратегиям, основанным на раннем выявлении и адекватном лечении психических расстройств. Особо подчеркивается важность своевременной диагностики и терапии депрессивных состояний. Первичная диагностика депрессивного синдрома, тревожных расстройств и суицидального риска является задачей не только медицинских работников широкого круга лечебных специальностей, но и родителей, и преподавателей. Современная система преддипломной и последипломной подготовки врачей в области психиатрии и диагностики суицидального риска не удовлетворяет современным требованиям. Предлагается модель обучения психиатрической суицидологии, состоящая из «субъективного» (анализ психологических защит специалиста) из «субъективного» (информированность в вопросах прогнозирования и профилактики суицидального риска) компонентов.

Введение. Суицид (самоубийство) – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в сознании и ожидании фатального результата [5]. Согласно данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире, а в возрастном диапазоне от 15 до 44 лет его значимость поднимается до 4 места [4]. В 2000 году, по разным данным, от 815 тыс. до 1 млн. человек во всем мире покончили с собой, что дало ежегодный уровень смертности от суицида около 14,5/100000 человек [4], причем есть основания предполагать, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным на 20 %, а в некоторых регионах мира – на 100 % в результате преобладающих социальных и религиозных взглядов на самоубийство.

Самоубийство представляет собой весьма значимую моральную и экономическую проблему. Мировые экономические потери от суицида составили 1,8 % глобального бремени болезней в 1998 году и составят 2,4 % к 2020 году, когда количество людей, умерших от суицида, достигнет 1530 000 в год. Примерно в 10 – 20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает данную форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности [4]. Более того, каждый случай самоубийства связан с переживанием тяжелой травматической реакции горя родными и близкими покончившего с собой человека, на чьи жизни этот поступок влияет эмоционально, социально и экономически.

Профилактика суицидального поведения представляет собой одну из важнейших задач общества, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества ведомств в единую превентивную стратегию. Комплексная государственная программа профилактики суицидов может быть эффективной только при условии совместного осуществления мероприятий организационного, педагогического, социального, экономического и медицинского характера, опирающихся на результаты научных исследований.

Цель представляемой работы – выявить факторы риска и роль ЗОЖ в профилактике депрессивных состояний и суицидального поведения. Задачи – определить роль системы здравоохранения в целом и медицинских работников в частности в профилактике и предотвращении суицидального поведения в Беларуси; посредством анкетирования выявить у студентов факторы риска и причины возникновения депрессивных состояний и суицидального поведения; посредством ЗОЖ избавиться от депрессивных состояний и суицидального поведения.

Распространенность суицидов в Республике Беларусь. Демографические и статистические закономерности, так же как и характер динамики уровня суицидов в Беларуси, подробно обсуждались в других источниках [3]. Максимальный за последние несколько десятилетий уровень суицидов в республике (35,3/100000 населения) был зарегистрирован в 1996 году [6, 7]. За десять лет к (2005 году) показатель плавно снизился до 30,7/100000, что позволяет предположить наметившуюся позитивную тенденцию [6 – 9]. Тем не менее показатель остается высоким, по данным Европейского регионального офиса

ВОЗ, в 1996 – 2005 годах Беларусь занимала третье место в мире по уровню суицидов после Литвы (41/100000 – в 2003 году) и Российской Федерации (33,8/100000 – в 2003 году) [3].

Стоит отметить несколько важных демографических закономерностей, характерных для нашей страны, которые могут определять фокусные группы риска и стратегии профилактических вмешательств:

1) уровень суицидов примерно в 6 раз выше в мужской популяции, чем в женской (период с 1995 по 2005 год), причем рост показателя суицидов с 1988 по 1996 год происходил в основном за счет мужской подгруппы населения [3, 6 – 9].

2) уровень суицидов в сельской местности более чем в 2 раза превышает таковой в городе (например, 56,3 и 24,4 соответственно на 100000 каждой подгруппы населения в 2004 году);

3) уровни суицидов значительно выше в возрастных диапазонах старше 50 лет как в мужской, так и в женской популяции. В то же время темпы прироста уровня суицидов выше в молодой подгруппе населения (до 30 лет) [3, 6 – 9].

Суицидальный акт, независимо от его мотиваций и исхода, является индикатором душевного или соматического неблагополучия человека. Ряд исследований подтверждает это, указывая на более высокую частоту суицидальных действий (по сравнению с общей популяцией или контрольными группами) среди лиц, страдающих тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями (онкологические болезни, ВИЧ-инфекция, эпилепсия, постинсультные осложнения, хроническая почечная недостаточность и др.). Эти же исследования выявляют, как правило, более высокую частоту депрессии при этих болезнях, указывая тем самым на увеличение суицидального риска при коморбидных состояниях. Факторами, увеличивающими суицидальный риск при хронических соматических болезнях, являются: болевой синдром, прогрессирующее злокачественное течение заболевания, негативный прогноз, значительное нарушение физических функций и социальной адаптации, период подтверждения тяжелого диагноза, отсутствие социальной поддержки, сопутствующий диагноз депрессии [2, 5].

В настоящее время не вызывает никакого сомнения, что психические расстройства являются одним из самых существенных факторов риска суицида. В 2002 году экспертами ВОЗ были опубликованы результаты систематического обзора исследований связи суицида и психиатрического диагноза (основанных на методе психологической аутопсии), проведенных за период с 1959 по 2001 год [3]. В обзор было отобрано 31 исследование с общей численностью выборки 15629 случаев смерти в результате самоубийства. В 98 % случаев состояние человека на момент суицида соответствовало критериям диагноза какого-либо психического расстройства по МКБ 9-10 или DSM III-IV [4,6,9].

Наиболее частыми диагнозами среди лиц из общей популяции, никогда не госпитализировавшихся в психиатрический стационар (N = 8205), оказались следующие: расстройства настроения (депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство) – 35,8 %; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (в основном, зависимость от алкоголя) – 22,4 %; расстройства личности – 11,6 %; шизофрения – 10,6 %; тревожные и соматоформные расстройства – 6,1 % [7, 9]. Интересно то, что количество диагнозов превысило объем выборки: наиболее частым коморбидным состоянием оказалось совпадение депрессии и зависимости от алкоголя, что подтверждает результаты других исследований, подчеркивающих увеличение суицидального риска в случае сосуществования этих расстройств [2, 4, 5]. Можно заметить, что наибольшими «поставщиками» суицидов в общей популяции являются не психозы (шизофрения, хотя риск остается очень высоким), а депрессия, зависимость от алкоголя и расстройства личности – те расстройства, которые в общественном сознании (в том числе и многих врачей) воспринимаются не как болезнь, а как слабость характера, и оцениваются не с медицинских, а с бытовых морализаторских позиций. Результаты этого и других подобных исследований позволили сделать экспертам ВОЗ вывод о том, что раннее выявление и адекватное лечение психических расстройств является одной из основных стратегий снижения суицидального риска [4, 5, 9].

Раннее выявление психических расстройств и суицидального риска. Успешность реализации этой стратегии во многом зависит от способности врачей широкого круга специальностей диагностировать ряд психопатологических синдромов, связанных с риском суицидальных действий, на этапе до обращения пациента к психиатру. По ряду причин (социальная стигматизация специальности психиатра, сочетание ряда психических расстройств с соматическими болезнями, проявление депрессии и тревоги соматическими симптомами, низкая информированность населения о симптомах психических расстройств и учреждениях, где можно получить помощь специалиста, психологические защиты – стыд, отрицание болезни) очень часто первыми специалистами, с которыми сталкивается пациент, являются врачи терапевтического и хирургического профиля первичных звеньев здравоохранения.

Как было продемонстрировано в ряде исследований, расстройства настроения (прежде всего депрессия) являются наиболее частым диагнозом в выборках лиц, совершивших суицид [2]. Риск суицида при депрессии колеблется в пределах 6 – 15 % [2]. По данным ВОЗ, около 30 % пациентов, попадающих

в поле зрения врачей-непсихиатров, страдают депрессией. Около 60 % тех, кто нуждается в лечении в связи с этим расстройством, вначале обращаются к врачам общей практики [2]. По данным других исследований, 50 % суицидальных пациентов контактируют с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицидального акта, а 70 % из них посещают его за две недели до суицида или попытки [9]. В среднем врач общей практики сталкивается с суицидом среди своих пациентов каждые три с половиной года и с двумя суицидальными попытками – ежегодно [8, 9].

Таким образом, одной из важных стратегий снижения суицидального риска может являться повышение уровня диагностики ряда синдромальных психопатологических состояний (депрессия, психоз, тревога) и суицидального риска врачами лечебных специальностей и другими медицинскими работниками. В доказательство вероятной эффективности этой стратегии часто приводятся результаты профилактической программы, проведенной на острове Готланд (Швеция) в 1980-е годы. В программу входило обучение врачей общей практики более эффективному распознаванию и лечению депрессии. Обучение прошли 90 % врачей общей практики данного региона. Увеличение частоты назначения антидепрессантов врачами совпало со снижением уровня суицидов через год после обучения; через два года после закрытия программы уровень суицидов снова увеличился [3]. Очевидно, что проведение таких обучающих программ для врачей и среднего медицинского персонала в Республике Беларусь крайне необходимо на регулярной основе.

Преподнесение проблемы превенции суицидального поведения врачам лечебных специальностей концептуально можно разделить на две составляющие:

- первая – «объективная» – имеет отношение к предоставлению в достаточно большом объеме информации о симптомах наиболее значимых психических расстройств (расстройства настроения, зависимость от психоактивных веществ, расстройства личности, шизофрения и другие психозы), закономерностях аутоагрессивного поведения, критериях суицидального риска, тактике врача по дальнейшему оказанию помощи (кризисное вмешательство и направление к узкому специалисту), особенностях применения «Закона о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» при неотложных ситуациях. Сюда же входит и освещение с точки зрения доказательной медицины особенностей применения психотропных препаратов (антидепрессанты, антипсихотики, нормотимики) с целью минимизации суицидального риска при депрессии, шизофрении и других расстройствах;

- вторая составляющая – «субъективная» – связана с эмоциональной «заряженностью» темы суицида. Хорошо известно, что представления о суициде мифологизированы, наполнены религиозными предрассудками и моральными запретами. Суицидальное поведение индивидуума всегда вызывает эмоции вины, стыда, гнева и страха у близких людей и специалистов [8]. В связи с этим психологическое восприятие суицида врачом часто связано с комплексом психологических защит, базирующихся на общечеловеческих чувствах и предрассудках. Эти защиты снижают диагностическую чувствительность специалиста и могут вести к профессиональным ошибкам [1]. Например, одним из распространенных заблуждений врачей лечебных специальностей может быть представление о том, что диагностика депрессии и суицидального риска «не их дело», что часто ведет к игнорированию суицидальных признаков. Одна из самых распространенных ошибок – восприятие суицидальности с морализаторской и патерналистской позиции или опасение манипуляции со стороны пациента. Без анализа собственных эмоциональных реакций, возникающих в ответ на признаки суицидального поведения у пациента, невозможно адекватно реагировать и оказывать помощь. Кроме того, «субъективная» составляющая указывает и на важность оказания помощи как родственникам, пережившим суицид близкого, так и врачам, пережившим суицид пациента.

Очевидно, все вышеперечисленные нюансы преподавания тематики психиатрической суицидологии могут быть соответствующим образом трансформированы с учетом практических потребностей для обучения среднего медицинского персонала. В клинической ситуации медицинские сестры часто являются персоналом, более активно и длительно контактирующим с пациентами, чем врачи. Именно они первыми могут наблюдать признаки нарушенного поведения, отмечать суицидальные «знаки» и оказывать первичное терапевтическое вмешательство в экстренной ситуации. С медициной – понятно.

Возникает вопрос «Что же можно сделать с точки зрения педагогики, чтобы значительно снизить уровень возникновения депрессивных состояний и суицидального поведения у студенческой молодежи?»

Не секрет, что в настоящее время развитие науки и техники, постоянно увеличивающийся поток информации ведут к интенсификации учебного процесса в вузе. Это вызывает увеличение объема изучаемого материала, что в свою очередь ведет к повышению интенсивности и напряженности умственного труда студентов. Несовершенство механизмов адаптации к продолжительным умственным перегрузкам в сочетании с гиподинамией, как правило, приводят к снижению физических и психических возможностей студентов, к общему переутомлению организма и различным заболеваниям. К этому сле-

дует добавить следующие факторы: неблагоприятную экологическую обстановку; сложные экономические, социальные условия; недоверчивую и недоброжелательную атмосферу в семье; нервные стрессы; вредные привычки. Как следствие, уровень возникновения депрессивных состояний и суицидального поведения у студенческой молодежи достигает максимума.

Работая со студенческой молодежью, именно нам, педагогам, работникам образования и просвещения необходимо найти взаимопонимание и контакт, чтобы, воздействуя всеми возможными педагогическими методами и средствами, снизить уровень депрессивных состояний и суицидального поведения у студентов.

С точки зрения педагогического подхода, мы провели следующий эксперимент, который проводился на спортивно-педагогическом факультете среди студентов 1 – 4 курсов. В эксперименте участвовало 100 человек.

С целью выявления причин частых депрессивных состояний и суицидального поведения у студентов была предложена анкета следующего содержания:

1. Между членами семьи существуют хорошие, сердечные отношения?
2. Оказывается поддержка со стороны семьи.
3. Кроме мамы и отца есть другие люди, заботящиеся о ребенке? (бабушка, дедушка и т.д.).
4. Установлен ли заведенный порядок в доме? Если установленные правила периодически не поддерживаются, могут возникнуть проблемы?
5. Хорошие социальные навыки (умение общаться со сверстниками и взрослыми).
6. Доброжелательность к окружающим (если дети любящие и доброжелательные, то и их хочется любить).
7. Уверенность в себе, в своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей.
8. Умение обращаться за помощью при возникновении трудностей, например в учебе.
9. Стремление посоветоваться со взрослыми при необходимости принятия важных решений.
10. Способность контролировать свои импульсы; желание улучшить себя, открытость ко всему новому, способность к усвоению новых знаний.
11. Наличие близких друзей.
12. Участие в общественной жизни (в спортивных соревнованиях, клубах, обществах и т.д.).
13. Психические отклонения у родителей, особенно, аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания.
14. Злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антисоциального поведения у членов семьи.
15. История самоубийства и суицидальные попытки в семье.
16. Недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи.

В результате анкетирования выявлено, что 23 человека из 100 имеют факторы риска:

- частые депрессии у родителей;
- между членами семьи существуют недоброжелательные и недоверчивые отношения;
- сами студенты не умеют общаться со сверстниками и взрослыми;
- нет поддержки со стороны семьи;
- не умеют обращаться за помощью при возникновении трудностей;
- не уверены в себе;
- не способны контролировать свои импульсы;
- не участвуют в общественной жизни;
- имеют низкую самооценку;
- не имеют близких друзей;
- имеется наличие в семьях историй самоубийств и суицидальных попыток.

Нами была проделана соответствующая работа по внедрению ЗОЖ среди студентов, отнесенных к группе риска, а именно среди тех, кто из данной анкеты из 16 пунктов на 10 пунктов ответили отрицательно. Эти студенты активно привлекались к разнообразной работе творческого, физического, умственного, психологического и хозяйственного плана с точки зрения позитивного, эмоционально-оптимистического мышления (участие в спортивно-массовых мероприятиях: кроссы, легкоатлетические эстафеты, различные соревнования среди факультетов, участие в научных конференциях, туристические походы; познавательные экскурсии в музеи, на выставки, волонтерское движение: посещение детского дома, творческая работа с детьми в воскресной школе).

По истечении полугода снова проводилось анкетирование. В результате было выявлена положительная динамика, а именно после проведения повторного анкетирования результаты улучшились. Из 23 студентов, которые были отнесены к группе риска, 15 человек улучшили свое отношение к жизни,

а только 8 по-прежнему имеют негативные позиции, степень риска и, соответственно, депрессивные состояния и суицидальное поведение.

Результаты проведенной работы по внедрению ЗОЖ среди студентов позволили сделать следующие **выводы**:

- 1) постоянная загруженность добрыми делами не дает время для размышления о возникновении депрессивных состояний и суицидального поведения;
- 2) появилась уверенность в себе и доброжелательность к окружающим;
- 3) появилось много новых знакомых;
- 4) волонтерское движение дало возможность раскрыть свои таланты, почувствовать себя нужным и необходимым кому-то, что повысило личностную самооценку;
- 5) появилась способность к умению общаться с окружающими;
- 6) регулярные занятия физической культурой и туризмом (кроссы, соревнования среди факультетов, плавание, аэробика, фитнес, туристические походы, занятия в тренажерном зале и т.д.) улучшили спортивную форму и общее физическое самочувствие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э. Дюркгейм; пер. с франц. – 2-е изд. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
2. Клинико-эпидемиологическое исследование суицидального поведения среди жителей г. Минска: метод. рекомендации / В.Б. Позняк [и др.]. – Минск: БГМУ, 2001. – 15 с.
3. Ласый, Е.В. Анализ распространенности суицидов в Республике Беларусь / Е.В. Ласый // Медицина. – 2004. – № 3. – С. 6 – 10.
4. Насилие и его влияние на здоровье: докл. о ситуации в мире / под ред. Э.Г. Круга [и др.]; пер. с англ. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. – 376 с.
5. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М.: Смысл, 2002. – 127 с.
6. Статистический ежегодник Республики Беларусь (Statistical Yearbook of the Republic of Belarus). 1998 / М-во статистики и анализа Респ. Беларусь. – Минск, 1998. – 588 с.
7. Статистический ежегодник Респ. Беларусь (Statistical Yearbook of the Republic of Belarus). 1999 / М-во статистики и анализа Респ. Беларусь. – Минск, 1999. – 585 с.
8. Статистический ежегодник Республики Беларусь. 2003 / М-во статистики Респ. Беларусь. – Минск, 2003. – 607 с.
9. Статистический ежегодник Республики Беларусь. 2005 / М-во статистики Респ. Беларусь. – Минск, 2005. – 592 с.

Поступила 30.04.2009