

К 61/К 89 Й



120000868030

ЦИНСКА АКАДЕМИЯ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ — ВАРНА
КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА ХИГИЕНА
Ръководител: Доц. Д-р ИВ. НИКОЛАЕВА

Д-р ЙОРДАН ИВАНОВ КРАСНАЛИЕВ

СОЦИАЛНО-ХИГИЕННИ АСПЕКТИ НА САМОУБИЙСТВОТА В РУСЕНСКИ ОКРЪГ

(Териториално проучване
за периода 1953 — 1971 г.)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

ВАРНА 1978

K518 + K268

K $\frac{61}{Kgg u}$

МЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ – ВАРНА
КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА ХИГИЕНА
Ръководител: Доц. д-р Ив. Николаева

Д-р ИОРДАН ИВАНОВ КРАСНАЛИЕВ

СОЦИАЛНО – ХИГИЕННИ АСПЕКТИ НА САМОУБИЙСТВОТА В РУСЕНСКИ ОКРЪГ

(Териториално проучване за периода 1953–1971 г.)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на дисертационен труд за присъждане на научна степен
„Кандидат на медицинските науки“

Научен ръководител: Доц. д-р Ив. Николаева к. м. н.

О Ф И Ц И А Л Н И Р Е Ц Е Н З Е Н Т И

Проф. д-р Ал. Вълчев,
к. м. н.

Проф. д-р Ст. Раданов,
к. м. н.

Регионална библиотека
"Любен Каравелов"



120000868030

ВАРНА 1978

447447

Дисертационният труд обхваща 152 страници машинописен текст. Онегледен е с 21 таблици и 13 фигури.

Книгописът му включва 325 заглавия, от които 86 на кирилица и 239 — на латиница.

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за самоубийството, както в миналото, така и днес заема не само медицинските, но и обществените науки. В практическата дейност на органите на здравеопазване и правораздаване този проблем запазва своята актуалност, а научните изследвания придобиват все нови стимули.

В капиталистическите страни, самоубийството, като обществено явление е свързано с кризите в буржоазната икономика, идеология и култура, със социалната изолация и безперспективността в живота на много групи и слоеве от обществото.

Разглеждайки социалната страна на самоубийството К. Маркс пише: „...Какво е това общество, в което може да се стигне до дълбока самотност и където човек може да изпита непреодолимо желание да лиши себе си от живот? ...“

В социалистическите страни, наред с пълното ликвидиране на безработицата и проституцията, както и на много други проблеми присъщи на капиталистическия строй, самоубийството е престанало да съществува като нерешен проблем.

Дълго време в научната медицинска литература посветена на самоубийството са преобладавали трудовете на психиатрите, следвани от криминалози, съдебни medici и юристи.

Специалните изследвания на проблема за самоубийството водят началото си от средата на XIX столетие и са свързани с имената на суицидолози, като A. Wagner, K. Morselli, G. Masaryk, C. Lombroso, E. Ferri, E. Dürkheim.

Съвременното състояние на суицидологията се характеризира с многопосочност на изследванията посветени, както на опитите така и на реализираните самоубийства. Преобладават изследвания от позициите на клиничната и социална психиатрия, на съдебни medici, социолози и юристи. В западната суицидология намират място все още теориите на З. Фройд, Дж. Морено, теорията за „социалната дезорганизация“, екологични теории. Буржоазната суицидология търпи критика и по отношение на практическата организация на профилактичната дейност. Координацията между medici и социолози, между частно практикуващи лекари и представителите на държавната власт се осъществява изключително по пътя на благотворителните дружества и асоциации.

Международната асоциация по профилактика на самоубийствата (J. A. S. P. основана 1965 г. във Виена) координира научните търсения и практическата дейност в някои страни обикновено, чрез създаване на профилирани центрове към психиатричните болници или университетските клиники. Основен недостатък на създадената система за профи-

лактика остава пасивното търсене на услугите от страна на пациентите. Голята на центровете (посещи названия „протегната ръка“ „телефон на доверие“, „SOS-служба“, „помогни на един приятел“ и др.) е повече консултативна и пациентът по свое желание търси службата, нейните сътрудници и съвети.

В социалистическите страни профилактиката на самоубийствата е свързана с принципите на социалистическото здравеопазване и е съобразена със структурата на здравната мрежа и съществуващата система на правораздаване. Програмите за психичното здраве, както и профилактичните прегледи на „рискови групи и лица“ са основата върху която се дегайлизират мероприятията за „специфична и неспецифична“ профилактика на самоубийствата.

Проучванията посветени на проблема за самоубийствата в България са извънредно малко. Медицинската общественост, както в миналото, така и днес, проявява слаб интерес към явлението. Това в еднакъв аспект е в сила, както за социалните, така и за клиничните аспекти на проблема.

В юридическата литература анализ на самоубийството извършва Илия Янулов (1927 г.). Отделни публикации, повече с научно популярен характер принадлежат на И. Кинкел (1936 г.) и П. Сорокин (1927 г.), а медицински на К. Чолаков (1930 г.), който продължава проучванията си и след 1944 година.

През последните години проблемът за самоубийството в клинични аспекти е заетълен в изследванията на Н. Шипковенски (1957 г.) Т. Ташев (1964 г.) Е. Шаранков (1949 г.), Ив. Темков (1975 г.), Вл. Иванов (1971 г.), К. Цафаров, К. Миленков, Л. Каменов (1970 г.), социалхигиенни и психиатрични проблеми Ж. Молхов, К. Миленков, М. Пенева, А. Кокошкарска (1970, 1975, 1977 г.), от съдебно медицински позиции Л. Рупчева и Т. Минчев (1970 г.), социалпсихологично изследване — Б. Възвъзова (1965 г.), социалхигиенен и статистически анализ от Д. Сепетлиев, Д. Вачев, С. Калпазанов (1962 г.).

Недостатъчния брой проучвания, както и обстоятелството, че самоубийството намира все още място в обществения ни живот, налагат провеждане на изследвания в по широк аспект и преди всичко от позициите на социалната хигиена.

МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Извършено е конкретно социологично проучване, при организацията на което бе обърнато внимание на три основни етапа: изработване на план и програма, провеждане на наблюдението и обработка на събраната информация.

Предварителната подготовка, като част от програмирането, включваше преценка на силите и средствата за проучването, с които разполага окръгът. Проведено бе сондажно наблюдение, преценка и анализ на общественото мнение, като при провеждане на анкетите бяха включени и органите на държавната власт.

Цел на проучването бе да се изследват всички самоубийства на територията на Русенски окръг през периода 1953—1971 година, с оглед изясняване на тяхната причинна обусловеност. Основните задачи, които се решиха в хода на изследването са: установяване на състоянието и динамиката на явлениято, изясняване на промените в структурата на самоубийствата по причинност, проучване на редица социално-хигиенини и социално-психологични фактори, имащи отношение към дейността на медицинската служба, предлагане на система от профилактични мерки, отговаряща на условията и възможностите на окръга.

Единица на наблюдението е завършеното деяние.

Анкетната карта за проучване на самоубийството има следната структура: В Раздел I, с 23 въпроса се цели да се съберат някои общи данни за личността на самоубиеца: пол, възраст, семейно положение, образование, професия, трудова активност. В Раздел II са включени всички данни във връзка със самото деяние — акта на извършване на самоубийството. Раздел III обхваща сведения за социално-битовите условия и професионалния маршрут на лицето.

Методиката на проучването бе съобразена с основните източници за събиране на данните. За всяко отделно самоубийство, източник на информация са следствените дела и преписките на прокуратурата и МВР, с включените в тях експертизи на медицински лица (съдебно медицински и психиатрични). Участието на автора в разследванията и експертизите за повечето от случаите бе непосредствено. Използвани бяха и фототеката на МВР, архивни материали на прокуратурата и П. О. Б. — Русе. Допълнителна информация се събираше от следствените органи и ръководствата на здравните заведения. Събирането на данните се съпровождаше с провеждането на допълнителни разпити и анкети, беседи с юристи, мнения на други служебни лица участвували в следствените действия, анализирани на писмата оставени от самоубийците.

С оглед подобряване пълнотата на достоверността на събрания материал в хода на проучването се проведе допитване до обществеността и етапна оценка на събраните данни. Последната бе обсъждана на заседанията на Изпълнителните комитети на Общинските народни съвети проведени за приемане на решения за профилактика на самоубийствата съобразно местната патология. Разрешен бе въпроса за ангажиране на анкетьори с висше образование от апарата на Прокуратурата, Съда и МВР, както и на представители на обществените организации. Тяхното участие внесе повече конкретност в мерките приети за ограничаване на самоубийствените реакции сред селското население.

При анализа на обработената информация бяха използвани следните методи: алтернативен и корелационен анализ. Изравняване по метода на верижно вилетените средни. Анализ на сезонните колеба

ния. Диагнозите бяха разработени по Международната класификация на болестите (М. К. Б.) (Ревизия от 1965 г.). При изчисляване на интензивните показатели бяха използвани данни за възрастово-половото разпределение на населението в градовете и селата на окръга.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО И ОБСЪЖДАНЕ

Характеристика на самоубийствата в окръга.

Динамиката на самоубийствата в Русенски окръг показва, че както абсолютния брой, така и честотата на самоубийствата се увеличават три пъти в сравнение с изходните години. През повечето от годините на разглеждания период самоубийствата в окръга надвишават тези за страната. (фиг. 1).

Както за страната, така и за окръга са налице характерни полови особености (фиг. 2), коефициентите при мъжете са по високи. Съотношението мъже—жени през този период достига 4:1 при 2:1 за страната.

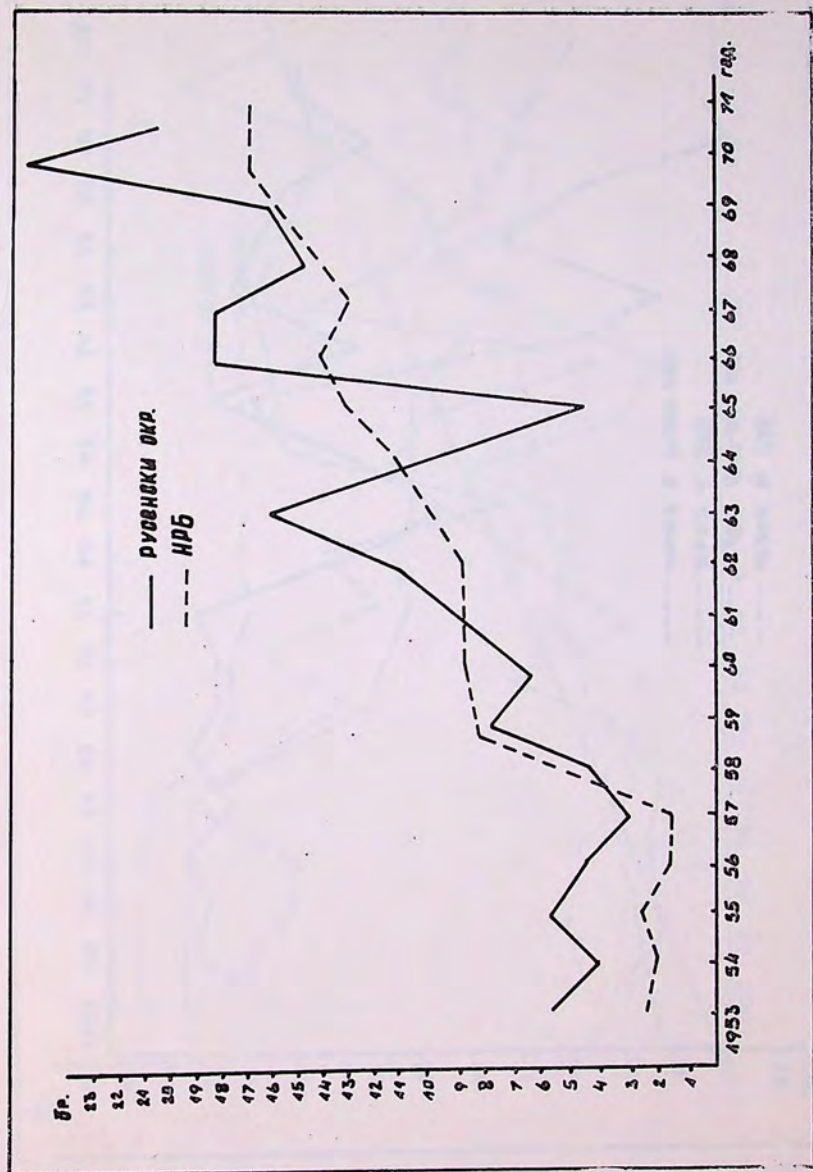
По високите числени стойности на самоубийствата в окръга и подчертаните полови различия оправдават интереса към проблема и заангажирането на обществените и държавни органи в хода на проучването.

Независимо от колебанията, числените стойности при селските жители са по-високи близо два пъти в сравнение с градските жители ($p > 0.05$). (фиг. 3)

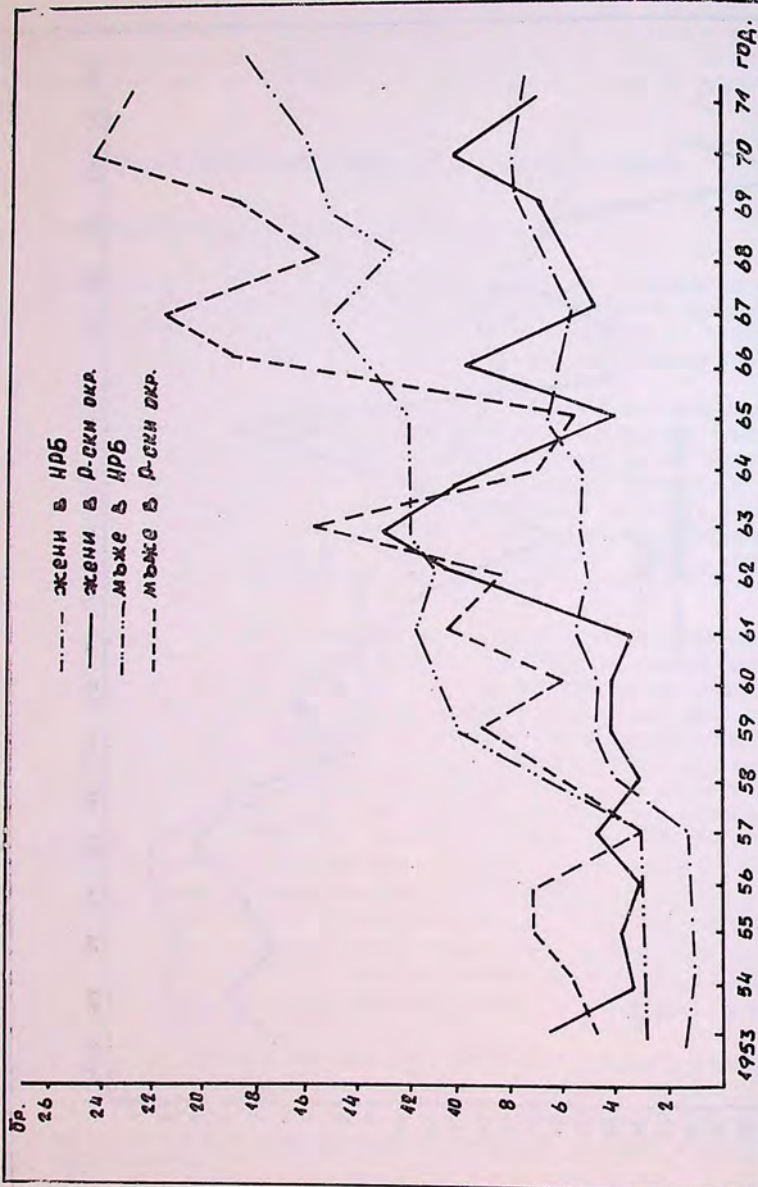
Върху обема на проучваното явление, освен трайно действащи и случайни фактори, са оказвали влияние и такива от сезонен характер. (фиг. 4). За окръга е характерен по високият брой на самоубийствата в интервала от месец март до август, с най-висок връх през месец юни. При мъжете максимумът се намира в интервала април—май, а при жените през юни—юли. Съществени различия в сезонността на самоубийствата при градските и селски жители не се установяват. Такива не изпъкнаха и при разглеждане на сезонните колебания на самоубийствата в страната, проучени за периода 1961—1971 год.

Възрастово полова структура. Макар и да не будят тревога с големи числени стойности самоубийствата до 20-годишна възраст са с голяма социална значимост. В училищната възраст те ни насочват към психопедагогически проблеми за възпитанието на здравите или болни деца, към формите и обема на психологичната и педагогическа рехабилитация при нарушение в поведението на децата в семейството и училището.

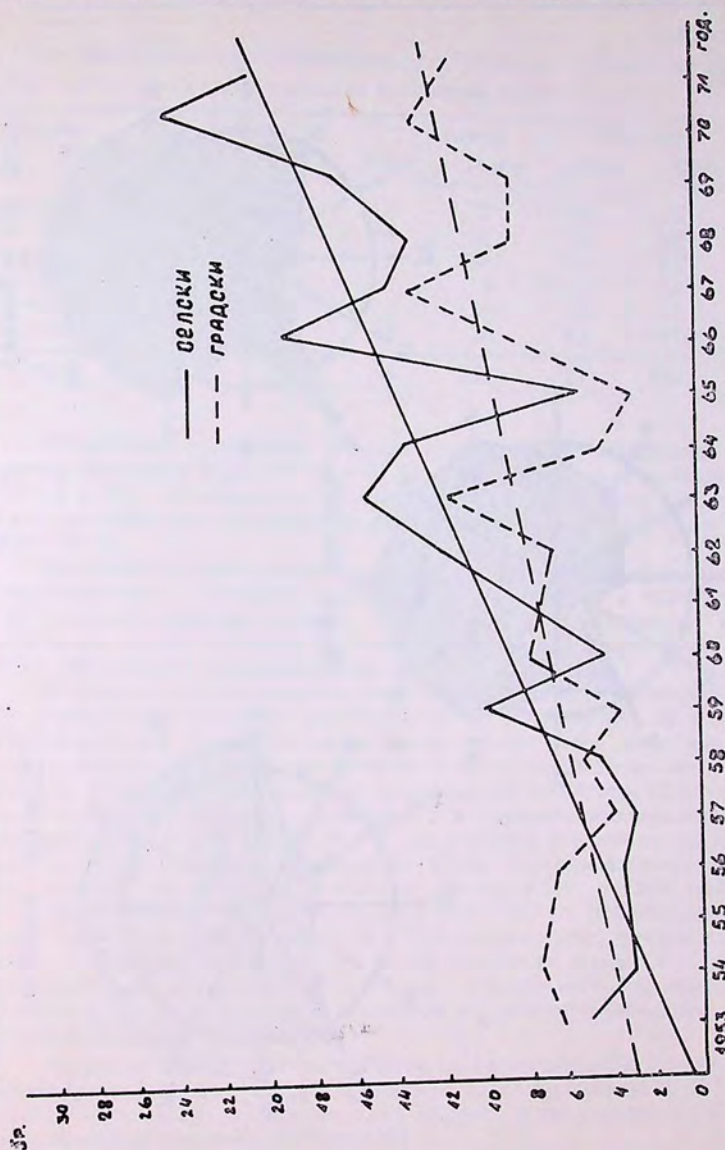
Проученият материал показва, че в по-младата възраст преобладават самоубийствата свързани с конфликти в семейната среда и отношенията с родителите, докато след 16 годишна възраст психотравматизиращите фактори произтичат от колектива или от групата, в която се движат младежите.



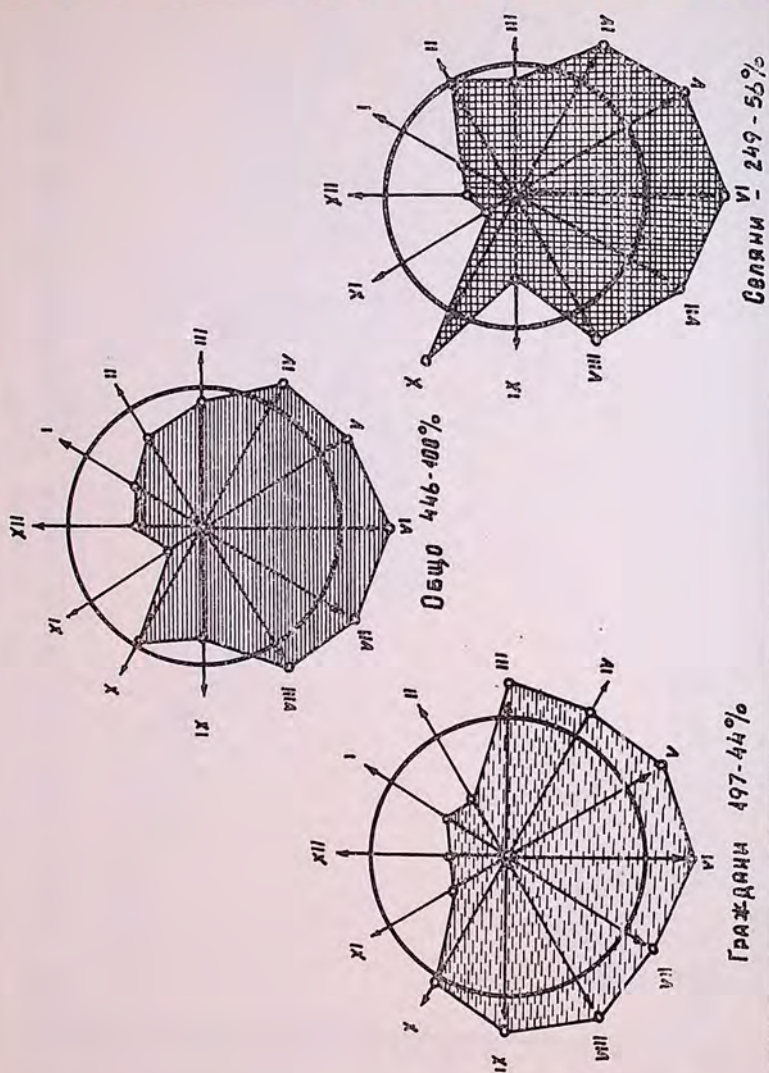
Фиг. 1. Самоубийства в Народна Република България и Русенски окръг за периода 1953 — 1971 година (на 100 000 жители)



Фиг. 2. Самоубийства в Народна Република България и Русенски окръг за периода 1953 — 1971 година, разпределени по пол (на 100 000 жители)



Фиг. 3. Самоубийства в Русенски окръг за периода 1953 — 1971 година, разпределение по социален произход



Фиг. 4. Самоубийства в Русенски окръг за периода 1953 — 1971 г. Сезонни колебания

Таблица № 1

Разпределение на самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1971 г. по възраст, социално положение и пол.

Възраст	Граждани		Селяни		Всичко брой	%
	мъже	жени	мъже	жени		
до 20 г.	4	6	7	8	25	5,6
21—30 г.	32	14	11	8	65	14,6
31—40 г.	17	9	18	11	55	12,3
41—50 г.	18	7	14	11	50	11,2
51—60 г.	22	10	32	10	74	16,6
над 60 г.	40	18	76	43	177	39,7
Всичко	133	64	158	91	446	100,0

Следващите възрастови периоди се разглеждат обединени в т. н. „ранна творческа възраст“ (21—40 г.). Тази група е представена от 65 случая (14%) за второто и 55 случая (12%), за третото десетилетие, като по високи са относителните дялове за гражданите (44%) и на мъжете (64%).

Проблемите, които възникват при анкетирането на тези случаи, се характеризират с голямото разнообразие на причини и обстоятелства със значима социална стойност. През този период индивидът има да разрешава важни житейски проблеми свързани със семейството, брака, бита, образоването и професията си.

В този възрастов диапазон представляват интерес самоубийствените реакции при социално лабилните групи, подложени на миграция. Трудностите в социалната адаптация на младия човек, израснал на село, произлизат не само от промяната на местожителството, но и от борбата за професия, образование и създаване на семейство. Новата среда крие опасност от изпадане в самотност и социална изолация. В тази възраст част от самоубийците не са успели в опитите си да намерят своето място в живота, да завоюват добри позиции в професията, да си осигурят добър доход и жилище, да създадат трайно семейство.

При „зрялата творческа възраст“ (41—60 г.) относителният дял на мъжете е също по висок (61%). Тук възрастовият фактор е в съчетание с влошаване на здравословното състояние, както и с неблагоприятни жизненни и семейни ситуации. Стесняването на телесните и психични функции поражда трудности от лично, професионално, семейно и социално естество.

Периодът на шестото десетилетие се характеризира с голямо разнообразие на поводи, мотиви и причини на самоубийствата. С напредването на възрастта на преден план излизат и свързаните с остаряването неличими хронични заболявания.

При възрастните хора (над 61 годишна възраст) самоубийствата

са 177 случая (49%). В различните периоди на старческа възраст проблемите имат свои особености. След пенсионирането привличат внимание факторите самотност, изолираност, отчуждение, чувство за малocenност. Суицидогенната значимост на тези преживявания е голяма, особено ако е съчетана с материални трудности или с промяна в семейното положение на възрастния човек (свдовяване, развод). При по възрастните и стари хора, и особено — при лицата над 75 годишна възраст проблемите придобиват все повече характер на обществена и социална загриженост за „добро стареене“. Появата на тежки психични и соматични заболявания рязко се отразява върху възможностите за адаптация към условията на обществото или семейството и се явява източник на нови конфликтни ситуации.

Анализът на възрастовия състав на самоубийците в проучвания район разкрива голямо разнообразие от социално-психологични моменти, свързани с възрастовия признак: загуба на престиж в обществото, промяна в общественото положение, загуба на ръководната роля в семейството. Тяхното отчитане има голямо значение при организацията на превантивната дейност.

Във възрастта над 60 години, преобладават самоубийствата при селяните (67,2%) и при мъжете (65,5%). В тази възрастова група по-често на жените от село надхвърля повече от два пъти голямото на жените от града (10,2% градски жени и 24,3% селски). Това налага извода за социалната значимост на редица фактори и отживелици в съзнанието на старите хора, както и за все още непреодолени различия между града и селото.

При някои от самоубийствата на възрастни хора от селата все още се срещат поводи и мотиви свързани с имуществени спорове, битов консерватизъм, религиозни предразсъдъци. Често пъти в основата на „семейните недоразумения“ стои отказът на стария човек да припише имот, да отстъпи наследствен дял, да направи дарение.

Анализът на проучените прописки показва, че с напредването на възрастта обедняват междуличностните контакти и се увеличава суицидогенната значимост на конфликтни ситуации от семейно естество. Този извод също има значение за профилактиката на суицидизма.

Местожителство и местоживееие. От проучените 446 самоубийства 44% са на граждани, като и в двете социални групи преобладават мъжете. (табл. 2).

Миграцията на населението от проучвания район по своя характер, темпове и насоки не се различава от тази за страната. Градското население през 1953 година е 34,8%, а през 1971 година нараства на 59%.

Разпределение на самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1971 год., по местожителство и месторождение

Таблица 2

м. рожд.	Град		Село		Всичко	
м. жител.	брой	%	брой	%	брой	%
Град	155	94,5	42	14,9	197	44,2
Село	9	5,5	240	85,1	249	55,8
Всичко	164	100	282	100	446	100

Посредством χ^2 установяваме, че съществува различие ($\chi^2 = 24,1$, при $k = 3$) между възрастово-половото разпределение в градовете и селата. Самоубийствата на възрастните в селата (предимно мъже) и на младите хора в градовете имат по-голям относителен дял ($P > 0,05$).

По данни от проучването групата на мигрираните всред самоубийците се състои от 51 човека (11,5%). От тях 42 (82,3%) са придошли от селата в града т. е. те са съставка на основното направление на урбанизационния процес.

Според много автори (Евг. Апостолов, Д. Бедний и др.) миграционните контингенти са по-раними и неустойчиви в обществото. При тях семейството е подложено по-често на промяна и сътресение. Тези промени засягат традициите, числения състав, бита и условията за отглеждане на децата. Равновесието на индивидите в семейството се нарушава с недостатъчните социални контакти и затруднения от материален характер, от липсата на жилище, от непълноценното хранене. Особено трудно се изживява загубата на обичайната среда и затрудненията възникнали при адаптиране към новите условия. Суицидогенна значимост имат психоемоционални травми, нарушено здраве, пенсиониране и др.

Друга социално активна група подложена активно на миграция са учениците от селата. Във връзка с условията на нашата образователна система, и с особеностите на селищната агломерация много юноши и младежи след 14-годишната си възраст се откъсват от семействата си. Пред тях възникват по-големи изисквания, свързани с битовото устрояване и училищните задължения. Те трябва да се пригледат към новите условия на живот, в частни квартири и общежития най-често в средата на непознати хора. Този процес на приспособяване е свързан с по-тежки изпитания и психични травми.

Семейно положение. Брачен живот. Разпределението на проучените самоубийства по семейно положение разкрива, че повечето от половината (55,6%) се падат на семейните, като относителния дял на живеещите в селата е по-голям (33%) отколкото при жителите на градовете (22%). Само по себе си семейното положение няма суицидогенно

значение, но разбира се, то не трябва да се разглежда откъснато от редица други фактори, като професия, образование, социално битови условия, здравно състояние, материална осигуреност и т. н. Изграждането на т. н. брачно единство, особено за младите семейства, е труден процес и колкото социалната група, от която произхождат младите е по лабилна, толкова приспособяването и задържането към създадените условия се постига и стабилизира по трудно. Данните показват, че при 44% от случаите, или не е било създадено семейство, или то е било разрушено. (Табл. 3).

Суицидогенната роля на увреденото семейство проличава от данните приведени в таблицата. При 373 случая (83,6%) се установяват сериозни семейни недоразумения, т. е. касае се за социално лабилни семейства. Хроничната употреба на алкохол е причина за семейни недоразумения при мъжете — самоубийци в 8,6% от случаите. Най-висок е процентът при несходство в характерите на съпрузите, следван от лошите отношения с близките (65,7% съответно 21,4%).

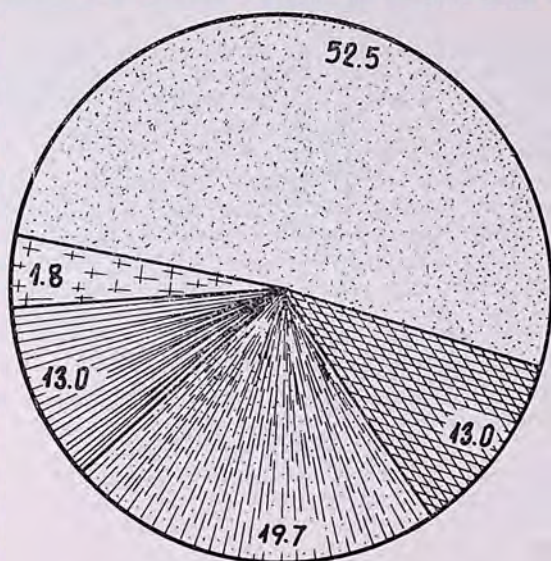
Таблица 3

Причини за семейните недоразумения при самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1971 година.

Причина	Мъже		Жени		Всичко	
	брой	%	брой	%	брой	%
Алкохол	32	13,3	—	—	32	8,6
Изневяра	9	3,7	7	5,4	16	4,3
Несходство	152	62,5	93	71,5	245	65,7
Лоши отношения	50	20,6	30	23,1	80	21,4
Всичко	243	100	130	100	378	100

Причините за семейните недоразумения и причините за самоубийствата не са идентични. Те показват, обаче, че на увреденото семейство следва да се гледа като на терен, създаващ реална възможност за конфликтни ситуации.

Образование и професия. Данните за образованието на проучените лица показват, че тежката изостаналост в образованието, културата и нравственото възпитание през разглеждания период все още не е напълно ликвидирана (фиг. 5). Недостатъчното образователно ниво, обикновено се съпътства от ниска култура, присъща на социално лабилните групи. Вzeti заедно, тези два елемента вече са предпоставка за трайното запазване на отживелиците от стария буржоазен морал в съзнанието на хората.



Фиг. 5. Самоубийства в Русенски окръг, разпределени по образование

С добра информационна стойност са резултатите от данните за културата на свободното време, като функция на образованието и начина на живот. (табл. 4). Налице е права и значителна корелационна зависимост ($R = +0,55$). Ниската култура на свободното време изразяваща се в невключване в обществено полезен труд, безцелно скитане и прекарване на времето, липса на професионални и други интереси, е най-често съпътник на лицата с начално или основно образование (70%).

При лицата с ниска материална култура и сравнително беден духовен живот много лесно възникват поводи и мотиви за самоубийствените реакции, често свързани с прояви на битов консерватизъм, на отживелици в съзнанието на хората, с неудовлетвореност от задоволяването на конкретните битови потребности.

Образованието тясно кореспондира с професията. В групата на лицата с основно и начално образование преобладават работници и кооперирани селяни, заангажирани с неквалифициран труд (70%). При 30 души (71%) имаме налице ниска култура, съчетана с ниско образование, нестабилност в професията и нередовна трудова дейност.

Таблица 4

Разпределение на самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1971 година по образование и култура на свободното време

Образование	Култура на свободното време		
	добра	незадоволителна	общо
Висше и средно	34	32	66
Осн. и начално	51	271	322
Малограмотни	1	57	58
Общо	86	360	446

Проучването на групата самоубийци по образование и възраст навязва вниманието ни към определени „рискови групи и лица“, каквито са например хората с ниско образование и ниска култура във възрастта над 60 години. От 176 с незадоволителен образователен уровень 102 (57%) са на възраст над 60 години. Суицидогенна значимост има комбинирането на ниската култура и образование с влошаване на здравословното състояние и разстроеното или загубено семейство, вредни привычки и религиозни предразсъдъци.

Самоубийство и здравно състояние. Самоубийствата свързани с болестни причини са 274 (61,54%). При 152 (54,4%) случая смъртта е свързана с тежко физическо страдание, а при 127 (45,6%) случая с приживе диагностицирано психично заболяване. (Табл. 5)

Таблица 5

Разпределение на самоубийствата в Русенски окръг за периода
1953—1971 г. по заболявания и класове на МКБ

Рубрика на МКБ	№ по МКБ	мъже	жени	всичко	%
Новообразования	140—239	11	9	20	7,2
Болести на едно- кринната с-ма	240—246	2	—	2	0,7
Болести на органите на кръвообр. на сет. органи (вкл. окото)	320—389	38	27	65	28,3
Болести на органите на кръв. обр. и мозъка от съдов произход	390—458	7	14	21	7,5
Болести на дишат. с-ма	460—519	11	2	13	4,7
Болести на хран. с-ма	520—577	2	2	4	1,4
Болести на пикоч. полова с-ма	580—628	2	—	2	0,7
Болести на костно-муск. с-ма	710—738	17	8	25	8,9
Психични болести	290—315	95	32	127	45,6
Всичко		185	94	279	100

Разпределени по класове на М. К. Б., най-висок е относителния дял на болестите на нервната система и на сетивните органи (23,3%), които преобладават у възрастните.

Проблемите, свързани с определени заболявания, насочват вниманието ни към редица неовладяни страни от многостранната лечебна дейност, пропуски в лечението, недостатъчни грижи от страна на близките. Значителният брой на самоубийствата във връзка с онкологични заболявания поставя за обсъждане нерешените проблеми на психотерапията в практическата дейност на здравната служба. Много от случаите са показателни с равнодушното отношение на близките към техния болен с недостатъчна загриженост от страна на медицинския персонал. Взаимоотношенията между хронично болните, техните близки и здравната служба са многопосочни и взаимно свързани. Самоубийствата при психично болните привличат вниманието преди всичко с пропуснатите възможности за психотерапевтично въздействие и предпазване от втори опит за суицидиум.

Броят на починалите с хронични нелечимни страдания (отбелязани в табл. 5) акцентира върху проблемите, свързани с трудоустрояването и социалното подпомагане на болните, с оздравяването на семейната среда и подобряването на домашните грижи. Установява се, че при недостатъчна и нецеленасочена медицинска помощ в дома или в лечебното заведение често се наблюдава чувството на безпомощност или страх, особено ако се касае за лица, които в

младите си години не са боледували, или не са били лекувани в болнично заведение. Не са посещавали болнично заведение 6,15% от соматично болните, 12,26% от психично болните и 25,26% от алкохолиците. По голямата част (78%) от включените в групата на соматично болните са били лекувани амбулаторно, имали са контакт с медицински лица и макар епизодично са обсъждали терапията, хода на заболяването, ефекта от лечението. Анализът на разглеждания материал показва че суицидогенна значимост може да съществува, не само при представата за нелечимостта на страданието, но също така и при продължителността на лечението и престоя на болните в лечебното заведение, както може да бъде суицидогенно и мораждащото се чувство на безперспективност, промяна на положението на болния в семейството, зависимост, материални затруднения и др.

Самоубийствата при лица с психични заболявания заемат 45,6% от групата на болестно обусловени самоубийства. При тях значението на здравната служба и на медицинската дейност в основните ѝ направления — своевременна диагностика, лечение и профилактика — се очертава още по-ясно.

Таблица 6

Разпределение на самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1971 година при психично болните по място и начин на лечение

Заболявания	№ по МКБ	Място и начин на лечение				
		стационар	п-ка	нелекувани	всичко	%
Психози, в. т. ч.	290—299					
алкохолна	291	9	42	11	62	48,8
шизофрения	295					
афективни	296					
неврози	300	1	5	3	9	7,1
Алкохолизъм	303	—	13	7	20	15,7
Психични смущения						
свързани със соматични						
заболявания	309	1	19	7	27	21,3
Олигофрения	310—315	—	3	3	6	4,7
Разстройства на личността	301	—	2	1	3	2,4
Всичко		11	84	32	127	100

Самоубийствата при психично болните поставят за разрешаване много проблеми, свързани не само с лечението, но и със самата система

за социална реадaptация. Експертният материал ни насочва към пропуск в организацията на извънболничната помощ, към недостатъчните контакти на близките с лекуващите лекари от психодиспансера, липсата на етапна оценка за ефекта от назначената и проведена терапия. Тук проблемите за взаимодействието между здравната служба и близките на болните се отличават с особености, свързани както с лечението, така и с продължителността на заболяването. При лекуваните в стационарни условия и водените продължително време на учет болни се създават по трайни контакти — както между тях и лекуващия ги персонал, така и между близките на болните и медицинските лица.

Илюстрация за отрицателното въздействие на нарушената или загубена връзка със здравното заведение, в резултат на индиферентното отношение на близките на болния, представлява схемата за развитието на заболяването на М.К.М. 42-годишен, хроничен алкохолик. Този случай е показателен с възможностите на медицинските работници да предотвратят самоубийството, дори при болните развиващи психотична продукция.

Схема за развитие на заболяването на М. К. (стр. 20)

Преценката на „риска“ от самоубийството следва да се прави не само в болничния стационар, но и при амбулаторно болните, особено що се касае до пациенти с хронично протичащи заболявания, разкриващи анамnestично многократни опити или закани за извършване на самоубийство. Анализът на експертния материал показва, че медицинските работници обикновено не преценяват задълбочено сериозността на заплахата, на извършения опит или употребените средства. При определяне на режима и обема на лечението в домашни обстановки трябва да бъдат съобразявани също така и възможностите на близките да се грижат за болните и да съдействуват за провеждане на лечението.

Анализиращият експертен материал разкрива съществуването на реални възможности от страна на медицинските власти за овладяване и подобряване състоянието на болните, опитали самоубийство. Пътищата за такъв контрол са перманентното регулиране и контролиране на трудовата активност на психично болните.

Въз основа на трудовата си дейност, разгледаните психично болни бяха разделени на четири категории.

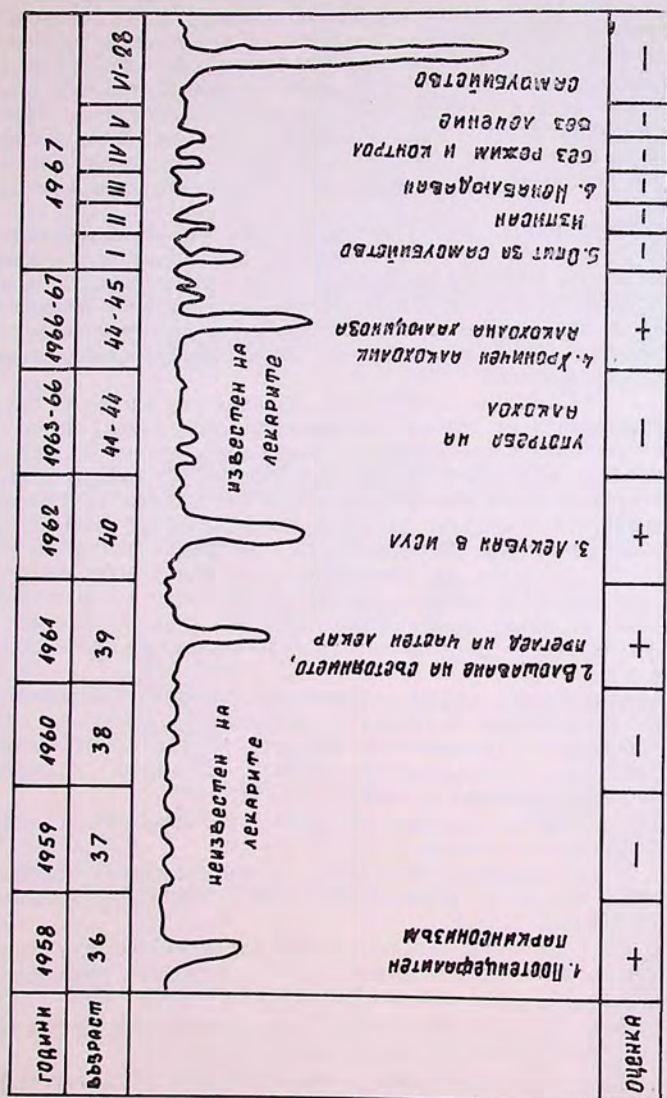
1. Лица съхранили обичайните си професионални навики, умения и трудова активност, непоказващи груби отклонения от производствената си дейност. (I гр.)

2. Лица работещи при облекчени условия на труд, трудоустроени, преминали на по-ниска длъжност, както и нередовно явяващи се на работа. (II гр.)

3. Лица включени в условията само на домашен труд при оказване на контрол и помощ от други лица. (III гр.)

4. Неработещи и негодни за какъвто и да е труд. (IV гр.)

От приведените данни се вижда (табл. 7), че в групата на мъже-



Фиг. 6. Схема за развитие на заболяването на М. К.

Таблица 7

пoл тpудoвa активнoст	мъжe		жeнe		oбщo	
	бpой	%	бpой	%	бpой	%
I	23	24,21	6	18,80	29	22,65
II	52	54,73	9	27,27	61	47,65
III	16	16,84	12	39,40	28	22,65
IV	4	4,22	5	15,15	9	7,05
Всичкo	95	100,0	32	100,0	127	100,0

Съотношение между трудовата активност и пола на проучените болни

те най-висок относителен дял имат лицата от II категория, а при жените от III. При мъжете е по-голям дялът на запазилите трудовата си активност — I и II група (79%), а при жените преобладават тези от III и IV група (54,55%). Това безспорно е свързано с възрастови, битови и професионални особености. Тук се крият и неизползвани възможности за фамилна и социална рехабилитация на психично болните. Не са без значение и възрастите относно своевременното пенсиониране и трудоустрояване, особено при мъжете.

Трудовата активност на психично болните бе разгледана и във връзка с възрастовата група. Проучените случаи са разпределени в два интервала (допенсионна и пенсионна възраст). Най-висок относителен дял и за двете групи се пада на II категория трудова активност (табл. 8).

Таблица 8

катег.	Възраст			
	допенсионна		пенсионна	
	брой	%	брой	%
I	26	30,00	3	6,50
II	42	50,00	19	44,45
III	13	16,40	15	34,55
IV	3	3,60	6	14,50
Всичкo	84	100,00	43	100,00

Трудова активност в зависимост от възрастовата група

В допенсионната възраст 80% от лицата са включени в активна трудова дейност (I и II категории), а в следпенсионната 78% са от II и III категория. При тези две категории пенсионната възраст показва по-голям относителен дял, което се дължи на жените, включени повече в домашен труд. Изводите от направените сравнения показват, че на трудовата дейност следва да

се обръща по-голямо внимание и при съответно щадяща обстановка и рационално организирана трудова терапия, тази активност може да се

използва не само за враждане в семейната среда, но и за значителна ресоциализация.

Съпоставяне на данните за трудовата активност и семейното положение разкрива някои възможности за превантивна дейност в условията на запазени емоционални отношения и добре изграден домашен режим. Междущинствотите отношения в семейството определят до голяма степен възможностите за социална враждебност и в обществото (табл. 9).

Таблица 9

Трудова активност и семейно положение при психично болните

семейно положение трудова активност	семейни		овдовели		самотни	
	брой	%	брой	%	брой	%
I	16	22,55	3	18,70	10	25,00
II	38	53,55	8	50,00	15	37,50
III	13	18,30	4	25,00	11	27,50
IV	4	5,60	1	6,30	4	10,00
Всичко	71	100,00	16	100,00	40	100,00

За всяка група най-висок относителен дял имат лицата от II категория трудова активност. При семейните второто място се заема от I категория, което е за сметка на мъжете, докато при овдовелите това е III категория (за сметка на жените заети в домакински труд). Прави впечатление, че при самотните е значителен дял на лицата с активна трудова дейност. Тези данни поставят за разискване много проблеми от геронтопсихиатрията свързани със социалната и трудова адаптация на психично болните.

От заинтересованото и активно отношение на близките и от създадените условия за оптимална емоционална среда зависи до голяма степен активното включване в трудова дейност, като в условията на семейството, така и в производствения колектив (табл. 10).

Таблица 10

Трудова активност и отношения в семейството при психично болните самоубийци

отношения в семейството трудова активност	емоционална връзка				Всичко %
	A	B	B	брой	
I	21	2	6	29	22,83
II	33	5	23	61	48,03
III	15	2	11	28	22,05
IV	7	—	2	9	7,08
Всичко	76	9	42	127	100,00

В посочената таблица емоционалният характер на междущинствотите

вите отношения в семейството и вън от него е разделен в три групи:

Група А — оптимална емоционална връзка и поддържане на отношения както в семейството, така и в обществото.

Група В — стесняване кръга на междуличностните отношения в семейството и особено в колектива, както и индиферентно отношение на близките към болните.

Група В — прекъсване на контактите в семейството и особено в колектива, създаване на лоши отношения между болните и техните близки.

Извършените анализи показват, че положителните емоционални връзки, за които имат принос най-вече близките, кореспондират с по голяма трудова дейност и заетост на болните.

Посочените социални аспекти на трудовата активност и на междуличностните отношения при психично болните самоубийци показват реалните възможности за изграждане на система от превантивни мерки с бифокална (към близките и към колектива) насоченост. Изводите и констатациите, направени за „рисковите“ лица и групи при психично болните до голяма степен се отнасят и за лицата с хронични соматични заболявания.

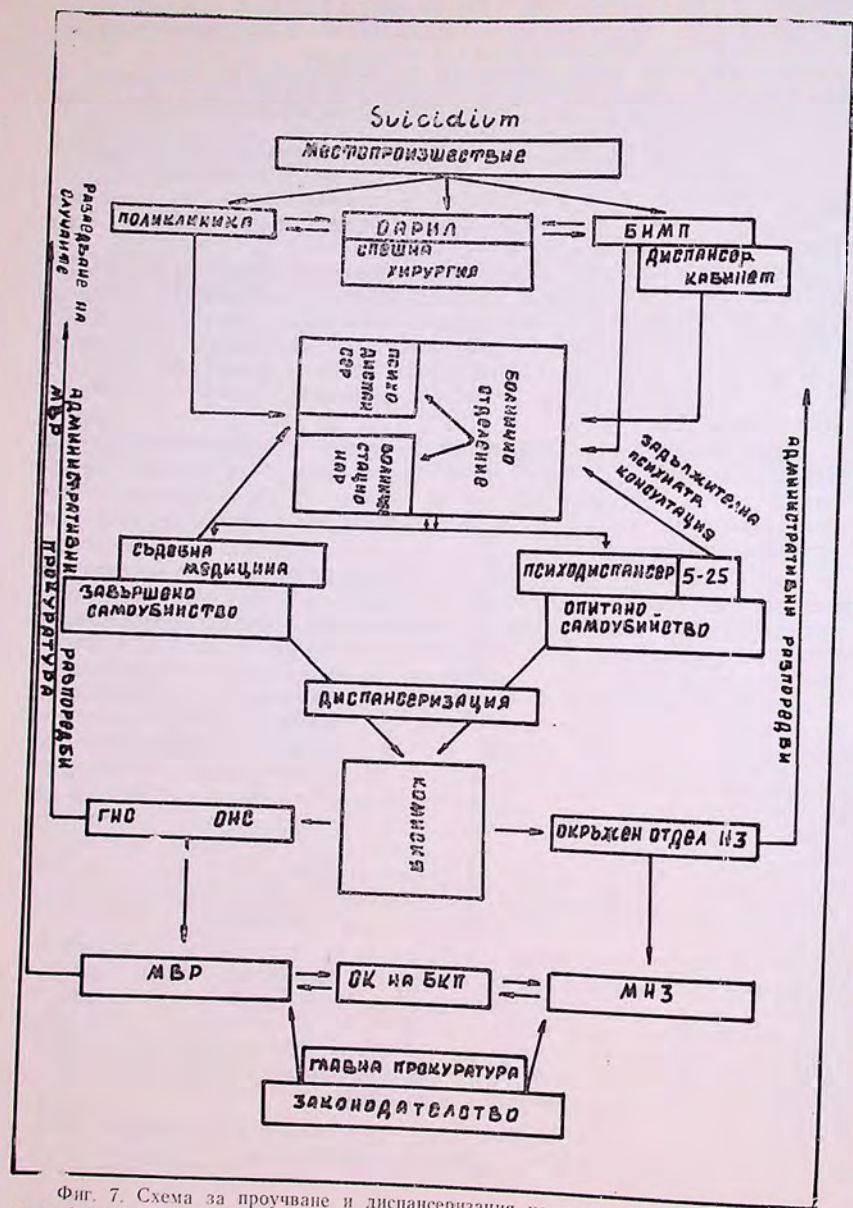
Превенцията на самоубийствата, свързани с дейността на здравната служба, следва да бъде изграждана на една обща основа, съобразена със съществуващата национална система на здравеопазване. При това разделянето на мерките в общопрофилните болници от тези при специализираните е условно.

Самоубийствата при лицата с хроничен алкохолизъм представляват сложен медикосоциален проблем. В проучения материал това са 94 случая (10,9%). Статистически аспект се касае за мъже и жени от всички възрастови групи. Преобладават жените (68,5%). Алкохолизмът лежи в основата на лошите отношения в семейството. Анализът на материала показва, че алкохолът е причина повод или обстоятелство, способстващо за самоубийството във всички етапи и периоди от епизодичната употреба до тежката степен на хроничен алкохолизъм.

Суицидогенна значимост имат и ятрогенните реакции. Проучването показва, че с ятрогенна значимост могат да бъдат освен словото, редица медицински манипулации, процедури, назначения, изследвания, а също така и показаното бездействие на медицински лица. От анализа на експертния материал се установява, че дори и изразът на лицето на лекаря, емоционалната му отговорка, някои жестове могат да окажат психотравмиращо въздействие върху болния.

В някои от проучените случаи грешката на лекаря идва от недооценка личността на болния, на обстановката в която се намира, на възможностите за пренежка. Ятрогенизиращо въздействие е отбелязано и по отношение несъгласуваните действия на медицинския персонал, както и на формалното отношение на лекаря към назначените изследвания. В един от наблюдаваните случаи се касае за егзотрогения (психотравмено влияние на болните един към друг).

Ятрогенните вреди подчертават ролята на лечебно охранителния режим при профилактиката на самоубийствата.



Фиг. 7. Схема за проучване и диспансеризация на лицата, направили опити за самоубийство

Медицински възможности за профилактика на самоубийствата. При профилактиката на самоубийствата, като основни моменти изпъкват на преден план формите на обслужване, лечение, наблюдение и анкетиране на пациентите преминали през болничните заведения с диагноза „тентамен суицидни“. При преценката на възможностите за профилактика проученият материал даде основание да се спрем на следните проблеми и изводи от практиката:

1. Пациентите попаднали в болничните заведения по повод на опити за самоубийство, независимо от тежестта на случаите следва да се хоспитализират задължително.

2. Профилирането на сектор или на отделение за лечение на пациентите с диагноза „Тентамен суицидни“ създава условие за съответно обучение и на персонала.

3. В амбулаторни условия профилактиката на самоубийството до известна степен се покрива с проблемите за лечението на депресивните състояния, при което решаващ е изборът за домашно или стационарно лечение.

4. Задължителната хоспитализация и регистриране на всички случаи, дава възможност за диспансеризация на „рисковите лица“ (фиг. 7).

5. Проучването на самоубийствата — опити и завършени е въпрос на комплексно ангажиране на заинтересованите ведомства. Профилактичните мерки, не могат да бъдат специфични, ако не се отчитат местните особености и структурата на здравната организация.

6. Спазването на лекарската тайна е условие, осигуряващо доверието на пациентите и активното търсене на помощ.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ОБСЛЕДВАНЕТО И ИЗВОДИ:

1. Извършеното конкретно социологично изследване даде възможност да се разкрие социалната същност на явлението, неговото правилно разбиране и овладяване.

2. Системното и задълбочено проучване на самоубийството е възможно само при тясно сътрудничество на медици, социолози и юристи и използване на всички материали натрупани от следствените органи.

3. Съпоставянето на данните от проучването за окръга и тези за страната разкриват отлики както в структурата по причинност, така и по отношение на т. н. „рискови групи“ и „рискови лица“.

4. Изграждането на система от профилактични мерки трябва да бъде съобразено със съществуващата структура на здравните служби, със системата на здравеопазването и с възможностите за диспансеризация на застрашените контингенти.

5. Социалната детерминираност на самоубийството се разкрива и по пътя на повлияване на явлението с методите на естествения експе-

римент: подобряване организацията на здравната служба, осъществяване на строг контрол върху продажбата на лекарства и отровни вещества, както и чрез провеждане на мероприятия от рода на първичната, вторична и третична профилактика за запазване психичното здраве на народа.

6. Здравното състояние на населението и проблемите на неговото обслужване налагат да се осъществи идентифициране на суицидогенните фактори преди всичко при определени контингенти, предразположени или застрашени от самоубийство — възрастното мъжко население в селата, психически пренатоварените млади хора от градовете, подложените на миграция социално-лабилни групи, лицата с хронични нелечими заболявания, алкохолици и т. п.

7. Категорично не се установяват самоубийства, осъществени поради безработица, проституция и други причини, изтъквани от западните автори и присъщи за капиталистическите страни.

8. Анализът на проучването показва необходимост от конкретни мерки за профилактика на суициднума, ефикасността на които могат да бъдат осигурени от възможностите на нашия социален строй и характера на социалистическото ни здравеопазване.

Резултатите от проведеното обследване на самоубийствата на територията на Русенски окръг за 19-годишен период, както и дефинираните от тях, изложени по-горе изводи от проучването, ни позволяват да отправим следните препоръки:

— Междуведомственият Съвет за криминологични изследвания към Главната прокуратура на НРБ, да организира подобни териториални проучвания на самоубийствата и в останалите окръзи на страната.

— Да бъде регламентирана задължителната съдебно-психиатрична експертиза, при следствено изясняване на всички случаи на самоубийство.

Централно статистическо управление да въведе учетна форма за регистриране на завършените самоубийства.

— Да се регламентира задължителното регистриране на всички опити за самоубийство от здравните органи.

— Министерството на народното здраве да осигури задължителна хоспитализация по спешност на всички лица, направили опит за самоубийство.

— Хоспитализираните болни да бъдат задължително консултирани от психиатър, или от невролог.

— Наред със задължителната хоспитализация, всички лица, направили опит за самоубийство, да бъдат взети на активен диспансерен отчет.

— Да бъде създадено научноизследователско звено — Център за борба със самоубийствата.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САМОУБИЙСТВА В РУСЕНСКОМ ОКРУГЕ

Резюме

Цель рассматриваемого диссертационного труда — изучить некоторые из социально-гигиенических проблем, связанных с самоубийствами.

По сути дела диссертационный труд охватывает конкретное социологическое обследование всех самоубийств на территории Русенского округа, прослеживающее 19-летний период.

Акцент ставится на то, что развитие современной суицидологии требует, параллельно с подлинно клиническими проблемами, обратить внимание и на ряде организационных проблем, связанных прежде всего с медицинскими возможностями обеспечения профилактики.

Рассматриваются возможности профилактики, а так же и практическая деятельность специализированных центров предупреждения самоубийства в ряде стран. Указывается на необходимость социально-гигиенических исследований явления самоубийства, соответственно с действующей системой здравоохранения и с существующим социальным строем. Делается короткий анализ научных исследований в Болгарии, связанных преимущественно с деятельностью болгарских врачей-психиатров.

Применяемая методика изучения дает возможность объединить материал юристов и медиков, пользуясь при этом широким участием всей общественности в процессе накопления и обработки данных.

Что касается динамики и сезонности, результаты обследования указывают на значимость проблем в изучаемом автором районе. Самоубийства в округе Русе превышают самоубийства по стране, за большую часть изучаемых годов. Как абсолютное число, так и кратность их в округе, по сравнению с начальными годами изучения, увеличились втрое. Коэффициенты мужчин выявляются больше, чем у женщин в соотношении 4:1, а что касается сельских жителей — цифры в два два раза больше. ($p \leq 0.05$).

Кроме всех постоянно действующих и посторонних факторов, на объем изучаемого явления оказывают влияние и факторы сезонного характера. Так например, в периоде с месяца марта до августа наблюдаются гораздо большее число самоубийств. Как для округа, так и по стране, существенные различия между жителями городов и сел не обнаруживаются.

Анализ возрастово-половой структуры подчеркивает значимость ряда социальных факторов, связанных с урбанизацией, семейным положением, социальным статусом, вредными привычками и факторами в жизни пострадавших. Рисковыми группами здесь являются взрослое мужское сельское население, алкоголики, психические больные с депре-

сивными синдромами, все хронические больные с невылеченными соматическими заболеваниями, лечившиеся в амбулаторных условиях, госпитализированные неуспешные самоубийцы, как и неповлиявшие медикаментозным путем депрессивные синдромы.

Социальная детерминированность самоубийств с особенной силой подчеркивается в группе взрослых и пожилых людей. Здесь ударение падает на большую роль факторов самотности, изоляции, безперспективности, отчужденности и чувство малоценности. Сунцидогенная значимость вышеупомянутых факторов больше всего проявляется в сочетании с материальными затруднениями или с переменами в семейном положении.

Обследование признает социально-лабильными группами лиц с низкой культурой и недостаточным образованием. Данные о культуре свободного времени как функция образования и образа жизни также обретают высокую информационную значимость. Указанные лица составляют 70% всех обследованных случаев.

Особое внимание выделяется самоубийствам, связанные с ухудшением состоянием здоровья. Пациенты этой группы составляют 61,5% обследованных случаев. В 54,4% случаев речь идет о тяжелых физических заболеваниях и в 45,6% — о психических заболеваниях. Так же устанавливается и скрытая необходимость в социальном обеспечении — чаще всего в госпитализации, выходе на пенсию, в решении материальных затруднений.

Указываются реальные медицинские возможности профилактики самоубийств. Здесь основными моментами выступают: обязательная госпитализация контингентов с тентаменов сунцидии, целенаправленный контроль со стороны медицинского персонала в условиях стационара и в амбулаторных условиях, обучение его в целях улучшения ухода за пациентами с опытами самоубийства, а так же — диспансеризация.

Профилактика самоубийства является коллективным делом органов здравоохранения, общественности и государственных институтов.

ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Красналиев, И., С. Влаев. Към въпроса за възможната ятрогенна причинност на някои душевни заболявания, завършващи със самоубийство. Научни трудове на Първостепенната Окръжна болница Русе, — т. III, 1970.
2. Красналиев, И. Медицински възможности за профилактика на самоубийството. — Научни трудове на ПОБ Русе, т. III, 1970 г.
3. Красналиев, И. Социал-хигиенни проблеми при проучване на самоубийството. — Научни трудове на ПОБ Русе, т. III, 1970.
4. Красналиев, И. Комплексното изучаване на самоубийствата — методологична основа за първична и вторична превенция. — международен симпозиум по социална психиатрия, България, Слънчев бряг, 1971.
5. Красналиев, И. Профилактика на самоубийствата в системата на соматичните болници. — III международен симпозиум по социална психиатрия, България, Слънчев бряг, 1971.
6. Красналиев, И. Самоубийствата сред възрастното население в града и селото. — Пети Дунавски симпозиум по психиатрия, Русе, 1972.
7. Красналиев, И. Социална гериатрия и самоубийство. — Научни трудове на ПОБ Русе, т. IV.
8. Красналиев, И. Изводи и приноси от проучването на самоубийствата в Русенски окръг за периода 1953—1969 г. — Научни трудове на ПОБ Русе, т. IV.
9. Krassnaliew, J. Besonderheiten der soziologischen Untersuchungen im Bezirk Russe. — 3 internationaler Kongress über soziale Psychiatrie, Zagreb, 21—27. IX. 1970.
10. Krassnaliew, J. Selbstmord, Deontologie und Gesetz. 3 Internationaler Kongress über soziale Psychiatrie, Zagreb, 21—27. IX. 1970.
11. Krassnaliew, J., I. Lingorski. Der Selbstmord als Problem in der bulgarischen wissenschaftlichen Literatur — 3 Internationaler Kongress über soziale Psychiatrie, Zagreb, 21—27. IX. 1970.

Редакция и корекция: Д-р Л. Милитеров
поръчка № 4500, тираж 200, формат 71x100/16 печатни коли 2

Държавна печатница „Дунав“ — Русе

