

АЛКОГОЛЬ И СУИЦИДЫ В БЕЛАРУСИ

Ю.Е.Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Представлен обзор литературных данных, посвященных изучению взаимосвязи между алкоголем и суицидами в Беларуси. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных на индивидуальном и популяционном уровнях, подтверждают тот факт, что алкоголь является важной детерминантой высокого уровня суицидов, а также колебаний уровня этого показателя в Беларуси на протяжении последних десятилетий. Отечественный опыт в области алкогольной политики свидетельствует о том, что ограничение доступности алкоголя – это эффективная мера снижения уровня суицидов.

Самоубийство является актуальной медико-социальной проблемой современности, демонстрирующей тенденцию к росту во многих странах мира [1–4]. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2020 году число жертв суицида составит около 1,5 миллионов человек [5]. Рост уровня суицидального поведения в современном обществе обуславливает необходимость изучения этого феномена с целью разработки стратегии профилактики. Существование взаимосвязи между суицидом и злоупотреблением алкоголем предполагается а priori, поскольку оба эти феномена являются моделями саморазрушительного поведения [6]. Как острая, так и хроническая алкогольная интоксикация – основной поведенчески модифицируемый фактор, ассоциирующийся с суицидальной активностью [7]. Острая алкогольная интоксикация может являться триггером суицидального поведения, провоцируя депрессивные мысли, с одной стороны, и снижая антисуицидальный барьер, с другой [8]. Кроме того, в критической ситуации алкогольная интоксикация нарушает когнитивные функции, сужая фокус внимания и ингибируя генерацию и применение эффективных копинг-стратегий профилактики психологического дистресса [9]. Исследования на индивидуальном уровне неопровержимо свидетельствуют о том, что суицид является частым спутником злоупотребления алкоголем. Согласно данным отечественных исследователей, 60% умерших от самоубийства и около 40% покушавшихся на него злоупотребляли алкоголем, по крайней мере, в течение последнего года, предшествовавшего суициду [6]. Результаты недавнего исследования, проведенного с помощью метода ретроспективной психологической аутопсии, показали, что 68% мужчин и 29% женщин, покончивших жизнь самоубийством, были проблемными пьяницами либо страдали алкогольной зависимостью [10]. В обзоре работ, посвященных взаимосвязи между острой алкогольной интокси-

кацией и суицидальным поведением, опубликованных за период с 1991 по 2001 год, указывается, что алкоголь в крови был обнаружен у 10–69% жертв завершеного суицида и у 10–73% лиц, совершивших суицидальные попытки [8].

Длительное время исследователи уделяли мало внимания изучению взаимосвязи между алкоголем и суицидом на популяционном уровне. Причиной такого игнорирования было утверждение Э.Дюркгейма об отсутствии такого рода связи [11]. Однако в последние десятилетия были получены убедительные данные, указывающие на то, что изменения общего уровня потребления алкоголя сопровождаются синхронными изменениями уровня суицидов [12–14]. Причем наиболее отчетливо связь между двумя переменными прослеживается в периоды так называемых натуральных экспериментов, когда доступность алкоголя по каким-либо причинам резко ограничивается. Так, например, уровень суицидов снизился в период "сухого" закона в США [15]. Снижение уровня потребления алкоголя во время второй мировой войны в Швеции и Франции сопровождалось снижением уровня самоубийств [16]. Блокада Дании в период первой мировой войны привела к дефициту многих продуктов питания, а также алкоголя [17]. Снижение уровня продажи алкоголя в период с 1916 по 1918 год в 4,4 раза сопровождалось снижением уровня суицидов среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 5,3 раз, в то время как число самоубийств среди остального населения существенно не изменилось. С помощью анализа временных серий было установлено, что снижение уровня продажи алкоголя сопровождается снижением уровня суицидов в общей популяции на 2,5% [17]. Приведенные данные убедительно показывают, что снижение уровня суицидов в Дании явилось следствием ограничения доступности алкоголя, а не эффектом обстановки военного времени.

Шведский исследователь T.Norstrom предположил, что связь между алкоголем и суицидом на популяционном уровне будет более тесной в "сухой" алкогольной культуре с низким общим уровнем потребления алкоголя и высоким удельным весом абстинентов, нежели в "мокрой" алкогольной культуре [16]. Для этого имеется несколько предпосылок. Во-первых, поскольку в "сухой" культуре удельный вес многопьющих в общей популяции меньше, то среди лиц, зависимых от алкоголя, предположительно преобладают алкоголики второго типа алкоголизма по Клонингеру, т.е. лица с генетической предрасположенностью к агрессивному, аутоагрессивному и антисоциальному поведению. Во-вторых, в "сухой" культуре лица, злоупотребляющие алкоголем, подвержены большей стигматизации и, поэтому, менее социально интегрированы. Кроме того, в "сухой" культуре преобладает интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя, который характеризуется употреблением больших доз крепких алкогольных напитков в течение короткого промежутка времени. Как известно, острая алкогольная интоксикация оказывает дезингибирующий эффект, переводя суицидальные мысли в действия [9]. Эти теоретические предпосылки были подтверждены результатами анализа временных серий с использованием данных из Франции и Швеции за период с 1930 по 1987 год, согласно которым более тесная связь между алкоголем и суицидом существует во Франции, нежели в Швеции [16]. Анализ временных серий, основанный на данных из 14 стран Западной Европы, показал существование более тесной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств в странах Северной Европы по сравнению со странами Южной Европы, что является подтверждением гипотезы T.Norstrom [18].

Многие исследователи считают, что алкоголь является ключевым фактором резкого колебания уровня суицидов в славянских республиках бывшего Советского Союза в 80-х и 90-х годах прошлого века [14, 19–23]. Гипотеза о ключевой роли алкоголя в суицидальной активности на постсоветском пространстве основывается на совпадении тенденций уровня потребления алкоголя и уровня самоубийств. С помощью анализа временных серий, основанного на данных по Российской Федерации за период с 1965 по 1999 г., установлено, что повышение уровня потребления алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня суицидов в общей популяции на 12% (13% среди мужчин и 6% среди женщин) [21]. Важным свидетельством в пользу гипотезы о ключевой роли

алкоголя в резком колебании уровня самоубийств в бывших советских республиках является тот факт, что в период антиалкогольной кампании наблюдалось резкое снижение уровня суицидов, а также уровня связанной с алкоголем смертности среди мужчин среднего, трудоспособного возраста [12, 21, 23]. Именно для мужчин среднего возраста характерен высокий уровень связанных с алкоголем проблем [24]. Кроме того, колебания уровня самоубийств во второй половине 1980-х и первой половине 1990-х гг. были менее выражены в бывших советских республиках Центральной Азии, где проживает преимущественно мусульманское население, и вследствие религиозных запретов уровень потребления алкоголя низок [14]. Несмотря на чрезвычайную актуальность проблемы взаимосвязи между алкоголем и суицидами, имеется лишь несколько работ, посвященных содержанию алкоголя в крови у жертв суицида в бывших советских республиках. В одной из них А.В. Немцов показал, что в России в период антиалкогольной кампании число суицидов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения (САК-позитивных), снизилось на 55%, в то время как число САК-негативных суицидов существенно не изменилось [21]. В другом исследовании было установлено, что в Эстонии в период антиалкогольной кампании число САК-позитивных самоубийств снизилось на 39,4%, а число САК-негативных суицидов увеличилось на 3% [23].

Беларусь, как и другие славянские республики бывшего Советского Союза, относится к странам с высоким уровнем суицидов [1]. В период с 1970 по 2008 год уровень суицидов в Беларуси вырос на 56,3% (с 17,6 до 27,5 на 100 тыс. населения). На протяжении последних десятилетий уровень суицидов в Беларуси был подвержен значительным колебаниям: после резкого снижения в середине 1980-х гг., этот показатель существенно вырос во второй половине 1990-х гг., после чего стабилизировался [25–27]. Предполагается, что, ключевым фактором, обусловившим эти колебания, был алкоголь [25, 28, 29]. Уровень продажи алкоголя в Беларуси в 2008 году составил 13 литров на каждого жителя старше 15 лет, а совокупный уровень потребления алкоголя (с учетом незарегистрированного алкоголя) достиг 19 литров на каждого взрослого жителя, что является одним из самых высоких показателей в мире [24]. Учитывая существование тесной ассоциации между алкоголем и суицидами на индивидуальном и популяционном уровнях, можно предположить, что алкоголь является ключевым фактором, обуславливающим высокий уровень самоубийств в рес-

публике. Это подтверждается результатами многих исследований, проведенных на индивидуальном и популяционном уровнях [12, 30, 31].

Анализ половых и возрастных коэффициентов суицидов показал, что пик суицидальной активности среди мужчин приходится на возраст 40–60 лет, т.е. чаще всего кончают жизнь самоубийством мужчины среднего, трудоспособного возраста [2]. Пик суицидальной активности в зрелом возрасте принято объяснять гормональной перестройкой, изменением иерархии ценностей (кризис середины жизни) и другими факторами [32]. Однако не менее важным представляется алкогольный фактор. Согласно литературным данным, средний возраст лиц, страдавших алкогольной зависимостью и покончивших жизнь самоубийством, составляет 47 лет [6].

Косвенным подтверждением важной роли алкогольного фактора в этиологии суицидального поведения мужчин среднего возраста является тот факт, что пик уровня смертности от острых алкогольных отравлений среди мужчин приходится на возраст 40–54 года [24]. Важным аргументом в пользу тесной связи между алкоголем и суицидом на индивидуальном уровне является распределение суицидов по дням недели, которое характеризуется неравномерностью. Снижение числа суицидов отмечается в субботу, а затем наблюдается их рост на 45% в воскресенье и понедельник [33]. В какой-то степени увеличение числа суицидов в воскресенье можно объяснить "синдромом выходного дня". Однако высокий уровень самоубийств в понедельник вряд ли укладывается в рамки этой гипотезы. Гораздо логичнее объяснить различия в распределении уровня суицидов в течение недели стилем употребления алкоголя, когда большая часть его недельной нормы выпивается в выходные дни. Подтверждением этой гипотезы может служить тот факт, что пик острых алкогольных отравлений также приходится на выходные дни [2]. Более низкий уровень самоубийств в субботу и высокий – в воскресенье и понедельник может означать, что алкогольный суицид чаще совершается не на высоте запоя, а в период абстиненции.

Один из показателей степени взаимосвязи между алкоголем и суицидом – удельный вес лиц, покончивших жизнь самоубийством в состоянии алкогольного опьянения. Согласно данным Государственной службы медицинских судебных экспертов Беларуси, более 60% мужчин и более 30% женщин, покончивших жизнь самоубийством, на момент смерти были САК-позитивными [30, 34]. В разных возрастных группах удельный вес САК-

позитивных суицидов варьирует. Наибольший удельный вес "пьяных" суицидов среди мужчин отмечается в возрасте 30–59 лет, а среди женщин в возрасте 19–39 лет. Общая закономерность для обоих полов – снижение удельного веса САК-позитивных суицидов в старших возрастных группах. Заслуживает внимания то обстоятельство, что если в возрастной группе до 18 лет удельный вес случаев самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, среди мужчин и женщин примерно одинаков, то в возрастной группе 60–69 лет этот показатель среди мужчин в 3 раза выше, чем среди женщин. Алкоголь в моче был обнаружен у 52,9% мужчин и 19,1% женщин, совершивших суицид. Поло-возрастной паттерн содержания алкоголя в моче у жертв суицида в целом соответствует паттерну содержания алкоголя в крови, хотя удельный вес случаев содержания алкоголя в моче несколько ниже.

Средняя концентрация алкоголя в крови на момент смерти составила 2,2 промилле для мужчин и 2,1 промилле для женщин, что соответствует средней степени опьянения [34]. Почти во всех возрастных группах мужчин содержание алкоголя в крови соответствует среднему показателю. Среди женщин возрастных групп 50–59 и 60–69 лет содержание алкоголя в крови было ниже среднего уровня. Средняя концентрация алкоголя в моче составила 2,9 промилле для мужчин и 2,7 промилле для женщин [34]. Практически во всех половых и возрастных группах данный показатель оказался несколько выше концентрации алкоголя в крови, что указывает на то, что суицид, как правило, совершается в фазе элиминации алкоголя.

Важные аргументы в пользу существования тесной взаимосвязи между алкоголем и суицидами в Беларуси были получены с помощью исследований, проведенных на популяционном уровне. Анализ временных серий с использованием данных за период с 1970 по 2005 год показал, что уровень суицидов тесно коррелирует с уровнем смертности от острых алкогольных отравлений [26], а также с уровнем заболеваемости алкогольными психозами [29]. При этом было установлено, что если уровень суицидов и острых алкогольных отравлений среди мужчин коррелирует во всех возрастных группах, то среди женщин эта связь существует только в возрастных группах 15–24, 25–34 и 65–74 года [12]. Тесная связь между потреблением алкоголя и суицидами была показана с использованием данных за период с 1980 по 2005 год. Установлено, что увеличение общего уровня потребления алкоголя ассоциируется с ростом уровня суицидов в общей популяции на 6,6%

(7,4% среди мужчин и 3,1% среди женщин) [25]. Тот факт, что ассоциация между алкоголем и суицидом более тесная для мужчин, нежели для женщин, говорит о том, что алкогольный суицид является преимущественно мужским феноменом. Что касается связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов в разных возрастных группах, то увеличение общего уровня потребления алкоголя на 1 литр ассоциируется с ростом уровня суицидов среди мужчин в возрасте 15–25 лет на 7,3%, 30–44 лет – на 8,2%, 45–59 лет – на 8,2%, 60–74 лет – на 8,3%, а также среди женщин в возрасте 30–44 года на 4,7% и в возрасте 45–59 лет на 3,9% [25]. Таким образом, сила связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств среди мужчин примерно одинакова во всех возрастных группах, а среди женщин эта связь наиболее выражена в возрастной группе 30–44 года.

Приведенные данные говорят о том, что степень взаимосвязи между алкоголем и суицидом в Беларуси приблизительно такая же, как и в скандинавских странах, что не согласуется с гипотезой T.Norstrom относительно более тесной связи алкоголя и суицидов в "сухой" культуре, поскольку Беларусь относится к странам с "мокрой" алкогольной культурой. Наиболее вероятная причина, объясняющая это противоречие, – преобладание в Беларуси интоксикационно-ориентированного стиля потребления алкоголя, что косвенно подтверждают результаты исследования, в котором было показано, что уровень суицидов в Беларуси в большей степени ассоциируется с уровнем продажи водки, нежели с общим уровнем продажи алкоголя [22]. При этом было установлено, что повышение уровня продажи водки на 1% сопровождается ростом уровня суицидов среди мужчин на 0,57%, а среди женщин на 0,24%. Было также показано, что наиболее тесная корреляция между уровнем продажи водки и уровнем суицидов существует для мужчин возрастных групп 45–54 лет ($r=0,79$; $p=0,000$) и 55–64 лет ($r=0,78$; $p=0,000$) [12].

В контексте изучения влияния алкогольного фактора на уровень и динамику суицидов представляет интерес динамика уровня САК-позитивных самоубийств. В исследовании, проведенном с использованием данным Государственной службы медицинских судебных экспертиз за период с 1979 по 2007 год, показано, что число суицидов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения (САК+), выросло на 47,7% (с 10,7 до 15,8 на 100 тыс. населения), а число "трезвых" (САК-) самоубийств увеличилось на 31,4% (с 7 до 9,2 на 100 тыс. населения) [20]. При этом динамика числа

САК-позитивных и САК-негативных самоубийств в этот период существенно различалась. В первую очередь эти различия заключались в более быстрых темпах прироста числа САК-позитивных суицидов. В период с 1988 по 1998 год число САК-позитивных суицидов выросло на 159,4% (с 9,1 до 17,9 на 100 тыс. населения), в то время как число САК-негативных суицидов увеличилось на 36,6% (с 7,1 до 9,7 на 100 тыс. населения). Кроме того, число САК-позитивных суицидов существенно снизилось в период антиалкогольной кампании 1984–1986 гг., в то время как число САК-негативных самоубийств снизилось незначительно. Так, в период с 1984 по 1986 год число "пьяных" самоубийств снизилось на 54,5% (с 15,4 до 7 на 100 тыс. населения), а число "трезвых" самоубийств снизилось только на 7,1% (с 7 до 6,5 на 100 тыс. населения). Вследствие резкого снижения уровня САК-позитивных суицидов в период антиалкогольной кампании их удельный вес в структуре самоубийств снизился с 68,8% в 1984 году до 49,3% в 1988 году. Сам по себе факт резкого снижения уровня САК-позитивных суицидов в середине 80-х годов прошлого века свидетельствует в пользу существования тесной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов. В среднем, за весь рассматриваемый период у 62% жертв суицида был обнаружен алкоголь в крови. Следует отметить, что удельный вес САК-позитивных суицидов в Беларуси в начале 80-х годов прошлого века (68,5%) существенно превышал аналогичный показатель в России (60,2%) [21] и Эстонии (47,9%) [23].

Анализ временных серий, проведенный с использованием метода авторегрессии-проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС), показал наличие тесной связи между динамикой уровня потребления алкоголя и числом САК-позитивных суицидов и отсутствие таковой для САК-негативных суицидов [28]. Согласно полученным коэффициентам регрессии увеличение уровня потребления алкоголя на 1 литр сопровождается ростом числа САК-позитивных самоубийств на 10,9%. Было также показано, что число САК-позитивных самоубийств тесно коррелирует с числом умерших от острых алкогольных отравлений [28], а также с числом пациентов, пролеченных по поводу алкогольных психозов [27].

Снижение уровня самоубийств в середине 1980-х гг. ассоциируется с антиалкогольной кампанией и резким ограничением продажи алкоголя [20]. В то же время, существует гипотеза, согласно которой снижение уровня самоубийств в середине 80-х годов в бывшем Советском Союзе было

обусловлено перестройкой и связанными с нею социальным оптимизмом и ожиданием перемен [35]. Однако то обстоятельство, что в период антиалкогольной кампании резко снизилось число самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, в то время как число самоубийств в трезвом состоянии практически не изменилось, говорит в пользу алкогольной гипотезы [20]. Кроме того, максимальное снижение уровня суицидов в период антиалкогольной кампании отмечалось среди мужчин молодого и среднего возраста, т.е. среди основных потребителей алкогольной продукции [12].

Среди отечественных и зарубежных экспертов продолжается дискуссия относительно факторов, вызвавших резкий рост числа самоубийств в бывших советских республиках в первой половине 90-х годов прошлого века. В то время как одни склонны считать главным виновником алкоголь [10, 12, 21, 36], другие указывают на важную роль психосоциального дистресса, вызванного социально-экономическим кризисом [37, 38]. Дискуссия на эту тему осложняется амбивалентной ролью алкоголя в кризисе суицидальной активности в переходный период, поскольку, с одной стороны, злоупотребление алкоголем служит проявлением психосоциального дистресса, а с другой – повышение доступности алкоголя в этот период привело к резкому росту его потребления и по механизму обратной связи усилило психосоциальный дистресс. Вероятнее всего резкий рост уровня самоубийств в 1990-х гг. был обусловлен сочетанным влиянием алкогольного фактора и фактора психосоциального дистресса. Социально-экономический кризис, вызванный распадом Советского Союза и переходом к рыночной экономике, стал причиной психосоциального дистресса, что, в свою очередь, привело к повышению спроса на алкоголь как универсальный транквилизатор и средство патологической адаптации. Это повышение спроса сочеталось с увеличением доступности алкоголя вследствие отмены государственной монополии в 1992 году [24]. Отметим, что в Беларуси в период с 1990 по 1995 год наибольший прирост уровня самоубийств отмечался среди мужчин возрастной группы 45–54 года (+69,6%, или с 71,47 до 121,19 на 100 тыс. населения) и среди возрастной группы 55–64 года (+73,8%, или с 54,64 до 94,97 на 100 тыс. населения) [24]. Резкий рост уровня суицидов среди мужчин среднего возраста в первой половине 1990-х гг. может свидетельствовать как в пользу гипотезы стресса, так и в пользу алкогольной гипотезы, поскольку, во-первых, именно на эту груп-

пу населения легла основная тяжесть кризиса переходного периода, а, во-вторых, уровень связанных с алкоголем проблем среди мужчин среднего возраста наиболее высок [24]. Однако тот факт, что в 1990-х гг. темпы прироста числа САК-позитивных самоубийств значительно превышали темпы прироста числа САК-негативных самоубийств, свидетельствует о том, что алкоголь не ограничивается посреднической ролью между стрессом и суицидами, а является самостоятельным важным этиологическим фактором последних.

С момента становления социальной статистики как научной дисциплины в конце XVIII – начале XIX века, предметом научных исследований стали устойчивые региональные отличия показателя самоубийств [11, 32]. В качестве причин, ответственных за этот феномен, рассматривались физико-географические, климатические, этногенетические, социокультуральные, экономические и другие факторы [11, 32, 39]. Однако на сегодняшний день ни одна из перечисленных гипотез не получила достаточного научного подтверждения, что, вероятнее всего, объясняется многофакторной природой самоубийства. Ранее было показано, что уровень самоубийств значительно варьирует в разных регионах Беларуси, причем эти различия носят устойчивый характер [1, 40]. На территории республики прослеживается градиент "север – юг" с более высоким уровнем суицидов в северных регионах страны (северные районы Минской области, Витебская, Могилевская и Гродненская области) и более низким уровнем в южной ее части (южные районы Минской области, Брестская и Гомельская области). Схожий характер пространственной дифференциации показателя самоубийств в направлении "север – юг" отмечается и в других странах Европы (Италия, Франция, европейская часть России) [41]. В целом, на территории европейского континента обнаружена тенденция к росту уровня суицидов в направлении с юго-запада на северо-восток [32, 41]. То обстоятельство, что взаимосвязь между суицидами и алкоголем на популяционном уровне была продемонстрирована в многочисленных кросс-секционных и лонгитудинальных исследованиях [9, 15, 21], дает основание предположить, что региональные различия в уровне суицидов в Беларуси могут быть обусловлены алкогольным фактором. Анализ динамики уровня суицидов и уровня заболеваемости алкогольными психозами в различных регионах республики за период с 1990 по 2005 год показал, что региональные вариации уровня суицидов и уровня заболеваемости алкогольными психозами соответствуют общей закономер-

ности, согласно которой уровень заболеваемости алкогольными психозами наиболее высок в регионах с максимальным уровнем суицидов, и наоборот [7]. Исключение составляет город Минск, где средний показатель уровня самоубийств за рассматриваемый период был минимальным, а уровень заболеваемости алкогольными психозами одним из самых высоких. Сложно предположить гипотезу, удовлетворительно объясняющую этот диссонанс. Вероятно, он обусловлен влиянием каких-то специфических причинных факторов, действующих в столичном регионе. Среди этих факторов могут быть уровень благосостояния населения, специфика социокультурной сферы, доступность алкоголя, порядок проведения аутопсий и т.д. В целом существование тесной связи между показателем заболеваемости алкогольными психозами и показателем суицидов в регионах республики может свидетельствовать в пользу гипотезы, согласно которой алкоголь является одним из факторов региональных вариаций уровня суицидов в Беларуси.

Результаты эпидемиологических исследований говорят о том, что в последние десятилетия во многих странах мира отмечаются рост уровня суицидов среди сельского населения, а также увеличение соотношения уровня этого показателя среди сельских и городских жителей [42–44]. Высокий уровень суицидов среди сельских жителей отмечается также в Беларуси [1]. Анализ данных официальной статистики показал, что в период с 1990 по 2005 год уровень самоубийств среди городских мужчин вырос на 21,3% (с 31,96 до 38,79 на 100 тыс. населения), а среди сельских мужчин на 87,7% (с 50,48 до 94,73 на 100 тыс. населения), в результате чего соотношение уровня этого показателя среди сельских и городских мужчин выросло с 1,42 до 2,25. В этот же период уровень суицидов среди городских женщин снизился на 12,4% (с 7,74 до 6,78 на 100 тыс. населения), а среди сельских женщин вырос на 34,3% (с 8,69 до 11,67 на 100 тыс. населения), вследствие чего соотношение уровня самоубийств среди сельских и городских женщин выросло с 0,95 до 1,34 [45]. Социокультуральные особенности сельского образа жизни, взаимодействуя с традиционными факторами риска (пол, депрессия, злоупотребление алкоголем) способствуют высокому уровню суицидов среди сельских жителей. Согласно теории Э.Дюркгейма, социальная изоляция, т.е. недостаточная степень социальной интеграции, является одним из основных факторов риска суицида [11]. Понятие "социальная интеграция" подразумевает принадлежность к определенной социальной груп-

пе, поддержание межличностных связей, а также другие формы социальной активности. Показателем степени социальной изоляции на индивидуальном уровне является проживание в одиночестве и отсутствие социальной поддержки, а на популяционном уровне – степень урбанизации [39]. Низкая плотность населения в сельской местности может являться причиной большей социальной изолированности сельских жителей. Кроме того, постепенная депопуляция, связанная с миграцией сельской молодежи в город, приводит к нарушению социальных связей [43]. В некоторой степени высокий уровень суицидов в сельской субпопуляции обусловлен феноменом "отрицательной селекции", а также деформацией половой структуры сельского населения в виде дисбаланса полов, вызванной разнотемпной динамикой миграции мужчин и женщин из села в город [46]. Вследствие того, что миграционный отток молодых женщин из села в город превышает отток мужчин, для современной деревни характерен высокий уровень безбрачия мужчин. Известно, что уровень суицидов, а также уровень связанных с алкоголем проблем среди холостых мужчин значительно выше, чем среди женатых [47].

Важным фактором риска суицида является социально-экономическая депривация [48]. В странах Западной Европы уровень суицидов среди мужчин линейно снижается по мере повышения социально-экономического статуса [4]. Зависимость между социально-экономическим статусом и уровнем суицидов среди женщин выражена в меньшей степени. Низкий социально-экономический статус, как правило, ассоциируется с более высоким уровнем психических расстройств, которые, в свою очередь, повышают риск суицида [47]. В Беларуси уровень доходов сельских жителей значительно ниже доходов горожан, что может являться фактором относительной материальной депривации, которая, в свою очередь, повышает риск суицида [45]. Перечисленные неблагоприятные социально-экономические факторы являются коррелятами и важными предикторами высокого уровня самоубийств среди сельских жителей. Однако имеются основания полагать, что непосредственным виновником такой ситуации является алкоголь. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты недавнего исследования, в котором было показано, что в период с 1990 по 2005 год имела место тесная корреляция между уровнем суицидов и уровнем смертности от острых алкогольных отравлений для сельских жителей при отсутствии таковой для городских жителей [45]. Следует также отметить, что в этот пери-

од значительно вырос коэффициент, отражающий соотношение уровня самоубийств среди мужчин и женщин: для городской субпопуляции с 4,1 до 5,7, а для сельской субпопуляции с 5,8 до 8,1 [45]. Это косвенно может свидетельствовать в пользу ключевой роли алкогольного фактора в генезе градиента уровня самоубийств между сельской и городской субпопуляциями, поскольку динамика этого коэффициента тесно коррелирует с динамикой уровня продажи водки [19].

Несмотря на имеющиеся убедительные данные относительно существования тесной связи между суицидами и алкоголем, остается целый ряд вопросов, которые требуют дальнейшего исследования. Одним из них является различие в сезонной вариации уровня суицидов и уровня связанных с алкоголем проблем. В Беларуси, как и в других странах, расположенных в северном полушарии, сезонный паттерн суицидов характеризуется ростом летом и снижением зимой [2]. До настоящего времени этот феномен не получил четкого научного объяснения. В качестве возможных причин сезонной вариации уровня суицидов называют метеорологические факторы (температура, длительность светового дня, интенсивность и спектральный состав солнечного света), социальные (сезонные вариации социальной активности) и биологические факторы (сезонные вариации центральной серотонинергической активности и уровня мелатонина) [49–51]. Несмотря на существование тесной корреляции между суицидами и острыми алкогольными отравлениями, смертность от алкогольных отравлений демонстрирует обратный по отношению к суицидам сезонный паттерн [2]. Тем не менее, сезонное распределение уровня самоубийств коррелирует с сезонным уровнем продажи алкоголя, что укладывается в концепцию этиологической общности суицидального поведения и алкоголизма.

Таким образом, результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют в пользу того, что алкоголь является важной, если не ключевой, детерминантой высокого уровня суицидов, а также колебаний уровня этого показателя в Беларуси на протяжении последних десятилетий. Анализ литературных данных позволил определить основные социально-эпидемиологические корреляты алкогольного суицида: мужской пол, средний возраст, злоупотребление алкоголем, проживание в сельской местности. Знание основных факторов риска суицидального поведения необходимо для разработки и реализации научно обоснованной стратегии профилактики. Отечественный опыт в области алкогольной политики говорит о том, что

ограничение доступности алкоголя – эффективная мера снижения уровня суицидов. Важной стратегией также является улучшение профилактической работы в группе риска совершения суицида. Согласно результатам ретроспективной психологической аутопсии, проведенной в Хойникском районе Гомельской области, 70% жертв суицида злоупотребляли алкоголем, однако только 4,2% из них состояли на учете у нарколога, а 9,8% – у психиатра [52]. Эти данные говорят о том, что лучшее выявление лиц, имеющих высокий риск совершения суицида, и оказание им психотерапевтической помощи являются потенциальным ресурсом, использование которого позволит снизить уровень самоубийств. Актуальна также задача реализации образовательных программ, направленных на улучшение информированности населения относительно симптомов депрессии, а также на уменьшение стигматизации психических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ласый, Е.В. Анализ распространенности суицидов в Республике Беларусь / Е.В.Ласый // Медицина. – 2004. – №3. – С.3-6.
2. Разводовский, Ю.Е. Эпидемиология самоубийств / Ю.Е.Разводовский // Медицинские новости. – 2005. – №1. – С.24-27.
3. Douglas, J.D. The social meaning of suicide / J.D.Douglas. – New Jersey: Princeton University Press, 1967.
4. Lorant, V. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. / V.Lorant // The British Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol.187. – P.49-54.
5. WHO Euro multicenter study on parasuicide. Facts and figures / Ed. U.Bille-Brache. – Copenhagen, 1993. – 193 p.
6. Амбрумова, А.Г. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме / А.Г.Амбрумова, Е.А.Чуркина. – М., 1980. – 16 с.
7. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: региональный аспект взаимосвязи / Ю.Е.Разводовский // Материалы международной научно-практической конференции "Охрана психического здоровья: перспективы развития в XXI веке". – Гродно, 2007. – С.120-123.
8. Cherpitel, C.J. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature / C.J.Cherpitel, L.G.Borges, H.C.Wilcox // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Vol.28. – No.5. – P.18-28.
9. Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior / M.R.Hufford // Clin. Psychol. Rev. – 2001. Vol.21. – P.797-811.
10. Kolves, K. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study / K.Kolves, A.Varnik, L.M.Tooding // Psychological Medicine. – 2006. – Vol.2. – P.1-8.
11. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э.Дюркгейм. – СПб, 1998. – 492 с.

12. *Разводовский, Ю.Е.* Алкоголь и самоубийства: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е.Разводовский // Журнал неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. – 2004. – №2. – С.48-52.
13. *Wasserman, D.* Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR / D.Wasserman, A.E.Varnic, G.Eklund // Acta Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol.394. – P.26-33.
14. *Lester, D.* The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations / D.Lester // Alcohol and Alcoholism. – 1995. – Vol.13. – P.98-100.
15. *Caces, P.* Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984-1987 / P.Caces, T.Harford // J. Studies Alcohol. – 1998. – Vol.59. – P.455-461.
16. *Norstrom, T.* Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden / T.Norstrom // Addiction. – 1995. – Vol.90. – P.1463-1469.
17. *Skog, O.J.* Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 – experiences from a "natural experiment" / O.J.Skog // Addiction. – 1993. – Vol.88. – P.1189-1193.
18. *Ramstedt, M.* Alcohol and suicide in 14 European countries / M.Ramstedt // Addiction. – 2001. – Vol.96. – P.59-75.
19. *Разводовский, Ю.Е.* Алкоголь и суициды в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2006. – №4. – С.55-56.
20. *Разводовский, Ю.Е.* Потребление алкоголя и суициды в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Вопросы наркологии. – 2008. – №6. – С.67-71.
21. *Nemtsov, A.V.* Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 / A.V.Nemtsov // Drug and Alcohol Dependence. – 2003. – P.71, 161-168.
22. *Razvodovsky, Y.E.* The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis / Y.E.Razvodovsky // Alcoholism. – 2001. – Vol.2. – P.35-43.
23. *Varnik, A.* Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? / A.Varnik, K.Kolves, M.Vali, L.Tooding, D.Wasserman // Addiction. – 2006. – Vol.102. – P.251-256.
24. *Разводовский, Ю.Е.* Индикаторы алкогольных проблем в Беларуси / Ю.Е.Разводовский. – Гродно, 2008. – 68 с.
25. *Разводовский, Ю.Е.* Потребление алкоголя и суициды в Беларуси: сравнительный анализ трендов / Ю.Е.Разводовский // Медицинская панорама. – 2009. – №5. – С.58-60.
26. *Разводовский, Ю.Е.* Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №1. – С.12-17.
27. *Razvodovsky, Y.E.* Alcohol and suicide in Belarus / Y.E.Razvodovsky // Psychiatria Danubina. – 2009. – No.3. – P.290-296.
28. *Razvodovsky, Y.E.* Alcohol consumption and suicide rate in Belarus / Y.E.Razvodovsky // Psychiatry Danub. – 2006. – Vol.18 (Suppl.1). – P.64.
29. *Razvodovsky, Y.E.* Suicide and alcohol psychoses in Belarus, 1970 and 2005 / Y.E.Razvodovsky // Crisis. – 2007. – Vol.28. – No.2. – P.61-66.
30. *Гелда, Т.С.* Алкогольное опьянение и самоубийства: взаимосвязь с полом и возрастом / Т.С.Гелда, Ю.А.Гусаков // Белорусский медицинский журнал. – 2007. – №1(19). – С.1-3.
31. *Razvodovsky, Y.E.* Association between distilled spirits consumption and violent mortality rate / Y.E.Razvodovsky // Drugs: Education, Prevention and Policy. – 2003. – Vol.10. – P.223-235.
32. *Morselli, H.* Suicide: An essay on comparative moral statistics / H.Morselli. – New York: D.Appleton, 1903.
33. *Razvodovsky, Y.E.* Some socioepidemiological correlates of suicides in Belarus / Y.E.Razvodovsky // Psychiatria Danubina. – 2006. – Vol.18. – P.145.
34. *Разводовский, Ю.Е.* Острая алкогольная интоксикация как фактор риска суицида / Ю.Е.Разводовский, В.В.Дукорский // Психиатрия. – 2008. – №2. – С.16-19.
35. *Wasserman, D.* Suicide preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction / D.Wasserman, A.Varnik, M.Dankowicz, G.Eklund // Acta Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol. 98 (Suppl. 94). – P.1-44.
36. *Leon, D.A.* Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artifact, alcohol, or what? / D.A.Leon, L.Chenet, V.M.Shkolnicov // Lancet. – 1997. – Vol.359. – P.383-388.
37. *Gavrilova, N.S.* The response of violent mortality to economic crisis in Russia / N.S.Gavrilova, V.G.Semyonova, G.N.Evdokushkina // Population Research and Policy Review. – 2000. – Vol. 9. – P.397-419.
38. *Stone, R.* Stress: The invisible hand in Eastern Europe's death rates / R.Stone // Science. – 2000. – Vol.288. – P.1732-1733.
39. *Douglas, J.D.* The social meaning of suicide / J.D.Douglas. – New Jersey: Princeton University Press, 1967.
40. *Kandrychyn, S.* Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history / S.Kandrychyn // Archives of Suicide Research. – 2004. – Vol.8, No.4. – P.303-314.
41. *Gabennesch, H.* When promises fail: a theory of the temporal fluctuations of suicide / H.Gabennesch // Soc. Forces. – 1988. – Vol.67. – P.129-145.
42. *Caldwell, T.M.* Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia / T.M.Caldwell, A.F.Jorm, K.B.G.Dear // MJA. – 2004. – Vol.181, No.1. – P.10-14.
43. *Hirsch, J.K.* A review of the literature on rural suicide / J.K.Hirsch // Crisis. – 2006. – Vol.27, No.4. – P.189-199.
44. *Singh, G.K.* Increasing rural-urban gradient in US Suicide mortality, 1970-1997 / G.K.Singh, M.Siahpush // American Journal of Public Health. – 2002. – Vol.92, No.7. – P.1161-1167.
45. *Razvodovsky, Y.E.* Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 / Y.E.Razvodovsky, A.Stickley // Public Health. – 2009. – Vol.123. – P.120-126.

46. Разводовский, Ю.Е. Сравнительный анализ уровня смертности городского и сельского населения Беларуси / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №1. – С.75-76.
47. Preti, A. Social and economical influence on suicide. A study on the situation in Italy / A.Preti, P.Miotto // Archives of Suicide research. – 1999. – Vol.5. – P.141-158.
48. Preti, A. Season and suicide: recent findings from Italy / A.Preti, P.Miotto, P.DeCoppi // Crisis. – 2000. – Vol.21. – P.59-70.
49. Doganay, Z. Climatic and diurnal variation in suicide attempts / Z.Doganay, A.T.Sunter, H.Guz, A.Ozkan [et al.] // Am. J. Emerg. Med. – 2003. – Vol.21. – P.271-275.
50. Kaledine, R. Seasonal patterns of suicides over the period of socio-economic transition in Lithuania / R.Kaledine, S.Starkuviene, J.Petrauskiene // BMC. Public Health. – 2006. – Vol.6. – P.1-8.
51. Lester, D. Seasonal variation in suicide and the method used / D.Lester // Percept Mot Skills. – 1999. – Vol.89. – P.160-165.
52. Разводовский, Ю.Е. Социально-эпидемиологические корреляты суицида в Хойникском районе Гомельской области / Ю.Е.Разводовский, В.В.Дукорский // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – №2. – С.143-147.

ALCOHOL IN SUICIDES IN BELARUS Yu.E. Razvodovsky

In this paper an overview of literature on the correlation between alcohol and suicide is presented. The findings of the individual and population level studies support the idea that alcohol is a significant determinant of both high rate of suicides and fluctuations of suicides during the last decades in Belarus. The national experience suggests that a restrictive alcohol policy can be considered as an effective measure of the suicide prevention in countries where both alcohol consumption and suicide levels are high.

Поступила 20.05.2010 г.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ

Л.Н.Величко, Л.П.Качура, Ю.Н.Метлицкий, В.О.Чернышев

ЗАО "НПП БелСофт", г. Минск

Описаны концептуальные принципы построения автоматизированных информационных систем (АИС) в здравоохранении. Отражены проблемные вопросы создания АИС в данной сфере.

Введение

Повышение эффективности использования информации и профессиональных знаний в сфере здравоохранения предполагает его комплексную **информатизацию**, которая способствует наиболее полному, достоверному и оперативному получению медицинской информации для изучения, обеспечения и удовлетворения информационных потребностей и запросов граждан, субъектов здравоохранения и государства. Информатизация – целенаправленный процесс широкомасштабного использования во всех сферах медицинской деятельности информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), обеспечивающих принятие обоснованных административно-управленческих и производственно-функциональных решений при создании и практической реализации предпосылок и задач перехода к медицинскому сегменту информационного общества Республики Беларусь.

Таким образом, информатизация на любом уровне здравоохранения базируется на широком применении ИКТ, которые представляют собой целенаправленную, организованную, сложную совокупность пользователей, комплекса аппаратно-программных средств (КАПС), методов, способов и приемов, обеспечивающих обработку, передачу, представление и защиту интегрированной информации, прямой доступ к накопленным знаниям и данным, системный подход к подготовке и принятию медицинских и управленческих решений. Основная цель создания ИКТ – интенсификация и резкое улучшение качества всех аспектов деятельности и развития субъектов здравоохранения за счет изменения содержания и организационных форм их функционирования, что приводит к значительному увеличению производительности труда медицинского персонала и другим позитивным последствиям.