

Суицидальные мысли и зарегистрированные суицидальные попытки во время экономического кризиса в Греции

Marina Economou^{1,2}, Michael Madianos³, Lily Evangelina Peppou¹, Christos Theleritis¹, Athanosios Patelakis¹, Costas Stefanis¹

¹ University Mental Health Research Institute (Греция)

² First Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital (Греция)

³ Department of Mental Health and Behavioural Sciences, School of Health Sciences, University of Athens, Athens, Greece (Греция)

Перевод: Бакунина Н.С.

Редактура: Алфимов П.В.

Финансовый кризис в Греции существенно отразился на соматическом и психическом здоровье населения, что вызывает обеспокоенность о потенциальном росте суицидов. Целью данного исследования являлось изучение изменений в показателях суицидальности в период между 2009 и 2011 гг. в репрезентативной выборке и нескольких подгруппах населения. Также были исследованы социально-экономические предикторы суицидальных мыслей и попыток самоубийства в 2011 году. В 2009 и 2011 годах было проведено два общенациональных перекрестных телефонных опроса. В опросах приняли участие 2192 и 2256 человек (случайная и репрезентативная выборки, соответственно). Между 2009 и 2011 гг. произошло значительное увеличение распространенности суицидальных мыслей и сообщений о суицидальных попытках. Люди, страдающие депрессией, мужчины, состоящие в браке, люди, испытывающие финансовые трудности, люди с низким уровнем межличностного доверия, а также люди с суицидальными попытками в анамнезе оказались особенно уязвимы.

Ключевые слова: финансовый кризис, суицидальные мысли, суицидальные попытки, безработица, Греция.

Суициды являются огромной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Каждый год примерно один миллион человек кончает жизнь самоубийством во всем мире, что делает суицид одной из ведущих причин смерти на международном уровне (1,2). В виду этого обстоятельства, Всемирная Организация Здравоохранения инициировала сбор данных о распространенности и факторах риска суицидов для информирования и планирования стратегий и политики общественного здравоохранения (3). Предыдущие исследования показали, что суицидальные мысли и попытки, именуемые в дальнейшем «суицидальность», должны рассматриваться, как предикторы более серьезных суицидальных действий (4,5).

Было обнаружено, что самоубийства и суицидальность тесно связаны с психиатрическими и социально-экономическими факторами (6). Наличие психического расстройства является одним из наиболее выявляемых факторов риска самоубийства или суицидальности (7,8), при этом «психологическая аутопсия показала», что более 90 % жертв суицида страдали от психических заболеваний на момент их смерти (9), чаще всего от расстройств настроения (10). И наоборот, получены убедительные свидетельства в пользу связи между суицидальностью и социально-экономическими факторами, такими как безработица, доход и семейное положение (6,11,12). В периоды экономического спада и его последствий, включая финансовые трудности, потерю работы и рост распространенности депрессии (13-16), суицид становится серьезной проблемой (17).

В 2008 году как следствие глобального финансового кризиса и увеличившихся расходов бюджета, население Греции столкнулось с серьезными социально-экономическими потрясениями. В 2010 году был подписан меморандум об экономической и финансовой

политике, чтобы предотвратить дефолт Греции. В 2011 году финансовый и социально-политический климат стал еще хуже: уровень безработицы достиг 16,6 % в мае, валовой внутренний продукт (ВВП) снизился до 6,1 %, а долг вырос с 105,4 % от ВВП в 2007 году до 160,9 % (18,19). Влияние экономического кризиса в Греции на соматическое и психическое здоровье начало привлекать все большее внимания (13, 20, 21), уделяя особое значение потенциальному росту самоубийств или суицидальности (21 - 24). Это имеет первостепенное значение, учитывая низкий уровень самоубийств в стране, о котором сообщается в предыдущих исследованиях (25-27).

В попытке оценить влияние финансового кризиса на психическое здоровье населения Греции в 2009 и 2011 годах (до и после внедрения Меморандума об экономической и финансовой политике в повседневную жизнь населения) были проведены два перекрестных общенациональных исследования. Настоящее исследование сфокусировано на изучении суицидальности. В нем сообщается о распространенности суицидальных мыслей и попыток в репрезентативной выборке населения Греции и в различных подгруппах населения в период с 2009 по 2011 гг. и о предикторах суицидальных мыслей и попыток в 2011 году.

Методы

Основой выборки исследования была национальная база данных телефонных номеров, которая обеспечивает охват подавляющего большинства семей в стране. Из каталога была сделана случайная выборка принадлежащих людям телефонных номеров. В каждой семье человек, у которого день рождения был последним, был выбран для интервью.

Телефонные интервью были проведены среди взрослого населения в возрасте от 18 до 69 лет, в течение

Таблица 1. Социально-демографические характеристики выборок в 2009 и 2011 годах по сравнению с данными переписи населения 2001 года

	2009		2011		2001
	n	%	n	%	%
Пол					
Мужской	1080	49,3	1090	48,3	46,8
Женский	1112	50,7	1166	51,7	54,2
Возрастные группы					
<24	210	9,6	223	9,9	9,2
25–34	411	18,7	426	18,9	19,8
35–44	325	14,8	367	16,3	16,2
45–54	452	20,6	425	18,8	19,4
55–64	384	17,5	368	16,3	16,0
>65	409	18,6	447	19,8	18,4
Семейное положение					
Холост или не замужем	486	22,2	455	20,2	21,0
Женат или замужем	1487	67,8	1585	70,3	70,0
Вдовец или вдова	123	5,9	138	6,1	7,1
В разводе	96	4,3	78	3,5	3,0
Образование (годы)					
<11	1077	49,1	1351	59,9	61,0
12	813	37,1	654	29,0	28,0
>13	302	13,8	251	11,1	11,0
Место жительства					
Афинская агломерация	808	36,9	847	37,5	39,3
Фессалоники и центральная Македония	275	12,5	388	17,2	15,0
Другие части страны	1109	50,6	1021	45,3	45,7
Трудоустройство					
Работающий	1184	84,4	1214	85,5	94,0
Безработный	218	15,6	206	14,5	6,0

одного и того же периода времени (с февраля по апрель) в 2009 и 2011 годах. В 2009 году из 2667 звонков 2192 интервью были успешно завершены (доля респондентов 82,2 %). Сто восемьдесят четыре человека (6,9 %) сразу же повесили трубку и 290 (10,9 %) отказались от опроса или не закончили интервью. В 2011 году из 2820 звонков, 2256 интервью были успешно завершены (доля респондентов 80,5 %). Двести три человека (7,2 %) сразу повесили трубку и 347 (12,3 %) отказались от опроса или не закончили интервью. Статистически значимых различий между участниками, которые вошли в выборку и теми, кто не подходил по полу, возрасту и месту жительства, обнаружено не было.

Все интервью были проведены подготовленными специалистами в области социологии и психологии. Обучение специалистов включало в себя лекции, ролевые игры и пилотные телефонные интервью общей сложностью 60 часов, которые были записаны на пленку и переслушаны.

Был использован метод компьютеризированных телефонных опросов (28), который позволял автоматически управлять анкетами, осуществлять интерактивную проверку и автоматически планировать будущие вызовы (например, если на вызов не ответили или интервью не было завершено).

Информация о распространенности большого депрессивного эпизода, суицидальных мыслей и суицидных попытках в течение последнего месяца была собрана с помощью соответствующего модуля структурированного клинического интервью для DSM-IV расстройств I оси (SCID-I) (29), который был стандартизирован для греческого населения и широко использу-

ется в клинических и эпидемиологических исследованиях (например, 30, 31).

Для подтверждения достоверности диагноза, случайную выборку звонков (10 %) оценили десять интервьюеров. Установленная капша Флейса: 0,89 в 2009 году и 0,90 в 2011 году. Кроме того, случайная выборка участников (10 %) согласилась на повторное интервью у психиатра. Уровень совпадения диагноза составил 87 % в 2009 году и 89 % в 2011 году.

Для оценки степени финансовых трудностей участников был использован индекс личного экономического дистресса (ИЛЭД) (13). Эта шкала включает в себя восемь вопросов и описывает столкновение участников с ежедневными финансовыми потребностями, связанными с домашним хозяйством, в течение последних шести месяцев. Ответы ранжируются по трехбалльной шкале (никогда, 1; иногда, 2; часто, 3), а суммарный балл шкалы может варьироваться от 8 (отсутствие финансовых трудностей) до 24 (серьезные финансовые трудности). Предыдущее исследование психометрических свойств шкалы определило 15 в качестве пороговой величины (за счет определения лучших результатов по чувствительности и специфичности, (13)). Согласно с этим, участники, получившие балл выше этой пороговой величины, расценивались как имеющие финансовые затруднения. Шкала отображает хорошую внутреннюю согласованность характеристик (альфа Кронбаха 50,93).

Межличностное доверие оценивалось по соответствующим вопросам из Европейского Социального Опросника (32). Вопросы оценивались по шкале от 0 до 10, где 0 соответствовал низкому уровню межличностного доверия. Так как в шкале определилась хоро-

Таблица 2. Распространенность (%) суицидальных мыслей в различных подгруппах населения в 2009 и 2011 годах.				
	2009 (n=2192)	2011 (n=2256)	χ^2 (df=51)	p-значение
Пол				
Мужской	4,4	7,1	6,41	0,011
Женский	5,9	6,3	0,05	0,817
Возраст				
<24	13,9	4,9	15,83	<0,001
25–34	7,0	9,9	1,19	0,275
35–44	3,4	6,6	2,69	0,100
45–54	7,4	7,8	0,00	0,923
55–64	1,9	7,2	14,41	<0,001
>65	3,2	5,0	1,08	0,299
Семейное положение				
Холост или не замужем	11,6	5,6	17,24	<0,001
Женат или замужем	2,3	7,3	38,08	<0,001
Образование				
<11	4,3	6,8	3,39	0,065
12	6,3	6,8	0,01	0,921
>13	6,0	6,6	0,17	0,680
Место жительства				
Другие регионы	4,9	5,8	0,95	0,328
Афины	5,7	8,0	3,16	0,075
Трудоустройство				
Безработный	4,0	10,2	3,31	0,069
Экономически активный	5,2	7,2	3,05	0,080
Экономически неактивный	5,3	4,9	0,06	0,796
Обращение за специализированной помощью				
Нет	4,5	4,7	0,05	0,810
Да	8,3	17,3	13,36	<0,001
Использование психотропных средств				
Нет	5,2	5,9	0,86	0,353
Да	4,5	22,7	11,10	<0,001
Диагноз большой депрессии				
Нет	2,5	2,3	0,15	0,69
Да	54,9	56,0	0,00	0,94

шая внутренняя согласованность характеристик (альфа Кронбаха 50,77), был вычислен суммарный балл.

Были зафиксированы социально-демографические характеристики респондентов (пол, возраст, семейное положение, место жительства, образование, рабочая занятость) и их предыдущие контакты с психиатрами, использование психотропных препаратов, и число госпитализаций.

Исследование получило одобрение Этического комитета НИИ психического здоровья и было выполнено в соответствии с этическими нормами, установленными в 1964 году Хельсинкской декларацией. Информированное согласие было получено от всех участников.

Для изучения различий между категориальными переменными, был использован критерий χ^2 с поправкой Йетса. Чтобы выявить предикторы суицидальных мыслей и недавних суицидальных попыток, были рассчитаны две модели логистической регрессии с наличием или отсутствием суицидальных мыслей или недавними попытками самоубийства в качестве зависимой переменной. Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета SPSS v.17.

В таблице 1 представлены социально-демографические характеристики выборок 2009 и 2011 годов наряду с теми же характеристиками греческого населения в соот-

ветствии с переписью населения 2001 года. Состав выборки был сопоставим с данными переписи населения.

Результаты

Доля респондентов, которые указали на наличие суицидальных мыслей, составила 6,7 % в 2011 году против 5,2 % в 2009 году ($\chi^2=3,92$, $df=1$, $p=0,04$). Как показано в таблице 2, значительное увеличение распространенности суицидальных мыслей наблюдалась у мужчин (7,1 % против 4,4 %, $\chi^2=6,41$, $df=51$, $p=0,011$), но не у женщин (6,3 % против 5,9 %, $\chi^2=0,05$, $df=1$, $p=0,817$). Распространенность суицидальных мыслей также увеличилась среди опрошенных в возрасте 55-64 лет (7,2 % против 1,9 %, $\chi^2=14,41$, $df=1$, $p<0,001$), в то же время она снизилась среди лиц моложе 24 лет (4,9 % против 13,9 %, $\chi^2=15,83$, $df=1$, $p<0,001$). Увеличение этого показателя наблюдалось также среди лиц, состоящих в браке (7,3 % против 2,3 %, $\chi^2=38,08$, $df=1$, $p<0,001$), в то время как распространенность суицидальных мыслей снизилась среди холостых и незамужних респондентов (5,6 % против 11,6 %, $\chi^2=17,24$, $p<0,001$). Степень выраженности суицидальных мыслей также увеличилась от 2009 к 2011 году среди респондентов, которые принимали психотропные препараты (22,7 % против 4,5 %, $\chi^2=11,10$, $df=1$, $p<0,001$) и тех, кто обращался за помощью к специалистам в области психического здоровья (17,3 % против 8,3 %, $\chi^2=13,36$, $df=1$, $p<0,001$).

Таблица 3. Распространенность (%) зарегистрированных суицидальных попыток в различных подгруппах населения в 2009 и 2011 годах.

	2009 (n=2192)	2011 (n=2256)	2 (df=51)	p-значение
Пол				
Мужской	0,4	2,0	11,12	<0,001
Женский	1,8	1,0	1,93	0,165
Возраст				
<24	0,0	1,3	1,53	0,215
25–34	0,0	1,7	6,73	0,009
35–44	0,0	2,3	4,56	0,033
45–54	3,2	0,7	5,33	0,021
55–64	1,2	2,8	1,93	0,164
>65	1,4	0,6	0,55	0,457
Семейное положение				
Холост или не замужем	2,8	1,4	3,14	0,076
Женат или замужем	0,3	1,6	10,81	0,001
Образование (годы)				
<11	2,1	2,9	0,39	0,530
12	0,3	1,4	1,25	0,262
>13	0,1	1,2	5,96	0,015
Место жительства				
Другие регионы	1,3	1,8	0,74	0,388
Афины	0,9	1,1	0,02	0,874
Трудоустройство				
Безработный	0,0	4,4	4,12	0,042
Экономически активный	0,4	1,1	1,95	0,162
Экономически неактивный	1,9	1,6	0,03	0,861
Обращение за специализированной помощью				
Нет	0,7	1,3	2,49	0,115
Да	2,7	2,6	0,00	1,000
Использование психотропных средств				
Нет	1,1	1,3	0,36	0,546
Да	1,1	5,2	1,26	0,260
Диагноз большой депрессии				
Нет	0,8	0,5	0,97	0,324
Да	6,6	13,0	2,56	0,109

Доля респондентов, которые сообщили о недавней попытке самоубийства, составила 1,5 % в 2011 году против 1,1 % в 2009 году ($\chi^2=1,16$, $df=1$, $p=0,28$) (23). Как показано в таблице 3, значительное увеличение распространенности недавних попыток самоубийства наблюдалось у мужчин (2,0 % против 0,4 %, $\chi^2=11,12$, $df=1$, $p<0,001$), но не у женщин (1,0 % против 1,8 %, $\chi^2=1,93$; $df=1$, $p=0,165$). Распространенность недавних суицидных попыток также увеличилась среди людей в возрасте 25–34 лет (1,7 % против 0,0 %, $\chi^2=6,73$, $df=1$, $p=0,009$) и 35–44 лет (2,3 % против 0,0 %, $\chi^2=4,56$, $df=1$, $p=0,033$), а среди респондентов в возрасте 45–54 лет она снизилась (0,7 % против 3,2 %, $\chi^2=5,33$, $df=1$, $p=0,021$). Увеличение этого показателя также наблюдалось среди людей, состоящих в браке (1,6 % против 0,3 %, $\chi^2=10,81$, $df=1$, $p=0,001$), и среди лиц с самым высоким уровнем образования (1,2 % против 0,1 %, $\chi^2=5,96$, $df=1$, $p=0,015$). Среди безработных респондентов данных о недавней попытке самоубийства в 2009 году не было, в то время как в 2011 году доля безработных респондентов с недавней суицидальной попыткой составила 4,4 % ($\chi^2=4,12$, $df=1$, $p=0,042$).

Как показано в таблице 4, значимыми предикторами суицидальных мыслей в 2011 году были: наличие большого депрессивного расстройства в течение предыдущего месяца, столкновение с финансовыми трудностями, попытка самоубийства в анамнезе, низкий уровень

межличностного доверия. Появление суицидальных мыслей у лиц, которые удовлетворяли критериям большого депрессивного расстройства по DSM-IV, было в 48 раз вероятнее, чем среди людей без этого диагноза ($OR=47,72$, 95 % ДИ=22,18–62,66, $p<0,001$). У респондентов с суицидальной попыткой в анамнезе в семь раз чаще встречаются суицидальные мысли, чем у людей без таковой ($OR=6,89$, 95 % ДИ=1,66–8,60, $p<0,01$).

Как показано в таблице 5, значимыми предикторами суицидальной попытки в 2011 году были: наличие большого депрессивного расстройства в течение предыдущего месяца, финансовые трудности, суицидальная попытка в анамнезе, мужской пол, женатый/замужний семейный статус. Люди, которые удовлетворяли критериям большого депрессивного расстройства по DSM-IV, в 97 раз чаще сообщали о суицидной попытке в течение предыдущего месяца, чем лица без этого диагноза ($OR=97,39$, 95 % ДИ=71,06–134,45, $p<0,01$). Среди мужчин суицидные попытки встречались в 12 раз чаще, чем среди женщин ($OR=12,26$, 95 % ДИ=5,10–16,78, $p<0,05$), также люди, состоявшие в браке совершали суицидальные попытки в 53 раза чаще, чем не женатые ($OR=53,29$, 95 % ДИ=33,29–64,40, $p<0,05$). Лица с суицидальной попыткой в анамнезе в 14 раз чаще сообщали о недавней суицидальной попытке, чем лица без таковой ($OR=14,41$, 95 % ДИ=1,79–15,95, $p<0,01$).

Таблица 4. Результаты логистической регрессии (зависимая переменная – суицидальные мысли).			
	ОР	95 % ДИ	p-значение
Диагноз большой депрессии			
Нет ^a			
Да	47,72	22,18–62,66	<0,001
Пол			
Женский			
Мужской	1,96	0,93–4,13	НЗ
Возраст (годы)	0,96	0,72–1,29	НЗ
Образование (годы)	1,11	0,58–2,13	НЗ
Место жительства			
Афины ^a			
Другие регионы	1,57	0,70–3,54	НЗ
Семейное положение			
Холост или не замужем ^a			
Женат или замужем	1,51	0,59–3,82	НЗ
Трудоустройство			
Безработный ^a			
Экономически активный	0,92	0,26–3,23	НЗ
Экономически неактивный	0,71	0,15–3,25	НЗ
Балл ИЛЭД	1,07	1,07–1,40	<0,05
Предыдущие суицидальные попытки			
Нет ^a			
Да	6,89	1,66–8,60	<0,01
Балл по шкале межличностного доверия	0,93	0,87–0,98	<0,001

^aКатегория сравнения
ИЛЭД – индекс личного экономического дистресса
ОР – отношение рисков
ДИ – Доверительный интервал
НЗ – не значимо

Дискуссия

Это исследование приводит доказательства о существенном росте распространенности суицидальных мыслей и попыток самоубийства в репрезентативной выборке населения Греции в период между 2009 и 2011 гг. Особенно подвержены суицидальности оказались люди, страдающие депрессией, мужчины, женатые/замужние лица, люди, испытывающие финансовые трудности, люди с низким уровнем межличностного доверия, а также лица с наличием суицидальных попыток в анамнезе.

Предыдущие исследования в стране отображают важные колебания показателей суицидальности на протяжении многих лет, а также тесную связь между этими явлениями и социально-экономическими факторами (13, 26).

В частности, в эпидемиологическом исследовании, которое проводилось в 1978 году, 1-месячная распространенность суицидальных мыслей составила 4,8 %, тогда как в 1984 году она составила 10,9 % (26). Такой значительный рост объясняется экономическим спадом, который достиг своего пика к 1984 и обусловил необходимость применения экономических мер в течение 1985-1986 годов (33). Аналогичная тенденция попыток была обнаружена в течение месяца до интервю: 0,7 % в 1978 г. и 2,6 % в 1984 г. В 2008 г., до начала экономического кризиса в Греции, 1-месячная распространенность суицидальных мыслей составляла 2,4 %, суицидальных попыток 0,6 (13). Оба показателя существенно ниже, чем в 2009 и 2011 годах.

Zacharakis et al. (25) изучили уровень самоубийств в Греции в период 1980-1995 гг. и обнаружили, что он был одним из самых низких в мире. Возможно, это было связано с множеством социальных и культурных факторов: тесные семейные связи, поддержка и помощь со стороны социальных служб и религиоз-

ность. Показатель самоубийств оставался низким до 2009 года. Согласно официальной информации из полицейского реестра, в 2009 году имели место 507 завершённых самоубийств и серьёзных попыток самоубийства, 622 в 2010 году и 598 в 2011 году (34).

Отмечается параллель этих данных с постепенным увеличением распространенности большого депрессивного расстройства в Греции в течение последних нескольких лет (16). Это подтверждает, что экономический кризис в Греции повлиял на психическое здоровье населения, также как это наблюдалось в других странах (14, 35).

Наши данные о подгруппах населения, наиболее уязвимых к суицидальности, можно объяснить социально-экономическими изменениями, в частности безработицей, отсутствием гарантий трудоустройства и потерей доходов, которые играют важную роль в период экономического спада (36-38). Например, люди с высоким уровнем образования могут столкнуться с трудностями в поиске работы. Также могут возникать несоответствия уровня их образования и доходов. Мужчины и женщины, состоящие в браке, являются кормильцами в греческой семье и могут чувствовать себя не в состоянии обеспечить свои семьи всем необходимым в связи с безработицей и отсутствием гарантий трудоустройства. Возрастные группы, отражающие наиболее высокий рост суицидальности в нашем исследовании — это те группы, которые испытывали наибольшие изменения в уровне безработицы в последние годы (39). Кроме того, людям в возрасте 55-64 лет приходилось справляться с обязательным ранним выходом на пенсию в 2011 году. Исследования показали, что люди, которые достигли пенсионного возраста в разгар экономического кризиса, рассчитывая на постоянный доход, зависящий от рыночной конъюнктуры (например, пенсии) и без должного

Таблица 5. Результаты логистической регрессии (зависимая переменная – зарегистрированные суицидальные попытки [наличие или отсутствие])			
	ОР	95 % ДИ	p-значение
Диагноз большой депрессии			
Нет ^a			
Да	97,39	71,06–134,45	<0,01
Пол			
Женский ^a			
Мужской	12,26	5,10–16,78	<0,05
Возраст (годы)	0,43	0,16–1,16	НЗ
Образование (годы)	2,88	0,53–5,69	НЗ
Место жительства			
Афины ^a			
Другие регионы	1,89	0,21–6,67	НЗ
Семейное положение			
Холост или не замужем ^a			
Женат или замужем	53,29	33,29–64,40	<0,05
Трудоустройство			
Безработный ^a			
Экономически активный	0,40	0,02–6,74	НЗ
Экономически неактивный	14,90	0,35–24,76	НЗ
Балл ИЛЭД	1,23	1,02–1,49	<0,05
Предыдущие суицидальные попытки			
Нет ^a			
Да	14,41	1,79–15,95	<0,01
Балл по шкале межличностного доверия	1,03	0,87–1,22	НЗ
^a Категория сравнения ИЛЭД – индекс личного экономического дистресса ОР – отношение рисков ДИ – Доверительный интервал НЗ – не значимо			

финансового планирования оказались особенно подвержены стрессу и неопределенности (41).

Значительное увеличение распространенности суицидального поведения среди тех, кто обращался за профессиональной помощью и тех, кто принимал психотропные препараты сравнимо с увеличением использования услуг в области психического здоровья и заболеваемости, обратившихся за помощью с психологическим проблемам в периоды экономического неблагополучия (42).

В нашем исследовании единственным существенным защитным фактором в отношении суицидальных мыслей был уровень межличностного доверия. Долгое время это считалось мерой социального капитала (43), который, в свою очередь, был связан с более низкими показателями смертности (44) и распространенности самоубийств (45). Это поддерживает данные Durkheim о социальной интеграции и суицидальности (46). Социальный капитал в целом и межличностное доверие в частности могут защитить граждан от развивающихся суицидальных мыслей, даже в периоды экономического кризиса. Это лишний раз подчеркивает важность усиления социального капитала для смягчения неблагоприятного влияния экономического спада на психическое здоровье населения (17, 47).

Наши данные показывают, что среди лиц мужского возраста вероятность суицидальной попытки значительно выросла. Это можно объяснить целым рядом факторов, такими как отсутствие гарантий трудоустройства, потеря дохода, мужская социальная роль, которая тесно связана с условиями трудоустройства и низкой доступностью социальной поддержки. Например, Moller-Laumkyuler (48) связывал подверженность мужчин к суициду с наблюдением, что мужчины, как правило, социально менее интегрированы в сообщество,

имеют меньшую социальную поддержку и эмоционально более изолированы (по сравнению с женщинами).

Повышенный риск суицидальных попыток среди лиц, состоящих в браке, может быть интерпретирован в свете модели семейного стресса (49, 50), которая постулирует, что пары, сталкивающиеся с финансовыми трудностями становятся рассерженными, печальными и пессимистически смотрят на будущее. Эмоциональный дистресс обуславливает «неподдерживающее» и раздражительное взаимодействие супругов, что в результате приводит к семейному конфликту. Супружеские конфликты в свою очередь, связаны с депрессией (49, 50) и суицидами (51). Эта модель получила поддержку в исследованиях, проведенных в США (52), Чехии (53), Финляндии (54), Румынии (55) и Корее (56).

Клиницистам необходимо знать о вышеперечисленных факторах риска. Они должны внимательно обследовать мужчин, людей с депрессией, тех, кто испытывает финансовые трудности, индивидов с попытками самоубийства в анамнезе, женатых лиц, а также людей с низким уровнем межличностного доверия.

Врачи должны иметь в виду, что около 90 % незапланированных и 60 % запланированных первых суицидальных попыток происходят в течение 1 года с момента появления суицидальных мыслей (8). В этом контексте раннее выявление психических расстройств (в частности, депрессии) имеет первостепенное значение (57). Обнаружено, что внедрение программ, специально разработанных для подготовки врачей первичного звена для распознавания и лечения депрессии, приводят к снижению уровня самоубийств (58). Развитие программ социальной защиты, таких как программа расширения рабочей силы, системы социальной под-

держки и доступа к медицинской помощи и страхованию, может смягчить негативные последствия экономического кризиса и безработицы на психическое здоровье граждан (17, 47).

В настоящем исследовании был ряд методологических недостатков. Из-за перекрестного характера исследования нельзя делать однозначные выводы о причинах того или иного феномена. Кроме того, сведения о суицидальных мыслях и попытках могут быть необъективны в виду нежелания респондентов раскрывать такую конфиденциальную информацию. Нужно отметить, что для облегчения получения подобных сведений была обеспечена анонимность телефонного интервью (59, 60). Таким образом, нельзя исключить, что полученные в этом исследовании данные недооценивают действительные показатели.

Наши данные подтверждают, что влияние кризиса на психическое здоровье населения Греции в настоящее время широко распространено и носит системный характер. Это лишний раз подчеркивает необходимость принятия мер, направленных на «смягчение» этих неблагоприятных эффектов. Если Греция рассчитывает сохранить свое низкое место в мировом списке уровня самоубийств, необходимо разработать и внедрить стратегический план, направленный на лечение депрессии и предотвращение самоубийств.

Библиография

1. World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. US Department of Health and Human Services. With understanding and improving health and objectives for improving health. Washington: US Department of Health and Human Services, 2000.
3. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Brezo J, Paris J, Tremblay R et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med* 2006;36:180-206.
5. Suominen K, Isometsa E, Suokas J et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-3.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-54.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
9. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
10. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.
11. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999;175:263-70.
12. McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ et al. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1168-75.
13. Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:943-52.
14. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010;126:125-33.
15. Wang JL, Smailes E, Sareen J et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010;55:598-605.
16. Economou M, Madianos M, Peppou L et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* (in press).
17. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization, 2011.
18. Eurostat. Euro area and EU27 government deficit at 6.0 % and 6.4 % of GDP respectively. Luxembourg: Eurostat, 2011.
19. Hellenic Statistical Authority. Unemployment rate at 16.6 % in May 2011. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2011.
20. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4-5.
21. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8.
22. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378:124-5.
23. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
24. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012;380:337.
25. Zacharakis CA, Madianos M, Papadimitriou GN et al. Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:471-6.
26. Madianos M, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:171-8.
27. World Health Organization. Suicide rates in Greece. www.who.int.
28. Ketola E, Klockars M. Computer-assisted telephone interview (CATT) in primary care. *Fam Pract* 1999;16:179-83.
29. First MB, Spitzer R, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, patient edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1996.
30. Madianos M, Papagheles M, Philippakis A. The reliability of SCID-I in Greece in clinical and general population. *Psychiatriki* 1997;8:101-8.
31. Madianos M, Economou M, Stefanis C. Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: a 13 year follow up study in a nonclinical population. *Compr Psychiatry* 1998;39:47-56.
32. European Social Survey. Questionnaire. www.europeansocialsurvey.org.
33. Madianos M, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:211-9.
34. Ministry of Public Order & Citizen Protection. Table on suicides (completed and attempted) from 2009 until 10-12-2011. Athens: Police Headquarters, 2011.
35. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
36. GavriloVA NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN et al. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 2000;19:397-419.
37. Gunnell D, Harbord R, Singleton N et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93.
38. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East или Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68:1322-31.
39. Hellenic Statistical Authority. Research on Labour Force: May 2012. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2012.

40. Kelly S. Don't stop thinking about tomorrow: the changing face of retirement — the past, the present, the future. Sydney: AMP. NATSEM, 2009.
41. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011;73:1105-12.
42. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health* 1991;81:1148-52.
43. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:120-30.
44. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-8.
45. Duberstein P, Conwell Y, Connor K et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *Psychol Med* 2004;34:1331-7.
46. Durkheim E. *Le suicide. _Etude de sociologie.* Paris: Les Presses universitaires de France, 1897.
47. Wahlbeck K, McDavid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11:139-45.
48. Moller-Leimkuhler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8.
49. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam* 1990;52:643-55.
50. Conger RD, Wallace LE, Sun Y et al. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol* 2002;38:179-93.
51. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:158-9.
52. Vinokur AD, Price RH, Caplan RD. Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:166-79.
53. Hrabá J, Lorenz FO, Pechacova Z. Family stress during the Czech transformation. *J Marriage Fam* 2000;62:520-31.
54. Kinnunen U, Pulkkinen L. Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples: mediator effects. *J Fam Issues* 1998;19:705-24.
55. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psychol* 2005;19:246-51.
56. Kwon HK, Rueter MA, Lee MS et al. Marital relationships following the Korean economic crisis: applying the family stress model. *J Marriage Fam* 2003;65:316-25.
57. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.
58. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
59. Evans E, Hawton K, Rodham K et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:239-50.
60. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:707-15.