

**ФГБУ “Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

Б.С. Положий, Е.А. Панченко

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
(детерминанты, клиническая динамика,
типология, профилактика)



Москва - 2015

УДК 616.89
ББК 56.14
П52

Монография подготовлена сотрудниками ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук, профессором **Б.С. Положим**, кандидатом медицинских наук **Е.А. Панченко**.

Издание рекомендовано к печати на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 22 декабря 2014 г., протокол №2.

П52 Положий Б.С., Панченко Е.А. **Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика):** Монография. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2015. – 250 с.

Представленная монография базируется на результатах многолетних исследований суицидального поведения, проводившихся при непосредственном участии авторов. Основное внимание уделено анализу суицидального поведения лиц, совершивших суицидальные попытки. В монографии подробно описаны биологические, личностно-психологические, клинические и социальные детерминанты суицидального поведения. Отражены характеристики суицидального поведения и их современные особенности. Представлена разработанная авторами типология суицидов. Предлагается собственный вариант превентивной модели суицидологической помощи.

Для психиатров, психотерапевтов, суицидологов, клинических психологов, организаторов здравоохранения.

ББК 56.14

© Б.С. Положий, Е.А. Панченко, 2015.
© ФГБУ “ФМИЦПН” им. В.П. Сербского
Минздрава России, 2015.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
-------------------	---

Глава 1

КРАТКИЙ ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ СУИЦИДА	10
---	----

Глава 2

ДЕТЕРМИНАНТЫ (ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ) СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	23
2.1. Интегративная модель суицидального поведения	23
2.2. Детерминанты I ранга	40
2.3. Детерминанты II ранга	95
2.4. Детерминанты III ранга	

Глава 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	119
3.1. Досуицидальный период	119
3.2. Пресуицидальный период	
3.3. Период реализации суицидальных намерений	131
3.4. Постсуицидальный период	137

Глава 4

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК	143
4.1. Витальный тип	143
4.2. Амбивалентный тип	150
4.3. Ситуационный тип	158
4.4. Спонтанный тип	165
4.5. Аффективный тип	170
4.6. Институциональный тип	176
4.7. Резонансный тип	181
4.8. Маскированный тип	185

Глава 5

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА

СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ 193

- 5.1. Основные тенденции в профилактике
суицидального поведения 193
- 5.2. Универсальная профилактика 202
- 5.3. Селективная профилактика 206
- 5.4. Антикризисная профилактика 212
- 5.5. Индикативная профилактика 225
- 5.6. Организационные формы профилактики 230

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 233

Литература 238

ПРЕДИСЛОВИЕ

Самоубийства продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Врачи, психологи, философы всегда уделяли этой проблеме большое внимание, однако ее изучение началось лишь в конце XIX – начале XX вв. (Дюркгейм Э., 1897; Бехтерев В.М., 1912; Фрейд З., 1913) и активно продолжается вплоть до настоящего времени. Вместе с тем, несмотря на значительное число разработанных в разные годы концепций и моделей суицидального поведения, природа и механизмы развития этого феномена продолжают оставаться недостаточно ясными. Вследствие этого программы предупреждения суицидального поведения характеризуются низкой эффективностью. Решение данной проблемы затрудняется противоречивостью существующих в мире научных представлений о сущности суицидального поведения, его причинах, пусковых механизмах, ранних проявлениях, связи с состоянием психического и соматического здоровья (Положий Б.С., 2010).

В последние десятилетия в большинстве стран мира, в том числе и в России, отмечается высокая суицидальная активность населения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2010), в мире ежегодно погибают от самоубийств около 1 млн человек, а от 10 до 20 млн совершают суицидальные попытки. Суицид занимает 8 место в списке причин смерти, 1 место среди причин насильственной смерти и одно из первых мест среди причин смерти лиц молодого и среднего возраста. Самоубийств совершается в 2 раза больше, чем убийств; от них гибнет больше людей, чем во всех вместе взятых вооруженных конфликтах. Общее число смертей вследствие самоубийств превышает суммарное количество

смертей от наиболее опасных инфекционных заболеваний. За последние 60 лет частота суицидов в мире увеличилась на 60%, достигнув к 2013 г. 14 случаев на 100 000 населения.

Несмотря на столь внушительные показатели числа суицидов, они далеко не полностью отражают величину проблемы. Так, по мнению бывшего главного психиатра ООН G. Zilburg (2006), статистические данные о суицидах “не заслуживают полного доверия, поскольку слишком многие из них не называются своим собственным именем”. Среди причин этого явления можно выделить нежелание семей погибших, называть смерть их родственников самоубийством. Это обусловлено не только социальной стигматизацией, но и возможной потерей страховки (многие страховые компании при смерти в результате самоубийства не выплачивают полной страховой суммы). Кроме того, в ряде стран власти не проявляют заинтересованности в регистрации и публикации истинных показателей частоты суицидов, что, например, имело место в СССР, а сейчас – в Северной Корее и ряде других стран.

В России наиболее неблагоприятная суицидальная ситуация имела место в последнем десятилетии XX в. По данным Б.С. Положего (2010), в 1990 г. показатель частоты суицидов составлял 26,4 случая на 100 000 населения, что на 32% превышало так называемый критический уровень ВОЗ (20 на 100 000). В первой половине 1990-х гг., в начальный период радикального реформирования общества, частота суицидов увеличилась еще в большей степени и достигла к 1995 г. 42,5 случая на 100 000. Лишь начиная с 2002 г. показатель частоты суицидов в стране начал постепенно снижаться, составив в 2012 г. 20,5 случая на 100 000. Тем не менее, этот уровень превышает среднемировой в 1,5 раза.

Наименее изученным аспектом проблемы суицидального поведения являются незавершенные суициды (суицидальные попытки, покушения на самоубийство,

парасуициды), то есть те случаи, когда акт аутоагрессии не приводит к летальному исходу. Результаты научных исследований этой формы суицидального поведения наиболее противоречивы и трудно сопоставимы (Ploederl L. et al., 2004; Grad O., 2006; de Leo D., 2006). Несмотря на то, что в настоящее время число совершаемых суицидальных попыток в России продолжает увеличиваться (Витер В.И. и др., 1997), последнее крупномасштабное исследование покушений на самоубийство было проведено более 30 лет назад (Тихоненко В.А., 1981). При этом следует учесть, что в официальную статистику попадает не более одной из 4 совершенных суицидальных попыток (ВОЗ, 2001). Это обусловлено тем, что значительная часть лиц, совершивших покушение на самоубийство, не попадает в поле зрения суицидологов и психиатров, а зачастую и медицинских работников вообще. Учреждения общемедицинского профиля, оказывающие помощь таким лицам, далеко не всегда видят в их действиях суицидальные намерения и зачастую квалифицируют случившееся как несчастный случай. Подобная точка зрения может навязываться врачу и самим суицидентом, не желающим сообщать об истинных мотивах своих действий. Главная опасность незавершенных суицидов заключается в высоком риске их повторения (Войцех В.Ф., 2002; Gunnell D., Frankel S., 1994). Известно, что наличие суицидальной попытки в анамнезе резко повышает вероятность “успешности” последующих (Brodsky B.S. et al., 1997).

Понимание суицидогенеза зачастую окутано устаревшими либо ошибочными представлениями, мешающими вовремя распознавать суицидоопасное состояние, а значит и эффективно предотвращать совершение самоубийства. Вместе с тем, продолжает оставаться не выясненным вопрос о роли отдельных групп суицидогенных факторов в возникновении и динамике суицидального процесса. Проблема распространенности суицидального поведения тесно связана с факторами, которые определяют их клиническое и поведенческое разнообразие. Разнородные

обстоятельства могут действовать на человека независимо друг от друга, усиливая их, или находясь в антагонистических отношениях. Поэтому оправдано выявление групп и факторов риска, и, как следствие, оптимизация превентивной суицидологической помощи населению.

На сегодняшний день проблема предупреждения самоубийств является одной из наименее разработанных в психиатрии и клинической суицидологии. Существует высокая потребность в определении клинических, личностно-психологических и социальных детерминантов суицидального поведения и создании эффективных методов его профилактики с учетом стадии суицидального процесса, в том числе предупреждения повторных суицидальных действий лиц, совершивших покушение на самоубийство.

Представленная монография базируется на результатах многолетних исследований суицидального поведения, проводившихся под руководством и при непосредственном участии авторов. Учитывая поставленные нами задачи, основное внимание в книге уделено анализу суицидального поведения лиц, совершивших суицидальные попытки.

Представлен краткий исторический экскурс, призванный осветить многообразие взглядов на проблему суицида в разных культурах и в различные исторические периоды. На основании данных литературы анализируются основные фактора суицидального риска. Приводится подробная характеристика существующих на сегодняшний день лечебных и профилактических мер в суицидологии, оцениваются их достоинства и недостатки.

Вторая глава посвящена анализу детерминантов (предпосылок) развития суицидального поведения в рамках интегративной модели Б.С Положего (2010). Подробно выделены и описаны биологические, клинические, социальные, личностно-психологические и стрессовые предпосылки (детерминанты) суицидального поведения. Изложение материала ведется с учетом их

ранговой принадлежности и последовательного влияния на разворачивающийся суицидальный процесс.

В третьей главе монографии изложен анализ динамики суицидального процесса в течение всех его периодов: досуицидального, пресуицидального, реализации суицидальных действий и постсуицидального. Обсуждаются мотивы, способы и другие характеристики суицидального поведения, отражающие их современные особенности.

В четвертой главе предпринимается попытка создания оригинальной клинико-психологической типологии суицидального поведения. Описываются восемь типов суицидального поведения с подробным анализом их особенностей на всех этапах суицидального процесса.

Последняя глава монографии носит концептуальный характер. В ней авторы предлагают собственный вариант превентивной модели суицидологической помощи, адаптированный к предложенной ВОЗ модели общей медицинской профилактики. С учетом стадии, динамики и типа суицидального процесса выделяются четыре формы профилактики суицидального поведения: универсальная, селективная, антикризисная и индикативная. Излагаются их цели, задачи и методы. Также предлагаются специально разработанные и успешно апробированные психотерапевтические программы, учитывающие описанные особенности суицидального поведения.

Основной целью написания этой книги явилось стремление ознакомить специалистов различных областей знаний с актуальными проблемами современной суицидологии и предложить возможные пути их решения.

Глава 1

КРАТКИЙ ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ СУИЦИДА

Суициды сопровождают человечество на протяжении всей его истории. Их первые описания появились еще в античные времена. В древнегерманских и кельтских племенах мужчины считали своим долгом покончить с собой, чтобы не умереть от старости или болезни. Суицид был фактически социально поощряемой практикой. В Римскую эпоху вошло в моду учение стоиков, в котором утверждалась допустимость и даже желательность самоубийства при недостатке силы и здоровья. В период распада Римской империи Блаженный Августин впервые в истории дал резко антисуицидальную трактовку Ветхозаветной заповеди “Не убий”. В 1271 г. Фома Аквинский сформулировал 3 аргумента о недопустимости суицида:

- 1) суицид противоречит чувству самосохранения, которое создано для нашего спасения;
- 2) суицид ударяет по обществу, членом которого является индивид;
- 3) суицид противоречит нашему долгу перед Богом, поскольку именно Бог дает нам жизнь, и когда мы по собственной воле пытаемся лишить себя жизни, мы нарушаем Его право решать, сколько нам жить.

В эпоху Возрождения в Европе происходит, выражаясь современным языком, гламуризация самоубийства. Ее олицетворение – шекспировские герои Ромео и Джульетта. В православной России традиционно имело место сугубо негативное отношение к суициду, при этом самоубийцы считались тяжкими грешниками и даже хоронились отдельно от людей, умерших вследствие других причин. Лишь в конце XIX в. в стране произошло

некоторое смягчение отношения общества к суициду, чему способствовала популярность произведений, представляющих самоубийц как безвинных жертв, заслуживающих сочувствия (пьесы “Гроза”, “Снегурочка”, “Бесприданница” великого русского драматурга А.Н. Островского).

Началом научного изучения суицидов можно считать 1821 г., когда появилась медицинская (психопатологическая) концепция *Ж. Эскироля*. Согласно этой концепции, самоубийство является продуктом болезненно измененной психики, а суицидальные проявления – симптомом психического заболевания. По мнению автора, самоубийцы, как и все психически больные, должны быть освобождены от любых религиозных и законодательных преследований. В развитие этой теории в 1892 г. английский исследователь *Н. Савадж* представил свои взгляды на взаимосвязь между психическими расстройствами и суицидом: суицид может произойти при “отсутствии других признаков помешательства”; в некоторых случаях легкого эмоционального расстройства могут быть намерения имитировать желание совершить суицид; все депрессивные пациенты должны расцениваться, как потенциально способные совершить суицид, так как даже легкая степень депрессии часто является его причиной; суицид может быть импульсивным или преднамеренным.

Позднее эта теория была подвергнута критике, в частности, в известной работе В.М. Бехтерева “О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними” (1914). Тем не менее концепция *Ж. Эскироля* внесла большой вклад в развитие учения о суицидальном поведении. Во-первых, ученый выявил связь между самоубийством и состоянием психического здоровья (хотя и не такую безусловную, как он полагал). Во-вторых, был сделан вывод о том, что самоубийцы должны быть освобождены от любых религиозных и законодательных преследований.

На смену психопатологической концепции в 1897 г. пришла социологическая теория французского исследова-

дователя Э. Дюркгейма. По его мнению, основной причиной суицида является ослабление социальных связей между людьми, вследствие чего они теряют устойчивость к жизненным проблемам и трудностям. Сам Э. Дюркгейм выразил это следующим образом: “Насколько отношения между самоубийством и законами физического и биологического порядка сомнительны и двусмысленны, настолько непосредственны и постоянны соотношения между самоубийством и известными состояниями социальной среды”.

Э. Дюркгейм выделил следующие виды самоубийств:

- *аномическое* (от “аномия” – утрата привычных жизненных устоев), обусловленное утратой декларировавшихся годами идеалов и ценностей (экзистенциальный вакуум). Учащается в периоды радикальных социальных преобразований в обществе;
- *эгоистическое*, обусловленное крайним индивидуализмом, вследствие чего происходит разрыв социальных связей с родными, близкими, друзьями. Жизнь теряет смысл. Характерно для творческих личностей;
- *альтруистическое*, обусловленное недостатком индивидуализма, утратой собственной идентичности и абсолютной подчиняемостью общественному мнению. Характерно для обществ “низшего порядка” – тоталитарные секты, общества с архаической культурой.

Уже в XX в. эта теория получила свое дальнейшее развитие в концепциях К. Хорни и М. Фарбера. Согласно первой из них, причиной суицида является так называемая “базисная тревога”, формирующаяся с детства и порожденная культурой. Такая тревога возникает в результате несоответствия между представлениями человека о самом себе и созданным на данный момент обществом “социокультуральным стандартом”. М. Фарбер разработал психокультуральную теорию, в соответствии с

которой частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству индивидов, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений, характерных для этой популяции. Эта закономерность выражается формулой: $S = f(VD)$, где S – вероятность самоубийства; f – функция; V – повышенная ранимость индивида; D – масштаб общественных лишений.

К числу наиболее признанных моделей суицидального поведения, можно отнести персонологические. В начале XX в. они носили преимущественно психоаналитический характер. Так, *З. Фрейд* (1910) создал психодинамическую концепцию суицида, согласно которой суицид – это агрессия, переадресованная с внешнего мира на самого себя (конверсия гетероагрессии в аутоагрессию), и обусловленная импульсивным разрушительным влиянием Танатоса (инстинкта смерти). Таким образом, суицид – это убийство, повернутое на 180 градусов.

Его последователи связывали суицидальное поведение в большей степени с комплексами вины и неполноценности. Так, *К.Г. Юнг* (1952) квалифицировал суицид как бессознательное желание человека к духовному перерождению и к метафорическому возвращению в безопасное чрево матери. Он объяснял это тем, что в подсознании мощно представлены мотивы, связанные со смертью. Однако, в отличие от *З. Фрейда*, Юнг расценивал инстинкт смерти как имеющий не биологическую, а символическую природу (в рамках архетипов общественного сознания).

Свою точку зрения высказал *А. Адлер* (1926): суицид является результатом взаимодействия социума и личности, постоянно ощущающей свою неполноценность (комплекс неполноценности), имеющей низкую самооценку и не достигающей поставленных и желаемых целей. При этом суицид рассматривался им как своеобразная скрытая атака на людей, по вине которых, с точки зрения суицидента, его цели остались не реализованными. Исходя из этого, своим самоубийством человек, с одной стороны,

стремится вызвать к себе сочувствие окружающих, с другой – вызвать чувство вины у тех, кто препятствовал достижению им целей.

Американский психоаналитик *Г. Салливан* (1934) рассматривал суицид с точки зрения собственной теории межличностного общения. Самооценка индивида создается главным образом из отношения к нему других людей. Благодаря этому у него формируются три образа *Я*: “хорошее *Я*”, если отношение других обеспечивает безопасность, “плохое *Я*”, если окружение порождает тревогу или другие эмоциональные нарушения; кроме того, существует и третий образ “не *Я*”, возникающий, если человек утрачивает самоидентичность, например, при душевном расстройстве или суицидальной ситуации. Жизненные кризисы или межличностные конфликты обрекают индивида на длительное существование в образе “плохого *Я*”, которое является источником мучений и душевного дискомфорта. В этом случае прекращение страданий путем совершения аутоагрессии и превращения “плохого *Я*” в “не *Я*” может стать приемлемой или единственно возможной альтернативой. Однако этим же актом человек одновременно заявляет о своей враждебности к другим людям и миру в целом.

В 1938 г. появилась персонологическая концепция *К. Меннингера*, в соответствии с которой суицид обусловлен расщеплением *Я* с желанием убить интроецированного объекта. Для того чтобы совершить суицид, необходимо наличие выделенной автором суицидальной триады:

- желание убить (суициденты не могут выдержать препятствий на пути исполнения своих желаний, при этом желание убить обращается на себя);
- желание быть убитым (комплекс вины настолько силен, что ее искупления можно достичь только путем собственной смерти);
- желание умереть (в состоянии отчаяния суицидент видит лишь один выход – умереть).

Кроме того, К. Меннингер впервые отнес к суициду некоторые формы поведения, которые до сих пор не относились к суицидальным, а именно:

- хронический (сознательно принимаемые аскетизм и мученичество, антисоциальное поведение, психозы);
- локальный (членовредительство, импотенция, фригидность, преднамеренные несчастные случаи);
- органический, включающий в себя болезни, например, депрессию и вредные привычки (курение, пьянство, употребление наркотиков).

В последующем эту концепцию развивал Н. Фарбероу (1958), сформулировавший понятия “непрямой суицид” и “саморазрушающее поведение”. Под ними он понимал злоупотребление алкоголем, прием наркотиков, курение, делинквентное поведение, трудовоголизм, игроманию, склонность к риску, безудержный азарт, несоблюдение врачебных рекомендаций. При этом спецификой саморазрушающего поведения Н. Фарбероу считал неосознаваемость его последствий и более длительную протяженность во времени.

Роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения подчеркивалась и представителями гуманистической психологии. В 20-е годы прошлого века возникла экзистенциально-гуманистическая концепция суицида, разработанная философами *С. Киркегором*, *М. Хайдеггером* и *Э. Гуссерлем*. Ее суть заключается в экзистенциалистском убеждении в том, что в каждой минуте человеческой жизни неуловимо присутствует осознание собственной бренности и конечности бытия. Это осознание порождает диффузный метафизический страх перед “ничто” (страх смерти, или “страх-тоску”, по С. Киркегору). По мнению экзистенциалистов, смерть посредством суицида является одним из вариантов его последней экзистенции.

Р. Мэй (2005) расценивал тревогу не только как клинический симптом, но и как экзистенциальное про-

явление бытия и важнейшую конструктивную силу в человеческой жизни. Он считал ее переживанием “встреч бытия с небытием” и “парадокса свободы и реального существования человека”.

К. Роджерс (1994) полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении *Я*, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура *Я* является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаемый как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. Когда человек не признает его, он как бы заключает себя в темницу. Тогда нежеланный опыт отчуждается от *Я*, в силу чего теряется контакт с реальностью. Таким образом, *Я*, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии полностью теряет доверие к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества. Утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что порождает суицидальные тенденции.

Основоположник и классик логотерапии *В. Франкл* (2000) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а так же в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на 3 уровнях: он терпит поражения, страдает и должен умереть, поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав свою ограниченность, переносить неудачи и страдания. *В. Франкл* относился к самоубийству с сожалением и утверждал, что ему нет законного, в том числе нравственного оправдания. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал *В. Франкл*.

Э. Шнейдман (2001) впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их “ключами к суициду”. Он тщательно

исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Эти особенности отражены в созданной им оригинальной типологии индивидов, которые, нередко сознательно, сами приближают свою смерть. К ним относятся:

- искатели смерти, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;
- инициаторы смерти, намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- игроки со смертью, склонные искать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается низкой вероятностью;
- одобряющие смерть, то есть те, кто, не стремясь активно расстаться с жизнью, вместе с тем не скрывает своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса самоидентичности.

Э. Шнейдман ввел в практику метод психологической аутопсии (анализ посмертных записок суицидентов), значительно углубивший понимание психодинамики самоубийства. На основе этого метода им были выделены 3 типа суицидов:

- эготические самоубийства. Их причиной является интрапсихический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют лишь дополнительную роль. В качестве примера можно привести самоубийства психических больных, страдающих слуховыми галлюцинациями;
- диадические самоубийства. Их основа лежит в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому человеку. Вследствие этого внешние факторы доминируют, делая такой поступок актом отношения к другому;

- агенеративные самоубийства. Их причиной является желание исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом, например, суициды в пожилом возрасте.

Э. Берн (1972) предложил концепцию суицида в рамках созданного им транзактного анализа. Он полагал, что наличие в структуре зрелой личности неполноценно функционирующего “Взрослого” с замещением его на “Дитя” или “Родителя” приводит к искажению мироощущений и неадекватному поведению. Это ведет к деформации жизненного сценария и высокому уровню аутоагрессии, крайним проявлением которой становится суицид.

Уже упоминавшийся выше американский суицидолог *Н. Фарбероу* расценивал в качестве основной причины самоубийства одиночество. По его мнению, к этому ведут расхождения между ценностями человека и групповыми ценностями, сложные личностные и социальные ситуации (эмиграция, резкие социокультуральные и социально-экономические изменения в месте проживания), потеря близких, работы, социального статуса; своеобразный внутренний мир неординарных людей, и так называемое “одиночество вдвоем” (в семьях, где у супругов отсутствуют любовь, привязанность, взаимные интересы).

Основное значение персонологических концепций суицидального поведения заключается в акцентировании внимания на личностных особенностях, играющих важнейшую роль в его развитии. Вместе с тем в этих теориях видна явная недооценка биологических и медицинских (клинических) факторов суицидогенеза.

В России одним из самых ранних свидетельств научного осмысления суицидального поведения явились доклады, прочитанные академиком *К. Германом* на заседаниях Российской Академии наук в 1823 и 1824 гг. Автор сравнивал число самоубийств по различным регионам России, сопоставляя их с пьянством, экономическим по-

ложением, социальными условиями. В 1932 г. эта работа была опубликована на французском языке (Herman К., 1832). Обширный статистический материал был позднее представлен в книге *К.С. Веселовского* (1847), в которой автор проанализировал динамику самоубийств в России с 1803 по 1841 годы. После 1917 г. некоторое время еще продолжалось изучение суицидального поведения. Однако, начиная с конца двадцатых и до начала семидесятых годов XX в., исследования суицидов были практически свернуты вследствие идеологических и политических запретов. Лишь в 1971 г. *Я.И. Гилинским* были изучены некоторые материалы по фактам самоубийств, однако опубликовать их удалось только в 1979 г. (Гилинский Я., Проскурина Н., Смолинский Л., 1979).

Огромный вклад в развитие учения о суицидальном поведении внесла российский психиатр *А.Г. Амбрумова* (1978). Согласно ее концепции, суицид – есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Исходя из этого, автор понимала суицидальное поведение как один из видов поведенческих реакций человека в экстремальных условиях в диапазоне от психической нормы (обида, возмущение, протест) до психической патологии (психопатологические синдромы).

А.Г. Амбрумова выделила 6 типов ситуационных реакций, характеризующих суицидальное поведение:

1. Реакции эмоционального дисбаланса. Характеризуются отчетливым превалированием гаммы дистимических изменений. Общий фон настроения снижен. Человек ощущает дискомфорт той или иной степени выраженности. При этом характерно нерезкое повышение уровня тревожности.
2. Пессимистические ситуационные реакции. Выражены, в первую очередь, изменением мироощущения, мрачной окраской мировоззрения, суждений и оценок, видоизменением и переструктурированием системы ценностей.

3. Реакции отрицательного баланса – это ситуационные реакции, содержанием которых является рациональное “подведение жизненных итогов”, оценка пройденного пути.
4. Ситуационная реакция демобилизации. Характеризуется наиболее резкими изменениями в сфере контактов: отказом от них или значительным их ограничением.
5. Ситуационная реакция оппозиции. Характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности.
6. Ситуационная реакция дезорганизации. Содержит в своей основе тревожный компонент.

Кроме того, А.Г. Амбрумова описала 5 видов суицидального поведения в соответствии с доминирующими мотивами:

- 1) протест;
- 2) призыв к состраданию, сочувствию;
- 3) избегание физических или душевных страданий;
- 4) самонаказание;
- 5) отказ от жизни (капитуляция).

Вместе с тем, отдавая должное концепции А.Г. Амбрумовой о важной роли социально-психологической дезадаптации личности в суицидогенезе, необходимо отметить, что оно не раскрывает всей полноты природы суицидального поведения. Так, за рамками концепции остаются его биологические предпосылки, тогда как человек и все виды его поведения биопсихосоциальны по своей сути. Другим дискуссионным аспектом является возможность совершения самоубийства психически здоровым человеком. В частности, возникает вопрос, как соотносится с психическим здоровьем состояние социально-психологической дезадаптации, достигшее уровня покушения на собственную жизнь.

По нашему мнению, дезадаптация психически здорового человека вряд ли может преодолеть один из базисных инстинктов человека – инстинкт самосохранения. Кроме того, трудно объяснить, почему одни психически здоровые люди даже в исключительно тяжелых ситуациях не допускают и мысли о самостоятельном уходе из жизни, а другие – совершают суицид в значительно более легких ситуациях. Наконец, все ли выделенные автором здоровые люди были таковыми? Некоторые из них на момент совершения суицида могли находиться в состоянии кратковременного преходящего расстройства психической деятельности, а о других попросту отсутствовала достоверная информация, поскольку известно, что в поле зрения психиатрических служб попадают не более 20% лиц, нуждающихся в психиатрической помощи.

В настоящее время в мире доминирует концепция “стресс-диатеза”, разработанная в 1999 г. американскими учеными *Дж. Манном, С. Ватерно и Г.Л. Хаасом*. Согласно данной концепции, суицидальное поведение развивается в результате наличия специфического диатеза (предрасположенности к суицидальному поведению, или повышенной чувствительности к факторам, снижающим порог его развития) и воздействия стрессоров (триггеров), ускоряющих формирование такого поведения. К факторам диатеза авторы относят отягощенную наследственность, особенности личностного развития, характерологические особенности, психические расстройства, отсутствие социальной поддержки, наличие или отсутствие религиозных убеждений, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, соматические заболевания. К стрессорам (триггерам) – психологические факторы, вызывающие нарушения межличностного взаимодействия и отвержение.

Таким образом, на сегодняшний день существует значительное число концепций, теорий и моделей суицидального поведения. Все они несут в себе то или иное рациональное зерно, однако ни одна из них полностью

не раскрывает природу и механизмы суицидального поведения. Это обусловлено тем, что в существующих концепциях в большей или меньшей степени абсолютизируется роль какого-либо одного или группы родственных факторов и не придается должного значения другим факторам, играющим не менее важную роль в возникновении и развитии суицидального поведения. В итоге факторы риска традиционно подразделяются на “независимые” группы – биологические, психологические, социальные и др. Однако с развитием науки, становится ясно, что эта “независимость” является лишь кажущейся и препятствует проникновению в суть суицидального поведения.

Существующие в литературе сведения противоречивы и дискуссионны, что определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения проблемы суицидального поведения и разработки методов повышения эффективности его профилактики.

Глава 2

ДЕТЕРМИНАНТЫ (ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ) СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Интегративная модель суицидального поведения

В настоящее время суицидальное поведение понимается большинством специалистов как непрерывный процесс, в основе которого лежит предрасположенность к такому поведению (Van Heeringen K., 2003). При этом в его развитие вносят свой вклад самые разнообразные факторы (биологические, социальные, клинические, и др.). Более подробно данный аспект проблемы рассматривается в следующей главе нашей книги. Здесь же позволим себе заметить, что, несмотря на безусловную значимость такого определения, оно не дает ответа на ряд важных проблем: каким образом оказывают свое воздействие многочисленные факторы суицидального риска, в какой последовательности, в каких сочетаниях, какие из них являются наиболее весомыми, и т.д.

Вышеизложенное привело нас к созданию **интегративной модели** суицидального поведения, базирующейся на 2 основных принципах.

1. Суицидальное поведение, как и всякий процесс, имеет свою динамику и этапность развития.
2. Наступлению каждого этапа соответствует воздействие определенных групп факторов – детерминантов суицидального процесса.

В соответствии с этим нами были выделены 3 *ранговые группы* детерминантов:

- детерминанты I ранга (основные);
- детерминанты II ранга (способствующие);
- детерминанты III ранга (реализующие).

Детерминанты I ранга, или основные детерминанты, являются первичным условием возникновения суицидального поведения. К ним относятся 3 группы факторов: *биологические, личностно-психологические и клинические*. Согласно нашей гипотезе, *суицидальное поведение развивается только при наличии одного или нескольких детерминантов I ранга*. Вместе с тем их наличие не является фатальным и неизбежно приводящим к совершению самоубийства. Суицидальная предрасположенность реализуется лишь при последующем воздействии детерминантов II и III рангов. К данному случаю можно применить известный в науке принцип: “Необходимо, но не достаточно”.

Начнем с представления *биологических* факторов. В последние годы наметились определенные перспективы в понимании биологических механизмов суицида. В частности, накоплены данные, свидетельствующие о том, что суицид представляет собой генетически обусловленный паттерн поведения. Это подтверждается результатами специальных семейных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов наследования суицида. Так, у первого поколения потомков самоубийц частота попыток и завершенных суицидов в 4 раза выше, чем в контрольной группе (Brent D.A. et al., 1998). В ряду “родители – дети” вероятность наследования суицидального поведения составляет 12–18%, у сибсов – 10–15%. На генетически обусловленную природу суицидального поведения указывают и результаты “близнецовых” исследований. Так, вероятность заверщенного суицида у монозиготных близнецов примерно в 20 раз выше, чем у дизиготных, а у последних – в 3,5 раза выше среднего уровня в популяции (Roy A., Segal N.L., Sarchiapone M., 1995).

Отечественный исследователь О.Н. Тиходеев (2007) установил, что склонность к самоубийству тесно связана с мутациями генов SLC6A4 и COMT. Первый из них контролирует передачу нервных импульсов при помощи

серотонина, второй – отвечает за уровень веществ, регулирующих активность нервной системы (дофамина, адреналина и норадреналина). Люди с мутациями в этих генах отличаются повышенной предрасположенностью к самоубийству. К числу так называемых “кандидатов” в отношении суицидального поведения относят также гены 5-НТТ, ТРН2 и ряд других.

Не менее важные результаты принесли патобиохимические исследования суицидальной предрасположенности. Так, уже сегодня можно считать установленной роль дефицита серотонинергической медиации в формировании аутоагрессии (Mann J.J., Brent D.A., Arango V., 2001). По мнению авторов, предположительной зоной патобиохимических сдвигов в серотониновой системе является префронтальная кора головного мозга. Расширив эту зону за счет стволовых структур, K. van Heeringen (2003) выдвинул понятие “суицидальный мозг”, подразумевая под ним наличие конкретных участков, ответственных за предрасположенность к суицидальному поведению.

Вместе с тем, по мнению J.J. Mann (1998), современное понимание нейробиологических основ суицидальности не должно замыкаться только на серотонинергической системе. Он предлагает рассматривать суицидальное поведение с биохимических позиций как 3-компонентную систему: 1) моноаминергическая медиация и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система (возможно – ГАМК-система) как путь срочной реализации стрессового напряжения и связанного с ним возбуждения, тревоги, страха и беспокойства; 2) серотонинергическая система как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии; 3) иммунная система и липидный обмен как “системный контекст”, способный усиливать патохимические изменения в мозге, на фоне которых развиваются собственно нейробиологические нарушения.

Генетически обусловленные изменения в перечисленных системах могут создавать те или иные дефициты или

гиперреакции их звеньев, формируя неблагоприятные сочетания таких суицидальных черт, как агрессивность, импульсивность, неустойчивость к стрессу, ангедония, депрессия. Будучи заложены в генетическую программу поведения, эти черты могут активироваться в результате дополнительного воздействия различных медицинских, социальных, стрессовых факторов, о чем пойдет речь ниже.

Суицидоопасные черты личности, расцениваемые нами как *личностно-психологические детерминанты* суицидального поведения, достаточно широко описаны в отечественной и мировой литературе. Наиболее типичными среди них являются: высокие уровни аутоагрессии и импульсивности, эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, низкая стрессоустойчивость, отсутствие навыков конструктивного решения проблем, низкая способность к формированию психологических защит, особенности интеллекта (максимализм, незрелость суждений), сильно развитое чувство вины, трудности в перестройке ценностных ориентаций, низкий уровень или отсутствие чувства самодостаточности. Как правило, эти параметры встречаются в различных комбинациях.

По мнению Х. Хензелера (2001), ведущими личностными характеристиками, предвещающими суицидальную попытку, являются импульсивность, чувство беспомощности и нарциссизм. Известно также, что люди, совершающие суицидальные действия, часто прибегают к неадаптивным стратегиям реагирования на стресс, по типу “игнорирования”, “растерянности”, “покорности”, “агрессивности”, “активного избегания” (Абрамова Н.М., 2005).

Н.В. Конончук (1983) отмечает, что существенным фактором риска суицидальности являются определенные черты личности. Первая из них относится к характеру потребностей. Напряженность потребностей – излишне выраженное, ригидное желание достижения во что бы то ни стало конкретной цели, при котором психологическое напряжение не исчезает до удовлетворения потребности.

Вторая – выражается в отношениях с людьми, когда выступает повышенная потребность в эмоциональной близости. Независимость в принятии и осуществлении решений сочетается с чувственно окрашенными контактами и невозможностью обходиться без близких. Третьей чертой является низкая способность к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить воздействие фрустрации. Все это создает определенный стиль поведения в преодолении трудностей, часто приводящий к психической дезадаптации.

Е.Н. Харченко (1992) приводит интересные данные о связи уровня интеллекта и суицидальности. Согласно данным автора, для лиц с острой реакцией на стресс характерна недостаточность в сфере вербального и невербального интеллекта (слабость абстрактного мышления, снижение степени конструктивного мышления, ускорение ассоциативных процессов).

Ю.А. Сотникова и соавт. (2005) отмечают в психологическом портрете суицидентов следующие черты: нарушение целостности в восприятии себя и других; систематический сдвиг в сторону негативной эмоциональной окрашенности Я; парадоксальная противоречивость и неустойчивость отношений. Также значимым фактором в психологическом портрете суицидентов является их неспособность к произвольному контролю суицидальных побуждений. Одни способны достаточно длительное время противостоять им за счет отвлечения, либо сознательного обращения к так называемым анти-суицидальным мыслям (Ефремов В.С., Точилов В.А., 2000), под которыми понимают мысли об ответственности перед семьей, страх смерти, религиозные запреты и т.п. Лица с низкими адаптационными способностями часто неспособны к подобному поведению, и здесь суицид носит импульсивный характер.

По мнению А.Н. Моховикова (2001), существуют разнообразные личностные стили суицидентов. Автор относит к ним следующие:

- импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний;
- компульсивный: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду;
- рискованный: балансирование на грани опасности (“игра со смертью”) является привлекательным и вызывает приятное возбуждение;
- регрессивный: снижение по различным причинам эффективности механизмов психологической адаптации; эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью;
- зависимый: беспомощность, безнадёжность, пассивность и постоянный поиск посторонней поддержки;
- амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти;
- отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск;
- гневный: затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой;
- обвиняющий: убежден в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина;
- убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации;
- бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний;

- заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби;
- творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Следует заметить, что, анализируя психологические особенности суицидентов, мы не касаемся вторичных изменений личности, обусловленных наличием того или иного психического расстройства. В нашем контексте речь идет, прежде всего, о первичных личностных деформациях, связанных преимущественно с дефектами воспитания. Чаще (хотя и не всегда) патологическое воспитание имеет место в неблагополучных родительских семьях. Такие семьи характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. У родителей преобладают шизоидные, эпилептоидные и истероидные черты, часто сопровождающиеся холодностью, безразличием, жестокостью. Все это порождает холодную атмосферу в семье, запущенность детей, их психологическую дистанцию от родителей. В связи с занятостью собственными, чаще личными, переживаниями в такой семье можно наблюдать отсутствие любви, тепла, равнодушие и лишь формальную заинтересованность родителей делами детей. Иногда родители проявляют открытый негативизм. Такая родительская депривация особенно патогенна для детей раннего возраста – до 5–6 лет. Именно в этот возрастной период формируется основа личности индивида, которая по мере его взросления будет накапливать либо черты гармоничной, стрессоустойчивой, уверенной в себе личности, либо личности слабой, зависимой, пассивной, склонной к невротическому или депрессивному реагированию. Отсюда следует, что такие характерологические особенности резко повышают риск развития суицидального поведения. Здесь же заложен и подход к его профилактике, базирующийся на гармоничном воспитании ребенка, а в случае уже полученного им патологического воспитания – на психологической коррекции суицидоопасных черт личности.

Подобной точки зрения придерживался В.Ф. Войцех (2000), сформулировавший гипотезу о дизонтогенетическом характере суицидального поведения. По мнению автора, в детские и подростковые годы у ребенка закладывается определенный когнитивный стиль поведения, реагирования на кризисные ситуации, формируется “болезненный опыт” прежних конфликтов и отрицательных переживаний, определяющий поведение субъекта в дальнейшей жизни. В кризисной ситуации этот комплекс становится своеобразным триггером суицидального поведения.

Переходим к *клиническому детерминанту* суицидального поведения. Здесь особо важную роль мы отводим его психической составляющей, отражающей состояние психического здоровья. По данным наших и зарубежных исследований, психические расстройства на момент совершения самоубийства имеют место более чем у 90% суицидентов. По данным датского реестрового исследования, значение риска на популяционном уровне в отношении совершения суицида лицами с психическими расстройствами, требующими госпитализации, составило 40,3%. В то же время при других статистически значимых факторах уровень риска был достоверно ниже. При безработице он составил 2,8%; при отсутствии на рабочем месте в связи с болезнью – 6,4%; при низком уровне доходов – 8,8%; при пребывании на пособии по инвалидности – 3,2%; при пребывании на пенсии по возрасту – 10,2%.

Приведенные сведения подтверждаются статистикой ВОЗ о риске суицида при наиболее опасных в суицидологическом отношении психических заболеваниях. Так, при депрессивных расстройствах он выше, чем в общей популяции, в 30 раз, при шизофрении – в 20 раз, при расстройствах личности (особенно при истерическом и эмоционально неустойчивом) – в 15 раз, при алкоголизме – в 10 раз, при эпилепсии – в 4 раза, при стрессовых расстройствах – в 3 раза.

В.С. Ефремов (2004) указывает на особую важность изучения проблемы “суицида и психической патологии психозфренического спектра”. Автор обосновывает это тем, что по усредненным данным, один из десяти больных психозфренией погибает в результате самоубийства. По его данным, суицидальный риск у этих больных в 32 раза выше, чем в общей популяции. В литературе имеются указания на то, что больные психозфренией склонны к повторным суицидальным попыткам, которые совершаются ими чаще всего в первые несколько месяцев после выписки из психиатрического стационара (Healy D. et al., 2006).

По мнению Е.М. Жереховой (2002), наиболее часто самоубийства совершаются больными параноидной психозфренией с приступообразным типом течения, динамикой синдромокинеза по типу усложняющихся приступов и ведущим депрессивно-параноидным синдромом. В последние годы возрос интерес к так называемым “неслучайным самоповреждениям” больных психозфренией (Левина С.Д., 2005), генез которых требует специального изучения.

Представленные данные убедительно показывают связь суицидального поведения с психическими расстройствами. Зарубежные исследователи наиболее часто объясняют это патологическими уровнями импульсивности и агрессивности (аутоагрессии), присущими большинству психических заболеваний. По нашему мнению, причиной возникновения суицидального поведения является не само по себе психическое заболевание (исключением могут быть только депрессия как патогенетически близкое к суицидальному процессу состояние и некоторые психозы), а связь психического расстройства с жизненными невзгодами и социальной неустроенностью.

Высокий суицидальный риск существует и при многих соматических заболеваниях. К их числу относятся сердечно-сосудистые, онкологические, эндокринные заболевания; хроническая почечная недостаточность,

СПИД, инсульт, болезнь Паркинсона, системная красная волчанка (Neeleman J., De Graaf R., Vollebergh W., 2004). В частности, риск суицида при хронической почечной недостаточности с нахождением на диализе в 40 раз выше, чем в общей популяции; при СПИДе – в 36 раз, при височной эпилепсии – в 25 раз, при онкологических заболеваниях – в 5 раз. Однако, с нашей точки зрения, в таких случаях непосредственной причиной развития суицидального поведения является все же психическое расстройство. Чаще всего, это – депрессия, возникшая как реакция на тяжелое соматическое страдание. Каким-либо самостоятельным суицидогенным воздействием соматические болезни, по-видимому, не обладают.

Переходим к представлению **детерминантов II ранга (способствующих)**. К ним относятся 3 группы факторов: *этнокультуральные, макросоциальные и микросоциальные*.

Эти факторы, действуя изолированно либо в различных сочетаниях, могут способствовать развитию суицидального поведения у лиц, имеющих предрасположенность, обусловленную детерминантами I ранга. Однако это вовсе не означает, что суицидальный процесс непременно достигнет своей заключительной стадии. Прекращение или смягчение неблагоприятных воздействий, их коррекция, применение других анти-суицидальных мер позволяют затормозить развитие процесса и не допустить его перехода на стадию реализации суицидальных намерений.

Начнем рассмотрение детерминантов II ранга с группы *этнокультуральных* факторов. Их значение подтверждается анализом многолетних данных ВОЗ о частоте суицидов в мире. При всей вариативности этих показателей в разные годы, можно выделить группы стран, традиционно отличающихся высокой и низкой частотой самоубийств.

К государствам с высокой частотой суицидов (более 20 случаев на 100 000 населения в год) относятся: среди

европейских стран – Литва, Латвия, Эстония, Россия, Беларусь, Украина, Венгрия, Словения и Финляндия; среди азиатских – Китай, Япония, Южная Корея и Казахстан. Заметим, что американских, африканских и австралийских стран в этой группе традиционно нет.

В число государств, постоянно отличающихся низкой частотой суицидов (до 10 случаев на 100 000 населения в год), входят все страны Ближнего Востока (Египет, Сирия, Объединенные Арабские Эмираты, Кувейт, Иран, и др.), Центральной Азии (Таджикистан, Узбекистан, Туркменистан и Кыргызстан), Закавказья (Армения, Грузия, Азербайджан) и Средиземноморья (Италия, Греция, Кипр, Мальта, и др., за исключением Хорватии).

Наши собственные исследования показали, что частота суицидов связана не только со страной, но и с этнической принадлежностью проживающих в ней народов (Положий Б.С., 1997; Васильев В.В., 2001; Панченко Е.А., 2003). Подтверждением этому служат данные по регионам России, позволившие выявить этнические группы, стабильно отличающиеся как высокими, так и низкими показателями частоты суицидов.

В качестве примера приводим сведения за 2011 год. Сверхвысокий уровень суицидов (от 60 до 75 случаев на 100 000 населения) был зарегистрирован в Чукотском и Ненецком автономном округах, а также в республиках Алтай, Бурятия и Тыва. Наименьшая частота суицидов (от 3 до 10 случаев на 100 000) установлена в республиках Северного Кавказа (Чечня, Ингушетия, Дагестан, Северная Осетия, и др.). Таким образом, различия между показателями в сравниваемых территориях достигают до 25 раз.

Кроме того, по данным наших многолетних наблюдений, финно-угорские (по титульному населению) субъекты РФ также постоянно входят в группу регионов с высокой частотой суицидов. В 2011 г. соответствующий показатель составил в Удмуртской Республике 47,3; Республике Ма-

рий-Эл – 37,6; Республике Коми – 36,8 случая на 100 000 населения. Следует заметить, что по результатам наших специальных исследований, различия в частоте суицидов существуют не только между регионами, но и между различными этническими группами внутри одного и того же региона. Так, в Республике Коми частота завершенных суицидов среди лиц финно-угорских национальностей более чем в 2 раза превышает соответствующий показатель среди славянского населения.

Полученные данные позволили выделить среди народов России этнические группы высокого суицидального риска. К ним относятся:

- коренные этносы Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера (чукчи, ненцы, эвенки, эвены, и др.);
- тюркские этносы Сибири (алтайцы, тывинцы);
- монгольские этносы (буряты, калмыки);
- финно-угорские этносы (удмурты, коми, марийцы, карелы, и др.).

В свою очередь, народы Северного Кавказа (чеченцы, ингуши, кабардинцы, и др.) характеризуются низким риском развития суицидального поведения.

Изучение этнокультуральных факторов высокого суицидального риска позволило выявить 2 группы причин. Первая из них – это культуральные особенности, сформировавшиеся на основе восточных религий (буддизм, индуизм), а также традиционных (архаических) верований. Отношение к самоубийству, вошедшее в культуру таких этносов, носит лояльный и даже одобрительный характер. Второй причиной являются такие особенности национальной психологии, как повышенная сензитивность, интровертированность, психологическая неустойчивость, низкая толерантность к стрессу, импрессивные и аутоагрессивные формы реагирования в стрессовых ситуациях, антиципационная несостоятельность.

Этнокультуральными факторами низкого суицидального риска являются культуральные особенности,

сформировавшиеся на основе так называемых “антисуицидальных” конфессий (христианство, ислам, иудаизм), в которых самоубийство расценивается как абсолютное зло и один из самых тяжких грехов. При этом наиболее нетерпимое отношение к совершению суицида содержится в исламе. Особенности национальной психологии данных народов характеризуют уверенность в себе, независимость, экстравертированность, недопустимость проявления личной слабости, преобладание гетероагрессивных форм реагирования на стресс, ортодоксальное следование национальным традициям и др.

Таким образом, этническая принадлежность может свидетельствовать как о высоком, так и о низком риске развития суицидального поведения. С нашей точки зрения, это объясняется тем, что этнокультуральные детерминанты представляют собой вошедшие в культуру этносов особенности воспитания, поведения, мировоззрения, ценностных ориентаций, религиозных убеждений, отношения к жизни и смерти, в том числе и к допустимости самоубийства. С этнокультуральных позиций, самоубийство представляет собой своеобразный социально-психологический архетип, отражающий культуральные особенности отдельных этносов.

К *макросоциальным детерминантам* суицидального поведения относятся неблагоприятные социально-политические и социально-экономические условия жизни. Наибольшей суицидальной опасностью обладают периоды социальных кризисов и их последствия: экономическая депрессия, безработица, материальные и бытовые трудности, резкие изменения общественных стереотипов и ценностей, эмиграция. Так, в США во время Великой депрессии 1930-х годов частота суицидов увеличилась в 2 раза. Одним из наиболее суицидоопасных проявлений социально-экономических кризисов является безработица. По мнению I. Waldroni, J. Eyer (2006), ее рост на 1% приводит к увеличению числа самоубийств на 4%. Если же уровень безработицы среди населения низок и

страна процветает, то уровень самоубийств непременно снижается. Вызывает интерес тот факт, что в периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов, напротив, увеличивается.

Связь между воздействием неблагоприятных макросоциальных факторов и частотой суицидов четко прослеживается в новейшей истории России. В наиболее сложный период радикальных изменений (первая половина 1990-х годов) частота суицидов увеличилась в 1,6 раза – до 42 случаев на 100 000 населения. В последующем в период социальной нестабильности (вторая половина 1990-х годов) этот показатель оставался практически на том же уровне, и лишь начиная с 2000 годов, частота суицидов начала постепенно снижаться по мере социальной и экономической стабилизации в обществе.

Третьей группой детерминантов II ранга являются *микросоциальные детерминанты*. Они отражают неблагоприятные особенности профессиональной и семейно-бытовой сфер жизни человека. Чаще всего завершённые суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Наиболее высокая частота суицидальных попыток отмечается среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

По данным мировой литературы, к так называемым профессиональным группам суицидального риска относятся врачи (особенно психиатры), работники сферы искусства, юристы, солдаты срочной службы и младший офицерский состав. Сопоставить эти сведения с российскими не представляется возможным, поскольку у нас такие исследования не проводились. Однако вполне вероятно, что специфика некоторых профессий может повышать риск развития суицидального поведения у лиц, имеющих соответствующую предрасположенность.

Что касается неблагоприятных факторов в семейно-бытовой сфере, то они многообразны и связаны в первую

очередь с дисгармоничными отношениями в собственной, либо родительской (для детей и подростков) семье. Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате, или имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. В частности, суицидальное поведение чаще возникает в дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовой сплоченности), дисгармоничных (расхождение целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи) семьях.

Детерминанты III ранга (реализующие) вызывают переход суицидального процесса на завершающую стадию – совершение суицидальных действий. К ним относятся *стрессы личной жизни*, представляющие собой критические жизненные события, приводящие к реализации суицидальных намерений.

В современной литературе описано более 800 стрессов личной жизни, способных стать непосредственной причиной совершения суицида (Wasserman D., 1996). Около половины из них (41%) приходится на личностно-семейные конфликты (болезнь или смерть близких, одиночество, измена супруга(и), развод, неудачная любовь, неудовлетворенность поведением значимых других, недостаток внимания и заботы со стороны окружающих, и др.). По мнению Е. Grollman (1988), углубленно изучавшего семейные факторы суицидальности, наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке; вслед за ними – овдовевшие и разведенные; далее – состоящие в бездетном браке; и, наконец, супружеские пары, имеющие детей. К числу наиболее распрос-

траненных стрессов личной жизни, ставших причиной реализации суицидальных намерений, автор относит также страх перед наказанием – 19%, страсти (понимая под ними мощный и трудноуправляемый аффект) – 6%, денежные потери, разорение – 3%.

Существуют и иные точки зрения. Так, Л.Н. Юрьева (2006) считает, что стрессы личной жизни не являются причиной самоубийства; они имеют внешний, чаще случайный характер и не служат звеном в цепи причинно-следственных отношений суицидального поведения. По нашему мнению, критические жизненные события (стрессы) являются важной и неотъемлемой составляющей суицидального процесса, приобретающей решающее значение на его заключительной стадии.

Представленная модель позволяет дифференцировать профилактические подходы к предупреждению суицидов. Ориентируясь на выделенные нами детерминанты суицидального поведения можно прийти к выводу о том, что эффективность его первичной профилактики на биологическом уровне может быть достигнута лишь в случае определения биологического субстрата суицидального поведения и разработки методов его коррекции. К сожалению, на сегодняшний день эта задача еще далека от своего решения. Поэтому превенция суицидального поведения должна быть направлена на личностно-психологические и клинические детерминанты.

В первую очередь это относится к личностно-психологической сфере, что обусловлено двумя причинами. Во-первых, “суицидоопасные” черты характера играют сопоставимую по своей значимости с биологическими факторами роль в формировании суицидального поведения. Во-вторых, что особенно важно, предупреждение развития этих черт является вполне реальным при правильном воспитании ребенка, начиная с младшего (дошкольного) возраста в период первичной социализации личности. Формирование у ребенка адекватного восприятия собственного *Я* и окружающего мира, кон-

структивных стратегий реагирования на стресс, самодостаточности позволяет с высокой степенью эффективности предотвратить развитие суицидального процесса даже при наличии биологической предрасположенности к нему. Основным направлением при этом должна быть просветительная работа с семьями, в частности, в период подготовки к рождению ребенка. Что касается лиц зрелого возраста, то и здесь возможна психотерапевтическая коррекция “суицидоопасных” свойств личности, препятствующая возникновению суицидального процесса, либо его неблагоприятной динамике. В данном отношении наиболее перспективной представляется семейная психотерапия.

Важнейшее значение имеет медицинский уровень профилактики самоубийств. Поскольку большинство суицидов совершается лицами с теми или иными нарушениями психического здоровья, то их ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение является эффективным антисуицидальным фактором. В особой степени это относится к депрессивным расстройствам. Эффективность медицинской профилактики может быть достигнута лишь при условии обеспечения населения доступной и квалифицированной психолого-психиатрической помощью. Принципиально важно, что такая помощь должна оказываться не только в психиатрических учреждениях, но и в первичной медицинской сети (поликлиники, амбулатории), поскольку именно в общесоматические учреждения впервые обращается большинство таких пациентов.

Этнокультуральное направление суицидологической превенции предполагает неприменимый учет культуральных особенностей соответствующих этносов при разработке и реализации популяционных программ профилактики суицидального поведения.

Предупреждение суицидогенного воздействия макро-социальных (периоды социально-экономических кризисов, безработица, иные общественные катаклизмы) и

микросоциальных факторов должно иметь в своей основе информационно-просветительную работу, ориентированную на ознакомление населения с антисуицидальными факторами и навыками конструктивного поведения в стрессовых ситуациях.

В заключение следует сказать, что предлагаемая нами интегративная модель суицидального поведения позволяет учесть существующие на сегодняшний день знания по данной проблеме, подойти к лучшему пониманию механизмов развития суицидального процесса, а также наметить пути профилактики этого грозного явления.

2.2. Детерминанты I ранга

В этом и последующих разделах главы мы сочли целесообразным, провести более конкретный анализ детерминантов суицидального поведения, базирующийся на результатах специального исследования лиц, госпитализированных вследствие совершенных суицидальных попыток в Московскую городскую психиатрическую больницу № 13 в течение нескольких последних лет. Всего – 395 человек.

Биологические детерминанты

В последние годы наметились определенные перспективы в понимании биологических механизмов суицида. Генетически обусловленные изменения могут формировать сочетания таких суицидальных черт, как агрессивность, импульсивность, неустойчивость к стрессу, депрессия. Будучи заложенными в генетическую программу поведения, эти черты активируются в результате дополнительного воздействия различных клинических и социальных факторов. В своей работе мы коснемся наследственного, полового и возрастного факторов.

Всего было обследовано 395 человек. В первую очередь нами была изучена информация о наличии случаев суицидального поведения у родственников суицидентов. В

нашем исследовании число лиц, имеющих родственников с суицидологическим анамнезом, составило 14,6% (мужчины – 11,2%; женщины – 18,1%) от общего количества суицидентов. Кроме того, установлено, что у 40,7% лиц, совершивших суицидальные попытки, родственники страдали различными формами психической патологии. Таким образом, более чем у половины изучаемых суицидентов (55,3%) имела место психопатологическая отягощенность наследственности. Выявленное распределение показывает, что в генетическом отношении формированию суицидального поведения способствуют не только суициды у родственников, но и наличие у них психических расстройств. Эта закономерность лишний раз подчеркивает значение психопатологической отягощенности в суицидогенезе.

Чаще всего родственники суицидентов страдали депрессивными расстройствами (24,8% случаев) и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (22,9%). У каждого четвертого суицидента имелись родственники, страдавшие депрессивными расстройствами, и также почти каждый четвертый суицидент был выходцем из так называемой “алкогольной” (Roosa M.W. et al., 1988) семьи. В определенной степени это согласуется с данными N.Van Den Berg, K. Hennigan, D. Hennigan (1989) о том, что у детей из “алкогольных” семей риск суицида в 7 раз выше по сравнению с детьми из обычных семей. Реже у ближайших родственников встречались другие психические заболевания: органическое психическое расстройство (18,1%), расстройства личности (13,1%), шизофрения (11,2%), невротические расстройства (7,4%).

С позиций наследственной отягощенности, наибольший риск развития суицидального поведения существует у лиц, имеющих среди родственников больных с депрессивными расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, а наличие психопатологической и суицидальной отягощенности наследственности

в целом может рассматриваться как значимый фактор суицидального риска.

Переходя к выяснению связи суицидального поведения с полом и возрастом, следует отметить, что в суицидологии традиционно доминирует точка зрения о более высокой частоте завершенных суицидов у мужчин, а незавершенных – у женщин (Тихоненко В.А., Цупрун В.Е., 1983; Корнетов Н.А. с соавт., 1999; Hawton K., 1987; Cohen L.J. et al., 1990). При этом в обоих случаях различия достигают 4–5 раз. Между тем в нашем исследовании были установлены принципиально иные закономерности (табл. 1).

Таблица 1

**Половое распределение лиц,
совершивших суицидальные попытки**

Пол	Абсолютное число	%
Мужчины	196	49,6
Женщины	199	50,4
Всего	395	100

Как следует из таблицы, соотношение мужчин и женщин, совершивших незавершенные самоубийства, составляет пропорцию 1:1. Возможно, такое нестандартное распределение указывает на происходящее в настоящее время увеличение числа мужчин, совершающих покушение на самоубийство. Это может быть связано с возросшими социальными требованиями, предъявляемыми к мужчинам в новых социально-экономических условиях, способствующими возникновению конфликта между социальными требованиями к индивиду и его возможностями. Такой конфликт не достигает витального характера и приводит к более легким проявлениям суицидального поведения – суицидальным попыткам.

Другим значимым биологическим фактором является возраст, поскольку разные возрастные группы различаются по своей суицидальной активности (Исаев Д.С., Шерстнев К.В., 2000; Бруг А.В., 2008; Sims B., 1992; Sibthorpe B., Drinkwater J., Gardner K., 1995). В настоящее время в России суицидам в наибольшей степени подвержены лица трудоспособного возраста. По данным 2011 г., частота суицидов среди лиц рабочего возраста составила 27,5 случая на 100 000 лиц этой возрастной группы. Это на 26% выше, чем аналогичный показатель в общей популяции.

Другой особенностью является “омоложение” суицида (Ваулин С.В., 1997; Анискин Д.Б., 1997). Почти 5000 подростков ежегодно погибают от самоубийств. Особенно тревожным сигналом являются все чаще появляющиеся сведения о случаях самоубийств среди детей. В этой возрастной группе суицид как причина смерти занимает третье место после травматизма и инфекционных заболеваний. Наряду с увеличением случаев завершенных суицидов среди детей и подростков (Бруг А.В., 2008), отмечается рост количества суицидальных попыток (Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., 1991). Среди мотивов суицидального поведения у представителей этой когорты на первом месте стоят неблагоприятные отношения с родителями, на втором – трудности, связанные с учебой, на третьем – проблемы взаимоотношений с друзьями и лицами противоположного пола (Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д., 2000).

Говоря о возрастных особенностях суицидального поведения, нельзя не упомянуть о суицидальной ситуации среди лиц старческого возраста. Действительно, в возрастной группе 75 и более лет частота суицидов максимальна и достигает 30–36 случаев на 100 000 лиц данного возраста. Это обусловлено не только возрастными изменениями психики и наличием полиморфной соматической патологии, но и неблагоприятными, в том числе материальными условиями жизни старшего по-

коления. Известно также, что суицидальное поведение пожилых и старых людей отличается не только высокой летальностью, но и (при незавершенных суицидах) более тяжелыми соматическими последствиями.

Анализ возрастной структуры лиц, совершивших суицидальные попытки, показал, что более половины из них (51,1%) находились в молодом возрасте – от 20 до 39 лет (табл. 2). В целом же, доля лиц трудоспособного возраста (20–60 лет) составила 83,8% от общего числа совершивших покушение на самоубийство. Выявленная закономерность свидетельствует о значительном материальном и моральном ущербе, наносимом обществу суицидальными попытками. Что касается лиц пенсионного возраста (старше 60 лет), то их доля оказалась незначительной (13,2%), что подтверждает вывод о большей частоте завершенных суицидов в пожилом и старческом возрасте.

Таблица 2

**Возрастное распределение лиц,
совершивших суицидальные попытки**

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
10-19	7	3,6	5	2,5	12	3,0
20-29	64	32,6	34	17,1	98	24,8
30-39	70	35,7	34	17,1	104	26,3
40-49	36	18,4	42	21,1	78	19,8
50-59	12	6,1	39	19,6	51	12,9
60-69	2	1,0	19	9,5	21	5,3
70 и старше	5	2,6	26	13,1	31	7,9
Всего	196	100	199	100	395	100

Установленная закономерность в большей степени характерна для суицидентов-мужчин, среди которых доля лиц молодого трудоспособного возраста (20–39 лет) соста-

вила 68,3%. В свою очередь, среди суицидентов-женщин существенно выше удельный вес лиц старшего возраста (50 и более лет) – 42,2% против 9,7% среди мужчин. Установленные возрастно-половые различия возможно объясняются более высоким суицидогенным риском для мужчин профессиональной сферы их жизни. Для женщин же большую опасность несут факторы семейной жизни (покидание детьми семейного очага, одиночество и др.) и биологическое увядание).

Личностно-психологические детерминанты

Важнейшая роль личностно-психологических факторов в формировании суицидального поведения была впервые показана З. Фрейдом (1910), его учениками и последователями. Это положило начало бурному развитию персонологического направления в суицидологии. Суть большинства персонологических концепций была рассмотрена нами в предыдущей главе книги.

По данным нашего исследования, лишь чуть более половины (58,7%) суицидентов выросли в условиях полной семьи. В семьях с наличием отчима (мачехи) женщины-суициденты встречались почти в 2 раза чаще, чем мужчины. Вместе с тем только половина из них сообщили о гармоничном типе воспитания в своем детстве. У других оно было дисгармоничным, преимущественно непоследовательным. В таких случаях родители не имели общих взглядов на систему воспитания ребенка и предъявляли к нему трудновыполнимые, нередко противоречивые требования.

Третья часть суицидентов (34,7%) воспитывались в неполных семьях. Большинство из них – одной матерью. При этом следует заметить, что и независимо от состава семьи, в 38,8% случаев (мужчины – 28,7; женщины – 48,7%) воспитанием занималась одна мать.

Мнения о возможности патологического влияния неадекватного воспитания матерью на формирование психики высказывали многие исследователи (Фромм Э.,

2009). В частности, G. Bateson (1972) описал типы матерей (“отвергающая”, “сверхопекающая”, “психопатогенная”), оказывающих патогенное влияние на своих детей. В нашем исследовании лишь четверть суицидентов, воспитывавшихся только матерью, сообщили о благоприятном воспитании и комфортных отношениях. Остальные оценивали воспитание как неудовлетворительное. Многие описывали мать как холодную и доминирующую, безучастную к потребностям других. В этих случаях у ребенка формировалось чувство отверженности, которое в дальнейшем проецировалось и на окружающих. Другие, наоборот, сообщали о гиперопекающей позиции матери, что не позволяло сформироваться адекватным механизмам личностного реагирования. Эти матери, как правило, испытывали трудности с собственной адаптацией (проблемы в личной жизни) и пытались компенсировать это в отношениях с ребенком. Таким образом, участие в воспитании ребенка только матери, имеющей неблагоприятные личностные характеристики (эмоциональная холодность, ригидность личностных установок, зависимость и повышенная потребность в эмоциональном участии, неумение поддерживать длительные межличностные отношения), способствовало формированию потенциально суицидальной личности.

6,6% суицидентов (мужчины – 6,5%; женщины – 0,1%) воспитывались другими членами семьи. Практически все они были выходцами из неблагополучных семей. Чаще всего родители злоупотребляли алкоголем и не выполняли своих обязанностей. Дети находились под формальным надзором других родственников (чаще бабушек и дедушек), которые не могли обеспечить полноценного ухода и воспитания. В этих случаях тип воспитания оценивался как гипоопека или безнадзорность. Часть пациентов воспитывались дальними родственниками. В большинстве случаев они были сиротами вследствие смерти обоих родителей, либо родители были лишены родительских прав. У этой категории лиц очень часто от-

мечалось воспитание по типу Золушки с формированием чувств одиночества и собственной ненужности.

Только 36% пациентов охарактеризовали отношения в родительской семье как гармоничные, спокойные, стабильные. Остальные же ретроспективно оценивали обстановку в семье как деструктивную – скандалы, пьянство родителей, и т.п. Две трети таких семей были отнесены нами к так называемым “зависимым” (Москаленко В.Д., 1991; Roosa M.W. et al., 1988) или “дисфункциональным” семьям. Частота различных медицинских и психологических проблем у детей из таких семей значительно выше. В частности, риск совершения суицида у них возрастает в 7 раз (Goodwin O.W., 1988; Van Den Berg N., Hennigan K., Hennigan D., 1989). Это можно связать с патологическим воспитанием, имеющим место в дисфункциональных семьях. Причиной дисфункции могли быть не только пьянство или алкоголизм родителей, но и другие причины (патологическая склонность к азартным играм, накопительство и т.п.). Члены таких семей не уделяют внимания друг другу, и, в особенности, детям, а вся жизнь семьи характеризуется непостоянством и непредсказуемостью. В правилах семьи значительное место занимают запреты на свободное выражение своих потребностей и чувств; используются физические наказания и эмоциональные репрессии.

В зависимой семье предполагается наличие ролевых сценариев. Ролевая функция детей – это реакция на стресс, обусловленный девиантным поведением родителей. Так, 39% суицидентов в родительских “зависимых” семьях относились к так называемым “потерянными” детям. Обычно они держались изолированно от всей семьи, проводили большую часть времени в одиночестве, при этом сильно от этого страдали. Очень характерен был уход в мир фантазий, склонность к формированию магифренического мышления, что помогало выжить в труднопереносимых условиях. В дальнейшем эта особенность проявлялась и в течении суицидального процесса.

Будучи уже взрослыми, эти пациенты были склонны идеализировать идею смерти, видеть в ней не конец, а начало каких-то туманных перемен в собственной жизни.

27% пациентов в родительских семьях относились к так называемым проблемным детям. Они использовали девиантные формы поведения для привлечения к себе внимания. Чувствуя себя эмоционально отвергнутыми, своим поведением они бросали вызов семье. Эта стратегия закреплялась и проявлялась при формировании суицидальных тенденций, чаще всего демонстративно-шантажного характера.

У 19% пациентов стратегия реагирования носила характер так называемого беспокойного ребенка. Им были свойственны гиперактивность, дурашливость, склонность к невротическим и психосоматическим реакциям. В данной группе суицидальное поведение часто совершалось импульсивно.

Только 15% относились к успешным детям. Они отличались высокими достижениями в учебе, однако при этом предъявляли слишком высокие требования к себе. Это приводило к конфликту с объективным миром и к формированию суицидального поведения, чаще истинного характера. Таким образом, все типы подобного формирования жизненных сценариев так или иначе приводили к актуализации суицидального процесса.

Известно, что психологические проблемы в семье способствуют возникновению поведенческих расстройств у детей. Наше исследование показало, что они имели место у 38,2% суицидентов.

Среди нарушений поведения наиболее частым было девиантное поведение – 29,1% всех случаев (мужчины – 38,8%, женщины – 10%). Оно проявлялось ранним (до 10 лет) началом употребления алкоголя и последующим злоупотреблением спиртным, побегами из дома, которые носили импульсивный характер и зачастую являлись реакцией на условия жизни в родительской семье. Данный тип девиантного поведения может рассматриваться как своеобразная суицидальная стигма.

Несколько меньшее количество суицидентов – 22,5% (мужчины – 14,9%, женщины – 38%) – были склонны к реакциям группирования со сверстниками. Такие лица сообщали о появлении чувства защищенности, которого они не имели в собственных семьях и находили чаще всего в асоциальных группах. 18,5% суицидентов (мужчины – 19,9%, женщины – 16%) отмечали у себя склонность к реакциям оппозиции. Единственным, по их мнению, способом выразить свой протест на неудовлетворительные отношения в семье была возможность демонстрировать антагонистическое предъявляемым требованиям поведение. У 10,6% (мужчины – 7,9%, женщины – 16%) суицидентов в детстве отмечались реакции эмансипации, в соответствии с которыми они испытывали стойкое желание как можно скорее отделиться от своей родительской семьи. 6,6% суицидентов (мужчины – 4,9%, женщины – 10%) сообщили об имевших место реакциях отказа, что можно рассматривать как форму избегающего поведения. При сравнении суицидентов мужского и женского пола установлено, что женщины в 3 раза чаще мужчин были склонны к реакциям группирования со сверстниками и к реакциям эмансипации, а мужчины чаще демонстрировали девиантные формы поведения.

Предпосылки для формирования суицидального процесса начинали закладываться еще в детстве. Среди них можно выделить дисфункциональный тип родительской семьи и патологические типы воспитания в ней; воспитание в условиях неполной семьи и воспитание матерью с определенными характерологическими качествами, нарушения поведения в детском и/или подростковом возрасте. В случаях воздействия стрессовых факторов, такие лица оказывались неспособными выдерживать длительное время эмоциональное напряжение. В определенный момент у них возникало желание сразу и быстро избавиться от воздействия непереносимого фактора.

Анализ приоритетных ценностей и потребностей у суицидентов также позволил выявить определенные за-

кономерности. Для наибольшей части из них приоритетными ценностями оказались материальное благополучие и семья (брак) – соответственно 37,5 и 33,9%. Достоверно реже к приоритетным ценностям относились здоровье – 11,1%, образование и профессия – 10,4%, общественное признание – 4,8%. Установлены существенные различия в приоритетных ценностях у суицидентов мужского и женского пола. Так, у мужчин ведущее положение занимает материальное благополучие (57,1 против 18,1% – у женщин), напротив, у женщин – семья и брак (52,8 против 14,8% – у мужчин). Кроме того, у суицидентов мужчин по сравнению с женщинами выше приоритетность общественного признания, а у женщин – здоровья. В целом же среди суицидентов практически отсутствовали лица, имеющие высшие потребности – познавательные, эстетические, потребности в самоактуализации и развитии собственной личности (по Маслоу А., 1999). Это не выглядит случайным, поскольку именно высшие потребности обладают наиболее мощным антисуицидальным воздействием.

При определении личностно-психологических факторов риска суицидального поведения наиболее информативными являются данные клинико-психологических исследований. Ряд авторов находят черты сходства некоторых личностных характеристик во время переживания человеком острого стрессового состояния с личностными особенностями лиц со стойкими суицидальными тенденциями (Амбрумова А.Г., 1986). Так, самосознание суицидента часто отличается эгоцентризмом и имеет непривычный для обычного понимания парадоксальный смысл. В кризисном состоянии человек полностью погружен в себя, свои мучительные переживания, страдания, а все остальное, даже семья и дети, фактически перестают для него существовать. Пессимистическая личностная установка распространяется, главным образом, на перспективы выхода из кризиса. Она является наиболее интегральным психическим образованием при суици-

дальном поведении. Ниже будет подробно представлен анализ психологических особенностей суицидентов. В первую очередь мы изучили характерные для суицидентов типы реагирования на стрессовые ситуации.

Для 38,7% суицидентов наиболее характерными оказались аутоагрессивные формы реагирования на стресс. Это проявлялось переживанием чувства вины и тенденциями к самоуничтожению и самонаказанию. Таким лицам было свойственно желание не вступать в конфронтацию, а разрешать конфликт путем избегания. Зачастую единственным способом достигнуть подобной цели было желание “уйти” из непереносимой ситуации, что и приводило к разным формам аутоагрессивного поведения, в том числе к суициду. Практически с той же частотой – 37,8% (мужчины – 23,9%, женщины – 51,3%) – преобладающей реакцией на стресс была аутично-депрессивная. В личностной структуре таких пациентов преобладали тормозимые и дефензивные черты. В ситуациях психического напряжения они не проявляли активности, уходили в себя, постоянно анализировали стрессовую ситуацию, что приводило к возникновению депрессии и способствовало появлению суицидальных тенденций. У 23,5% суицидентов (мужчины – 36,2%, женщины – 11,1%) типичной реакцией на стрессовые ситуации была гетероагрессия (выражение агрессии вовне). Эти пациенты стремились активно изменить субъективно непереносимую для себя ситуацию. Суицидальное поведение развивалось в этих случаях достаточно редко и носило преимущественно демонстративный характер.

Три четверти суицидентов в стрессовых ситуациях реагировали суицидоопасными формами поведения – аутоагрессивной и аутично-депрессивной. Мужчины в 3 раза чаще женщин демонстрировали гетероагрессивные, а женщины – аутично-депрессивные формы реагирования на стресс.

Существенную роль в формировании суицидального поведения играла также склонность личности к пере-

живанию чувства тревоги. Только у 15,9% суицидентов (мужчины – 22,6%, женщины – 9,6%) уровень тревожности можно было квалифицировать как средне выраженный. Более половины всех суицидентов – 57,3% (мужчины – 56,5%, женщины – 57,8%) – сообщали о переживании выраженного чувства тревоги при возникновении даже незначительных по силе психогенных ситуаций. Они были отнесены к лицам с высоким уровнем ситуационной тревожности. У 26,8% суицидентов (мужчины – 20,9%, женщины – 32,6%) имел место высокий уровень личностной тревожности. Они испытывали чувство тревоги постоянно вне зависимости от наличия или отсутствия негативных психогенных факторов.

Таким образом, 84,1% от общего числа суицидентов отличались высокими уровнями личностной и ситуационной тревожности, что можно расценивать как их специфическую психологическую особенность, предрасполагающую к развитию суицидального поведения.

Другие особенности личностного профиля суицидентов были получены нами с использованием многопрофильного Миннесотского личностного опросника (MMPI). При оценке шкалы Ипохондрия (1) в 18,1% случаев (мужчины – 16,2%, женщины – 19,4%) показатели были ниже 30, что указывало на инициативность и живость характера. У 58,3% пациентов (мужчины – 56,7%, женщины – 59,2%) был определен вариант нормы (показатели от 30 до 70). У мужчин выявлялись упрямство, неприязнительность, медлительность и ригидность. У 23,6% пациентов (мужчины – 27,0%, женщины – 21,3%), установлены показатели выше 70, что было следствием соматической патологии, а также указывало на наличие ипохондрических проявлений. Помимо прочего, эти пациенты демонстрировали раздражительность, подавленность, жалобы на плохое самочувствие, напряженность, тревогу. У 2,1% пациентов показатели в шкалах 7 и 8 были повышены, что указывало на ипохондрическое состояние, близкое к субпсихотическому.

При оценке шкалы Тревожность (2) у трети пациентов – 35,4% (мужчины – 35,1%, женщины – 34,9%) – показатели были выше 70, что отмечалось при склонности к грусти, волнению, застенчивости, неудовлетворенности собой, низкой самооценке. У половины пациентов – 50% (мужчины – 48,6%, женщины – 52,4%) – показатели составили от 30 до 70 по этой шкале, что указывало на несдержанность, самоуверенность, неконтролируемые поступки, легкую возбудимость, враждебность.

Одновременно высокие показатели шкал 2, 7 и 8, имевшие место в 26% случаев, указывали на интенсивную депрессию. Повышение показателей шкал 2 и 3 было у 18% обследованных, что характеризовало эмоциональную незрелость, неприспособленность к семейной жизни и низкую работоспособность, а также общую напряженность и импульсивность. Депрессивный профиль с ажитацией и общим беспокойством (одновременное повышение показателей шкал 2 и 4) был отмечен в 9% случаев. Нередко такая разновидность сопровождалась влечением к алкоголю и антисоциальными тенденциями. Одновременное повышение параметров шкал 2 и 7 наблюдалось в 17% случаев, что было характерно для депрессивных больных с напряженностью, повышенной утомляемостью, тревогой, навязчивыми страхами и бессонницей. Такая психическая структура снижала продуктивность, инициативность, уверенность в себе. Возникали трудности во взаимоотношениях и домашние конфликты, человек чувствовал свою неполноценность, копался в недостатках и болезненных ощущениях, занимался самобичеванием.

При анализе шкалы Истерия (3) в 18,2% случаев (мужчины – 18,0%, женщины – 18,4%) показатели были выше критических, что указывало на склонность к беспокойству и тревоге, раздражительности и соматическим жалобам, собственной переоценке. Одновременное повышение показателей по шкалам 3 и 1 наблюдалось в 12% случаев и свидетельствовало о наличии ярко выраженных

истероидных черт. Шкалы 3 и 2 – были одновременно повышены у 38% пациентов, что обуславливало обилие соматических жалоб, беспокойство и тревогу, бессонницу, жалобы на общую усталость и слабость. Шкалы 3 и 6 одновременно были повышены у 23% суицидентов, что говорило о напряжении, тревоге и соматических жалобах. Шкалы 3 и 9 одновременно были повышены у 17% пациентов, что указывало на склонность к реакциям эмоционально-яркой окраски.

При оценке шкалы Психопатия (4) были получены данные, согласно которым только у 7,7% пациентов (мужчины – 7,2%, женщины – 7,7%), показатели составили менее 30, что свидетельствовало о склонности к зависимости, конформизму, скромности, уступчивости, усидчивости. Крайне важно, что у 16,9% суицидентов (мужчины – 17,1%, женщины – 16,5%) были выявлены показатели выше 70, что могло указывать на психопатические состояния с возможностью суицида. При дополнении шкал 2 и 7 сильнее проявлялась тенденция к аморальным поступкам. Такие показатели свидетельствуют о склонности к аутоагрессивному поведению.

По шкале Мужские и женские черты характера (5) у подавляющего большинства пациентов – 87,8% (мужчины – 87,3%, женщины – 88,3%) – определены показатели, являющиеся вариантом нормы.

В шкале Паранойяльность (6) в 12,8% случаев (мужчины – 12,6%, женщины – 12,6%) показатель оказался выше критического уровня, что указывало на жестокость, злобность, ригидное мышление, обидчивость, упрямство. Сочетание показателей в шкалах 6 и 2 наблюдались в 8% случаев, и свидетельствовало о подавленности, раздражительности, склонности к конфликтам.

При анализе шкалы Психастения (7) в 26,5% случаев (мужчины – 30,6%, женщины – 22,3%) показатели были выше критических, отражая такие черты, как нерешительность, озабоченность вопросами морали. Мужчины были застенчивы, сентиментальны, миролюбивы, отли-

чались чувством неудовлетворенности и проявлениями индивидуализма. Женщины имели склонность к невротическим реакциям, были совестливы, придирчивы, педантичны. Сочетание высоких показателей в шкалах 7 и 2 наблюдалось в 16% случаев и демонстрировало повышенную напряженность, нерешительность и подавленность. Повышение параметров шкал 7 и 8 отмечалось в 11% случаев и указывало на склонность к переживаниям, нервозность, раздражительность, общую слабость, вялость, уход от социальных обязанностей.

Анализ шкалы Шизоидность (8) продемонстрировал, что у 18,3% суицидентов (мужчины – 15,3%, женщины – 21,4%) показатели были ниже 30. Это указывало на такие качества, как уступчивость, покорность с хорошей приспособляемостью, консервативность. У 14,8% пациентов (мужчины – 14,4%, женщины – 15,5%) показатели по этой шкале были выше критических, что отмечалось при замкнутом характере, угрюмости, своеобразии суждений, непредсказуемости поступков. Сочетание параметров шкал 6 и 8 наблюдалось у 6% пациентов и предполагало склонность к образованию бредовых и сверхценных идей, а также агрессивные тенденции. Сочетание показателей шкал 8 и 4, выявленное в 15% случаев, отражало нервозность, замкнутость, ощущение неадекватности и неуверенности в себе, отсутствие внутреннего равновесия, непродуктивность, озабоченность социальными проблемами.

Данные по шкале Гипомания (9) продемонстрировали, что у 19,2% пациентов (мужчины – 20,7%, женщины – 17,4) показатели были ниже 30, что характерно для депрессивных состояний. Только у 5,6% (мужчины – 7,2%, женщины – 3,9%) показатели гипомании были выше критических, что указывало на лживость, недружелюбие, склонность к совершению аморальных поступков. Сочетание параметров 9 и 3 шкал наблюдались у 2% пациентов, что означало напряженность и общее беспокойство в сочетании с ипохондрической симптоматикой.

Таким образом, исследование с применением ММРІ позволило определить у суицидентов высокие показатели по шкалам: Ипохондрия, Тревожность, Истерия и Психастения. Это свидетельствует о преобладании в личностной структуре суицидентов таких черт, как импульсивность, неуверенность в себе, низкая самооценка, высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, неспособность к открытой конфронтации, аутоагрессия, демонстративность, склонность к депрессивным переживаниям. Такой личностный профиль можно расценивать в качестве предрасполагающего к формированию и развитию суицидального поведения. Обращает на себя внимание, что достоверных различий в психологических характеристиках суицидентов мужского и женского пола выявлено не было.

Обобщая результаты анализа личностно-психологических особенностей суицидентов, следует выделить аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс; отсутствие, или неприоритетность высших личностных потребностей; высокие уровни личностной и ситуационной тревожности, ригидность поведенческих стереотипов, импульсивность, избегающие стратегии поведения, высокие показатели по шкалам: Ипохондрия, Тревожность, Истерия и Психастения. Сочетание перечисленных личностно-психологических характеристик является фактором, способствующим формированию суицидального поведения, а также важным диагностическим признаком при определении групп повышенного суицидального риска. Кроме того, знание и учет описанных личностно-психологических характеристик способствуют разработке индивидуальных профилактических и лечебно-реабилитационных программ, направленных на повышение качества суицидологической помощи.

Клинические детерминанты

Ведущим клиническим детерминантом суицидального поведения являются психические расстройства.

Сразу же следует отметить, что вопрос о доле психически больных среди суицидентов один из наиболее важных и в то же время спорных в современной суицидологии. Существующие по этому поводу данные литературы весьма противоречивы, что связано с различиями в теоретических воззрениях и методологических подходах исследователей. Так, ряд авторов (Меньшикова Г.И., Никитин Л.Н., 1995; Морозова Н.М., 1995; Савченков В.Н., 1999; Положий Б.С., 2005) считают, что большинство суицидов совершается лицами с психической патологией. Другие исследователи придерживаются мнения о том, что основную часть суицидентов составляют психически здоровые лица (Амбрумова А.Г., 1974; Лужников Е.А., 1994).

Сплошное клинико-эпидемиологическое и клинико-психопатологическое исследование лиц, совершивших покушение на самоубийство и госпитализированных по этому поводу в отделения Центральной районной больницы г. Химки (Московская область) в 2007–2008 гг. позволило выявить клинически очерченные формы психических расстройств у 94% от общего числа суицидентов (Коновалов А.Ю., 2010). Аналогичные данные были получены В.Г. Остроглазовым и М.А. Лисиной (2000) при сплошном обследовании лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в отделения реанимации НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва). Авторы выявили у всех пострадавших психическую патологию, возникшую задолго до совершения суицида. Мотивы суицидальных попыток в большинстве наблюдений не сводились к содержанию спровоцировавшей их психотравмирующей ситуации и определялись психическими нарушениями, в основном аффективного (депрессивного) и бредового регистров. В подавляющем большинстве случаев это были эндогенные психические заболевания аффективного и шизофренического спектров; относительно малой оказалась доля психогенных заболеваний и личностных расстройств. У подавляющего большинства психическое заболевание ранее не было

диагностировано, несмотря на его длительное существование (в среднем 11,5 года). К периоду совершения суицида многие больные были дезадаптированы в трудовом и семейном отношении и не получали необходимой психиатрической помощи.

В нашем исследовании психические расстройства были выявлены у 95,2% суицидентов. В редких случаях поступившие в стационар лица были квалифицированы как психически здоровые, хотя это не исключает того, что у всех или части из них в момент совершения покушения имели место кратковременные преходящие расстройства психической деятельности. Клиническая структура диагностированных психических расстройств представлена в таблице 3.

Таблица 3

**Клиническая структура психических расстройств у лиц,
совершивших суицидальные попытки**

Нозологическая форма	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Органические психические расстройства	15	8,1	24	12,6	39	10,4
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	31	16,6	10	5,3	41	10,9
Шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройства	20	10,8	47	24,7	67	17,8
Аффективные (депрессивные) расстройства	35	18,8	65	34,2	100	26,6
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	19	10,2	24	12,6	43	11,4
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями	-	-	2	1,1	2	0,5
Расстройства личности и поведения	58	31,2	13	6,8	71	18,9
Умственная отсталость	8	4,3	5	2,7	13	3,5
Всего	186	100	190	100	376	100

Установлено, что ведущее место в клинической структуре психических расстройств у суицидентов (около двух третей всех случаев – 63,3%) составляют депрессивные расстройства, расстройства личности и группа заболеваний спектра шизофрении. При этом наиболее распространены депрессивные расстройства – 26,6%. Полученные результаты согласуются с мнением большинства исследователей о том, что именно депрессивные, личностные и шизофренические расстройства являются наиболее суицидоопасными. Достоверно реже и практически с одинаковой частотой у суицидентов диагностировались невротические и соматоформные расстройства; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и органические психические расстройства – соответственно 11,4; 10,9 и 10,4%. Единичными случаями были представлены умственная отсталость, а также поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями.

Таким образом, ведущее положение в структуре психической патологии у суицидентов занимают депрессивные расстройства. Частота случаев эндогенной депрессии, как причины суицида, варьирует, по различным сведениям, в пределах от 10 до 40%, а в случаях суицидальных попыток – от 10 до 25% (Суходолова Г.Н. и др., 1994). Установлено, что при монополярной депрессии попытки самоубийства встречаются чаще в начале аффективной фазы, а риск суицида коррелирует с выраженностью тревоги. При биполярных фазах суицидальный риск возрастает с каждым последующим обострением.

Д.Б. Колесников (1998) отводит особое место чувству вины в структуре депрессивного состояния. Ряд авторов высказывают мнение о наличии прямой корреляции между величиной суицидального риска и тяжестью депрессии, отмечая при этом, что суицидальные реакции чаще наблюдаются у больных с нешизофреническими депрессиями (Krug E.G. et al., 2002).

Анализируя клинико-социальные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершив-

ших суицидальные попытки, А.Д. Посвянская (2004, 2006) пришла к выводу, что среди таких пациентов преобладают женщины – 78%; суицидальное поведение у депрессивных больных чаще проявляется в возрасте от 20 до 50 лет; среди них относительно большую долю составляют не работающие – 26% и проживающие вне брака – 55%. Автор отмечает, что в пресуицидальный период 47% больных с депрессивными расстройствами испытывали тревогу и страх, 25% – душевную боль и 9% – обиду. Факт покушения на собственную жизнь пациенты наиболее часто квалифицировали как самонаказание (40%) и избегание (34%).

В нашем исследовании более чем у половины всех суицидентов был диагностирован депрессивный эпизод – 53% (мужчины – 42,8%; женщины – 58,5%). На момент совершения суицидальных действий в большинстве случаев (84,9%) он носил характер тяжелого без психотических симптомов, а в 15,1% – тяжелого с психотической симптоматикой.

Практически все такие пациенты отмечали признаки снижения настроения за несколько месяцев до совершения суицидальной попытки. При этом указать на какие-либо причины подобного состояния могли только 39% из них. Остальные же просто констатировали, что прежние интересы и увлечения перестали играть в их жизни какую-либо значимую роль. 27% пациентов отмечали, что переставали справляться с повседневными нагрузками, что влекло за собой снижение работоспособности и негативно сказывалось на качестве труда. Как правило, они не связывали ухудшение настроения со своим психическим состоянием и пытались объяснить это необоснованно растущими требованиями и/или недоброжелательным отношением со стороны окружающих. Часть пациентов (69%) в подобной ситуации пытались все-таки справиться с нагрузками, “взять себя в руки”, “начать справляться с работой”. Однако это приводило к астенизации и еще большему ухудшению настроения.

Параллельно появлялись нарушения сна, ухудшался аппетит, резко снижался жизненный тонус в целом. Постепенно стали возникать самоуничижительные мысли о собственной никчемности, неспособности быть “нормальным, полноценным человеком”, что закономерно приводило к обострению суицидальных тенденций.

Большая С., 47 лет. Поступила в психиатрическую больницу переводом из НИИ СП им. Склифосовского после суицидальной попытки.

Родилась в Москве первым ребенком в семье рабочих. Наследственность: психических заболеваний и суицидов в семье не было. Отец злоупотреблял алкоголем. Сведений о беременности и родах не имеет. Раннее развитие без особенностей, посещала детский сад. В возрасте 4–5 лет испытывала ночные кошмары, сообщала об этом матери, но к врачам не обращались. После того как пошла в школу, эти переживания редуцировались. В школе училась хорошо, занималась в спортивной секции (легкая атлетика), однако приходилось много времени посвящать семье — помогала матери ухаживать за младшими детьми, поскольку отец много работал. В целом обстановку в родительской семье оценивает как удовлетворительную, так как несмотря на пьянство отца, скандалов не было и “каждый занимался своим делом”. Себя характеризует, как жизнерадостную, ответственную, немного неуверенную в себе. После 10 классов поступила в техникум, закончила с отличием по специальности бухгалтер. Сменила несколько мест работ (из-за того, что маленький сын часто болел). В настоящий момент работает бухгалтером в небольшой частной фирме. Замуж вышла в 26 лет, однако через 5 лет рассталась с мужем из-за его тяжелого характера. В настоящее время сыну 18 лет, отношения с ним хорошие.

Ранее психиатрами не наблюдалась. Однако суицидальные тенденции в поведении пациентки появились уже давно. В возрасте 19 лет, будучи старостой группы в техникуме, собрала с учащихся крупную сумму на совместный отдых, но деньги потеряла (впоследствии они нашлись — сумку с деньгами пациентка оставила в учреждении, где иногда подрабатывала по ночам). Обнаружив пропажу, “как во сне” вернулась домой

и поняла, что не сможет признаться в том, что произошло. Первая мысль была бросить техникум, но потом поняла, что ее “все равно найдут и спросят, где деньги”. Стало ясно, что единственный выход – это умереть. В аптечке нашла таблетки, которые мать принимала “от давления”, примерно полпузырька. Быстро их приняла, запив водой. Со слов пациентки, страха не испытывала, так как “была словно в оцепенении после обнаружения пропажи денег”. Примерно через полчаса после приема препаратов почувствовала сильное головокружение, вдруг осознала сильный страх смерти, побежала в ванну и вызвала у себя рвоту. Скорую помощь вызывать не стала, так как “с детства очень боялась врачей, да и таблетки все вышли”. Однако после этого быстро уснула и проспала около 14 часов. Этот эпизод всегда оценивала критически, считала ребячеством и ранее о нем никому не рассказывала.

В последующем вспоминала о суицидальной попытке редко и суицидальных мыслей не отмечала. В возрасте 31 год на фоне хронических конфликтных отношений с мужем, стала плаксивой и раздражительной. В этот период много ухаживала за часто болеющим ребенком, переживала из-за его “слабого” здоровья. Стала тревожной, в голову постоянно навязчиво “лезли мысли” о его (ребенка) смерти. Очень уставала, так как много работала. Практически не могла есть, “кусоч в горло не лез”. За период, который длился около полугода, похудела, на 12 кг. Однажды, будучи в гостях у родственницы, проживающей на 8 этаже, почувствовала себя плохо – стало жарко и нечем дышать. Пошла на балкон и, посмотрев вниз, “очень сильно захотела прыгнуть, так как поняла, что несколько секунд, и все кончится”. Испугавшись этого порыва, быстро вернулась в комнату, однако время от времени мысленно возвращалась к этому эпизоду, испытывала при этом “непонятное возбуждение”. К подобным мыслям относилась критически. Постепенно здоровье сына улучшилось, отношения с мужем прекратились, и состояние нормализовалось “само собой”.

Нынешнее ухудшение отмечается пациенткой в течение последних 3 месяцев. Стала чувствовать себя грустной и подавленной. Не могла заставить себя заниматься повседневными делами: “вроде и силы есть, а не хочу ничего делать, только лежать”. Запустила домашнее хозяйство, стала реже убирать в квартире, еду сыну готовила “механически”. Но больше всего

беспокоило, что на работе стала рассеянной, не могла заставить себя выполнять свою работу и “испортила несколько отчетов”. Сначала подумала, что возможно это от усталости, пыталась “активно отдыхать: “собирать грибы, работать на даче, гулять, к подруге в Подмоскovie съездила”, но каждая подобная попытка давалась с трудом, так как “нужно было себя все время заставлять”. В этот же период заметила симптомы менопаузы, что провоцировало размышления о старости и одиночестве: “Сын уйдет, а мужа у меня нет”. Часто просыпаться по ночам (в 4–5 часов утра) и “пока никто не мешает”, размышлять о “своих перспективах”. В результате пришла к выводу, что с работы ее скоро уволят, сын уже взрослый и у него своя жизнь, а ее ждет только медленное одинокое угасание и дряхление. Однажды смотрела передачу об актрисе, которая умерла в 55 лет и подумала: “Повезло, и пожила достаточно, и умерла не старой”. После этого стала размышлять о наиболее безболезненных способах самоубийства, хотя “всерьез к этому не относилась” и “думала об этом на всякий случай”. В день совершения суицидальной попытки начальник на работе предупредил ее о возможном сокращении, посоветовал искать новую работу. Поняла, что начали сбываться ее худшие прогнозы. В этот же день по дороге домой поскользнулась и упала, сильно разбив колено. Придя домой (сын гостил у друга), сначала долго плакала, потом “зачем-то выпила 100 граммов водки”, хотя алкоголь употребляла крайне редко, а затем “на душе стало как-то легко и не страшно” – выпила около 30 таблеток донормила. Пациентку нашел сын, вернувшись утром. Так как она не просыпалась и тяжело дышала, он вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Была госпитализирована в стационар, где были проведены реанимационные мероприятия. Далее пациентка продолжала оставаться крайне подавленной и некритичной к совершенному поступку, была переведена в психиатрическую больницу, где ей поставили диагноз: Депрессивный эпизод, тяжелый, без психотических симптомов.

В данном случае имеет место длительный период суицидогенеза. Впервые суицидальные мысли возникли остро, спонтанно на фоне психотравмирующей ситуации и привели к импульсивной суицидальной попытке. Во второй раз суицидальная настроенность обострилась на фоне депрессии, вызванной хронической психической травмой, однако не достигла

уровня суицидальных действий. Последний случай обусловлен депрессивным эпизодом, развившимся на фоне биологических изменений (менопауза) и социальной неопределенности (страх одиночества), спровоцированной психотравмирующей ситуацией на работе. Все это способствовало переходу суицидального процесса на уровень реализации суицидальных намерений.

Около одной трети (31%) пациентов с депрессивным эпизодом были склонны винить в происходящем окружающих: “они не понимают меня”, “мне никто не помогает, а только требуют”, “я никому не нужен настоящему”. Подобные переживания провоцировали появление хронического переживания тревоги (если ситуация связывалась в сознании пациента с плохим, по его мнению, отношением окружающих) или тоски (если появлялись стойкие идеи собственной ненужности, чаще всего своим близким). Такое состояние приводило к формированию эскапистских тенденций: “раз я не нужен, то я уйду”, что вызывало в сознании пациента желание отомстить, наказать, привлечь внимание. Это приводило к суицидальным попыткам как истинного, так и демонстративного характера.

Важно, что в начале депрессивного эпизода многие пациенты критически оценивали свое состояние и пытались справиться с ним самостоятельно. Однако, по нашим данным, только около 5% из них обращались к специалистам (участковым терапевтам, психиатрам, психотерапевтам, психологам). Остальные искали помощь у близких, но чаще всего не находили поддержки, так как ближайшее окружение воспринимало их жалобы как неуместные, непонятные, навязчивые. Часто пациенты пытались справиться с депрессией, используя алкоголь, однако это только ухудшало и без того тяжелое психическое состояние. Наиболее неблагоприятно, с точки зрения суицидального прогноза, протекал депрессивный эпизод с апатическим компонентом – как правило, эти пациенты ни с кем не делились своими болезненными

переживаниями, в то время как суицидальные мысли у них возникали достаточно быстро после начала депрессии или вообще носили хронический характер. Именно эти пациенты часто отмечали то, что может быть обозначено как “экзистенциальный вакуум”. Суицидальное поведение у них практически всегда носило истинный характер, а суицидальная попытка была хорошо спланирована.

Несколько реже у суицидентов диагностировалось рекуррентное депрессивное расстройство – 38% случаев в структуре депрессивных расстройств. У мужчин оно встречалось чаще, чем у женщин (соответственно 45,7 и 33,9%). В целом механизмы возникновения и течения суицидального поведения при этом заболевании соответствовали таковым при депрессивном эпизоде. Однако имелось и существенное отличие – так как депрессивный эпизод не был первым, то и суицидальные намерения были более оформлены, продуманы и осмыслены пациентом. У некоторых из них уже имелся опыт суицидальных попыток, что значительно увеличивало риск их повторения. Кроме того, некоторые пациенты, страдая приступами депрессий длительное время, были способны диссимулировать свои суицидальные переживания. Таким образом, эта группа пациентов была потенциально более “суицидоопасна”.

Значительно реже – в 7% случаев (мужчины – 8,6%; женщины – 6,1%) – суицидентам диагностировалось биполярное аффективное расстройство, тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов. Все эти больные уже длительное время наблюдались у психиатра. Суицидальные тенденции у большинства из них имели хронический характер. У части таких пациентов суицидальная попытка была вызвана переживаниями по поводу неизлечимого психического заболевания и отсутствием в связи с этим перспектив “нормальной” жизни.

Хроническое депрессивное расстройство (дистимия) было выявлено только в единичных случаях, при этом попытка носила демонстративный характер. Пациенты сообщали о глубоком чувстве обиды, вызванном непо-

ниманием их состояния близкими. Обращает на себя внимание, что такие пациенты неоднократно угрожали попыткой самоубийства, но окружающие не принимали их угрозы всерьез. Объективно расстройство настроения не носило тяжелого характера, тем не менее оно привело к обострению суицидальных тенденций, что еще раз доказывает необходимость крайне внимательного отношения к любым антивитальным или суицидальным переживаниям, высказываемым пациентами, вне зависимости от тяжести их психического расстройства.

Отдельно необходимо отметить различия в частоте депрессивных расстройств у суицидентов мужского и женского пола. Среди женщин они встречаются достоверно чаще, чем среди мужчин – соответственно 34,2 и 18,8% случаев. В то же время внутри этой клинической группы значительных различий не наблюдается. Это указывает на сходство формирования суицидального поведения у женщин и мужчин с депрессивными расстройствами, в то время как сама по себе депрессия гораздо чаще приводит к обострению суицидальных тенденций у женщин.

Следующую по частоте группу расстройств у суицидентов составили расстройства личности – 18,9% всех случаев. Среди них ведущее место заняли специфические расстройства личности – 92,9% (табл. 3). По данным американских исследователей, личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида, и у 40% лиц, совершивших суицидальные попытки (Oldman J.M., 2006). Суицидальные тенденции не являются привилегией какого-либо одного типа психопатий. Они встречаются практически при всех формах этой патологии, но с несколько различной частотой (Ситченко Н.М., 1991, 1995). Наибольший риск представляют пациенты неустойчивого круга, а также лица с эмоционально-неустойчивыми и диссоциальными расстройствами личности (Soloff P.H. et al., 2000). Также известно, что для этой категории лиц характерны повторяющиеся суицидальные попытки (Старшенбаум Г.В., 2005).

В нашем исследовании (табл. 4) наиболее распространенным в клинической структуре расстройств личности оказалось истерическое расстройство – 28,8% (мужчины – 27,8%; женщины – 33,3%).

Таблица 4

Клиническая структура специфических расстройств личности у лиц, совершивших суицидальные попытки

Расстройство личности	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Параноидное	5	9,2			5	7,6
Шизоидное	3	5,5	1	8,3	4	6,1
Диссоциальное	8	14,8	1	8,3	9	13,6
Эмоционально неустойчивое	10	18,5	5	41,8	15	22,7
Истерическое	15	27,8	4	33,3	19	28,8
Анакастное	2	3,8			2	3
Тревожное	7	12,9	1	8,3	8	12,1
Зависимое	4	7,5			4	6,1
Всего	54	100	12	100	66	100

В досуицидальный период у этих пациентов имели место черты эгоцентричности и эмоциональной лабильности, которые в последующем накладывали характерный отпечаток на течение суицидального процесса. Только в 14% случаев покушений на самоубийство, совершенных лицами с истерическим расстройством, их суицидальное поведение носило истинный характер. В остальных случаях суицидальная попытка носила демонстративный характер. В частности, почти всегда суицид предпринимался после многократных угроз, а сама попытка совершалась в присутствии окружающих. Способ суицида избирался заведомо нелетальный. Следует отметить, что в 72% случаев суицидальная попытка была повторной,

в том числе и многократной. При анализе предыдущих покушений выявлялась тенденция к “усложнению” последующих попыток, которые становились более продуманными и потенциально с большим риском летального исхода. Сами пациенты объясняли это постепенным снижением чувства страха перед болью и возможным смертельным исходом: “я это уже несколько раз проделывал, так что все знаю”. Обращает внимание, что доли мужчин и женщин среди суицидентов с истерическим расстройством оказались примерно одинаковыми.

Больная Д., 28 лет, поступила в психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки.

Родилась в Москве, вторым ребенком в семье служащих. Наследственность: психических заболеваний в семье не было, но у тети по линии отца имела место суицидальная попытка. Роды и беременность у матери протекали без особенностей. Обстановку в родительской семье оценивает как хорошую: “родители очень любили друг друга”. Раннее развитие нормальное, посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, закончила 11 классов. Училась посредственно, особенно плохо давались точные науки, однако росла очень живым, общительным ребенком, была лидером в коллективе, посещала разные кружки и секции (танцы, фотокружок, хор), но долго ничем не занималась, так как “становилось не интересно”. После школы поступила в институт на экономический факультет, но через год учебу бросила, поняв, что “это не ее”. Сменила несколько мест работы, так как все время что-то не устраивало: “то начальник “тиранит”, то зарплата маленькая, то требую то, что не положено”. В настоящий момент работает продавцом в магазине. Работа нравится, так как “общаюсь с людьми”. В 19 лет вышла замуж, однако в браке прожила только 6 месяцев, после чего развелась, так как “муж разочаровал и любовь закончилась”. В последующем пыталась вступать в отношения с мужчинами, но дольше 6 месяцев отношения не длились и заканчивались всегда “по вине мужчин”. В течение 3 лет проживает в гражданском браке. Детей нет. Отношения с супругом оценивает как нестабильные, но “страстные” – “мы оба лидеры, а уступать никто не хочет”, “но я его очень люблю”.

Госпитализируется в стационар повторно. Предыдущая госпитализация (8 месяцев назад) также была связана с суицидальной попыткой. Со слов пациентки, мысли о самоубийстве появились только в этом году. Ранее к суициду относилась критически. При этом вспоминает, что еще в подростковом возрасте, будучи на похоронах родственника, отличавшегося асоциальными формами поведения (алкоголизм, наркомания, судимости), подумала о том, что “так как он умер, то теперь его все любят, и все ему прощают”. Кроме того, пациентка сообщает, что будучи ребенком и подростком иногда симулировала недомогание и болезни, чтобы отвлечь внимание от плохих отметок в школе. Считает, что так делают все дети, и ничего особенного в этом нет. Интересно мнение пациентки относительно попытки суицида у родной тети – она пыталась отравиться, когда пациентке было 12 лет. Поводом был уход из семьи мужа. После суицидальной попытки муж вернулся, и они до сих пор живут в браке. Рассказывая это, пациентка заметила, что “тетя поступила правильно и смогла отстоять свое счастье”. На замечание, что тетя могла умереть, пациентка улыбается и говорит о том, что “если все сделать правильно, то не умрешь”. О суициде применительно к себе не задумывалась до последнего года, когда стала подозревать мужа в измене. Прочитала в его телефоне сообщения, “доказывающие, что я права”. Вызвала его на разговор (который сопровождался принятием спиртного), в ходе которого муж пригрозил, что уйдет, если она не прекратит его контролировать. Разговор протекал на повышенных тонах, а после этой фразы пациентка крикнула: “Лучше тогда я уйду!”, побежала на кухню взяла нож и нанесла себе рану в области левого предплечья. Рана была неглубокая, однако муж сразу перевязал ее и вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Была госпитализирована в травматологическое отделение, после чего переведена в психиатрическую больницу. Критики к своему поведению не было, говорила, что “сорвалась”, но “умирать не собиралась”, знала, что окажут помощь. Со слов пациентки, муж после этого инцидента резко изменился в поведении. Стал внимательным, чутко реагировал на изменения в ее настроении.

За месяц до совершения настоящей попытки отношения вновь ухудшились. Муж стал “отчужденным”, а неделю назад заявил, что собирается на полгода уехать в другой город “на

заработки”, так как здесь у него “с работой стало очень плохо”. Пациентка предложила поехать с ним, но он категорически отказался. Тогда поняла, что это “просто повод расстаться”. В день совершения суицидальной попытки утром позвонила мужу на работу и сообщила, что собирается покончить с собой, так как жить без него она не сможет. Высчитала, что от его работы до дома добираться около часа. Также позвонила подруге и сказала о своих планах. После этого выпила полпузырька но-шпы (узнала о таком способе из телевизионной передачи, в которой суицидентка, использовавшая такой способ, не умерла). Была уверена, что не умрет от такой дозы и что ее спасут. Когда приехал муж, пациентка оставалась в сознании, но чувствовала слабость и головокружение. Врачи скорой помощи сделали промывание желудка, после чего пациентку доставили в психиатрическую больницу. Был поставлен диагноз: “Истерическое расстройство личности. Состояние декомпенсации”. К попытке суицида относится не критично, утверждает, что “умереть не могла, так как все спланировала”. На вопрос о возможном летальном исходе или инвалидности в последующем улыбается и говорит, что “этого быть не может, так как таблетки не опасные”. Рассчитывает, что ее поступок поможет сохранить отношения с любимым.

В досуицидальный период выявляются истерические черты личности – склонность к симуляции, демонстративность. Суицидальное поведение носило латентный характер, хотя уже в юности пациентка осознавала его возможность, имея перед собой пример родной тети. При возникновении психотравмирующей ситуации суицидальные тенденции актуализировались и привели к совершению суицидальной попытки демонстративно-шантажного характера. Вследствие получения необходимой для себя “выгоды” после первой попытки, суицидальное поведение зафиксировалось как эффективный способ решения сложных проблем. Вероятность совершения повторных суицидальных действий велика, учитывая сниженную критику к своему поступку.

Следующим по частоте типом расстройства личности у суицидентов оказалось эмоционально неустойчивое – 22,7%. Частота его встречаемости у женщин (41,8%) оказалась достоверно больше, чем среди мужчин (18,5%).

В досуицидальный период у таких пациентов отмечались импульсивность, взрывчатость, неспособность контролировать собственные эмоциональные реакции. Суицидальное поведение также носило импульсивный характер. Так, в 87% случаев попытка не планировалась и совершалась внезапно как реакция на психотравмирующую ситуацию. В качестве таковых пациенты расценивали ситуации, вызывающие у них выраженное чувство обиды, что побуждало их совершить покушение с целью “наказать” обидчика своей смертью. Обычно средства для совершения суицидальной попытки выбирались случайные, и, возможно, в силу этого зачастую попытка была потенциально нелетальна. Только в 12% случаев суицидальная попытка предпринималась под воздействием аффекта злобы и раздражения. Эти пациенты сообщали, что скорее “стремились разрядиться, нежели умереть”. В этих случаях избирались тяжелые, brutальные, травматичные способы суицида. Следует отметить некоторые особенности суицидогенеза у этих пациентов. Большинство из них (69%) сообщили, что суицидальные переживания (мысли, замыслы) у них были давно (чаще с подросткового возраста) и присутствовали почти постоянно как один из возможных вариантов разрешения трудных жизненных ситуаций. Также следует отметить, что 84% суицидентов в этой группе на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Установлены различия в клинической картине эмоционально неустойчивого расстройства у мужчин и женщин. Так, всем мужчинам в данной группе был диагностирован его импульсивный тип, в то время как у женщин он был установлен только в одном случае. В остальных было диагностировано эмоциональное неустойчивое расстройство по пограничному типу. Эти пациентки характеризовались неустойчивой самооценкой, неспособностью быть включенными в повседневные жизненные ситуации, высокой потребностью в ярких и нестабильных

отношениях. Во многих случаях суицидальная попытка предпринималась ими на почве “неудачной любви”.

Следующим в структуре личностных расстройств оказалось диссоциальное – 13,6%. Оно встречалось у мужчин чаще по сравнению с женщинами (соответственно 14,8 и 8,3%). В преморбиде эти пациенты отличались эмоциональной незрелостью, безответственностью, девиантными формами поведения. Более половины из них имели ранее конфликты с законом и злоупотребляли алкоголем. Сама суицидальная попытка не имела четких закономерностей (примерно в половине случаев она совершалась импульсивно, в другой половине была заранее спланирована и подготовлена). Отсутствовали черты демонстративности, однако в ряде случаев покушение предпринималось в присутствии других людей. Сами суициденты объясняли свое состояние на момент совершения попытки чувством злобы и ярости, непреодолимым желанием убить своего обидчика. Однако, не имея для этого нравственных или других возможностей, они предпочитали убить самого себя. Зачастую такие суициденты относились к совершенному покушению критически, рассматривали свое поведение как проявление человеческой слабости, жалели о совершенном поступке, утверждали, что в будущем смогут решать свои проблемы более приемлемым способом.

Примерно с той же частотой встречается тревожное расстройство – 12,1% случаев (мужчины – 12,9%; женщины – 8,3%). В досуицидальный период этих пациентов характеризовал высокий уровень личностной тревожности и, как следствие, склонность к ограничительному поведению, часто приводящему к социальной дезадаптации. В 89% случаев мысли о суициде появлялись, со слов пациентов, очень рано – в подростковом и даже детском возрасте. Однако поначалу они носили умозрительный характер и не достигали степени суицидальных замыслов, так как “умирать на самом деле очень страшно”. На фоне переживания жизненных кризисов у таких лиц обострялось чувство собственной никчемности и со-

циальной непривлекательности, что обостряло тревожность и иррациональные страхи, связанные с будущим. Все это суммировалось в один общий “тотальный страх перед жизнью и будущими проблемами”, которые могут доставить непереносимую душевную или физическую боль. Страх становился хроническим и психологически изматывающим, так что даже незначительный повод зачастую приводил к реализации суицидальной настроенности. Суицидальная попытка, как правило, была хорошо спланирована. У половины таких суицидентов средства для покушения были подготовлены задолго до его совершения (“на всякий случай”). Способ выбирался летальный, но на взгляд пациента, безболезненный (чаще всего речь шла об отравлении медикаментами или угарным газом). Важно, что в постсуицидальный период отношение к попытке было почти всегда критическим, пациент был рад, что остался жить, но не мог с уверенностью утверждать, что в будущем не прибегнет к подобному способу решения проблем.

В 7,6% случаев суицидентам было диагностировано параноидное расстройство личности. Обращает на себя внимание, что все эти пациенты были мужчинами. Как правило, суицидальная попытка совершалась с демонстративно-шантажной целью на фоне переживания чувства ревности к партнерше; в одном случае суицидальная попытка носила истинный характер, и была принята пациентом “от невыносимой беспомощности”, вызванной многолетним судебным процессом, который пациент вел с коммунальными службами. В последующем все суициденты отмечали чуждость для себя суицидальных идей, к попытке относились критически, были рады, что “все закончилось хорошо”, говорили о желании жить и даже о “любви к жизни”. Попытку же объясняли своей неспособностью на тот момент “сделать что-то еще”.

У одинакового количества суицидентов (по 6,1% от их общего количества) были диагностированы шизоидное (мужчины – 5,5%; женщины – 8,3%) и зависимое

(мужчины – 7,5%) личностные расстройства. В случаях с шизоидным расстройством особенности досуицидального периода (эмоциональная холодность, аутистичность, неспособность получать удовольствие) накладывали отпечаток и на суицидальное поведение. Суициды у них всегда носили истинный характер, были хорошо спланированы и только случайно эти пациенты остались живы (обычно, летальный исход был предотвращен внезапным появлением окружающих). Они отрицали наличие суицидальных переживаний ранее, однако утверждали, что в сложившихся обстоятельствах суицид представлялся им наиболее правильным выходом. Эта “суицидальная конструкция” была хорошо аргументирована и занимала устойчивую позицию в сознании пациента. Важным во всех этих случаях было отсутствие каких-либо значимых антисуицидальных факторов (в частности, все пациенты находились в ситуации относительной социальной изоляции; отсутствовали профессиональные и личные интересы). Высокая способность к интроспекции в данных случаях только усиливала оторванность пациентов от реальности и делала выбор в пользу суицида более обоснованным.

У суицидентов с расстройством зависимого типа в досуицидальный период доминировали чувство беспомощности и желание переложить ответственность за свою жизнь на других. Это выступало у них своеобразным фактором, усиливающим суицидальные склонности. Все они (возраст каждого не превышал 25 лет) оказались в декомпенсирующей их состоянии ситуации одиночества: смерть родителей, гибель близкого друга, уход любимой девушки. Суицидальная настроенность отличалась амбивалентностью, так как, со слов самих пациентов “умирать они не хотели, но и жить дальше в одиночестве не могли”. Отношение к попытке было не критичным, они спрашивали “зачем их спасли, ведь жить они все равно не смогут”. У половины из них настоящая попытка была повторной.

Таким образом, в клинической структуре расстройств личности у суицидентов были представлены все их виды, но с различной частотой. Наиболее распространенными оказались истерическое, эмоционально неустойчивое и диссоциальное расстройства, наименее распространенными – шизоидное, зависимое и ананкастное. Также необходимо отметить, что у суицидентов-мужчин расстройства личности выявляются в 4,6 раза чаще, чем среди женщин. Это позволяет утверждать, что данные заболевания обладают более высоким суицидальным риском именно для лиц мужского пола.

Кроме расстройств личности в этой группе в единичных случаях были диагностированы такие расстройства поведения, как патологическое влечение к азартным играм (игромания) и транссексуализм. У лиц с игроманией суицидальная попытка была спровоцирована крупным проигрышем. У женщины с транссексуализмом попытка была связана с разрывом отношений с партнершей и последующей за этим декомпенсацией психического состояния (в анамнезе эта пациентка имела многократные суицидальные попытки, настоящая попытка была уже четвертой по счету).

Следующее место в клинической структуре психических расстройств у суицидентов занимают шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства. Шизофрения является одной из наиболее “суицидогенных” форм психической патологии (Мельтцер Г., Фатеми Г., 1996; Fujimori H., Sakaguchi M., 1986). Суицидальное поведение в большей степени присуще больным с шубообразной шизофренией (с параноидной структурой приступа), а также осложненной органическим поражением головного мозга, алкоголизмом, психопатиями, реактивными состояниями (Семке В.Я., 1999; Жерехова Е.М., 2002). Считается, что возникновение суицидальных попыток у больных шизофренией связано, главным образом, с депрессивным состоянием, большое значение также имеют параноидные, галлюцинаторно-параноидные и

паранойяльные состояния. К факторам, способствующим возникновению суицидальных попыток у больных шизофренией, относят микросоциальные конфликты, психогенные переживания, связанные с потерей близких людей, различные соматогенные расстройства и алкогольное опьянение.

По данным нашего исследования, заболевания шизофренического спектра были выявлены у 17,8% суицидентов. Более половины всех заболеваний в этой группе (58,2%) составила шизофрения. Ее доля среди суицидентов-мужчин превышает таковую среди женщин – соответственно 75 и 51,1%. В подавляющем большинстве случаев (87,1%) данное заболевание было представлено его параноидной формой.

Следует отметить, что из числа больных шизофренией впервые госпитализировались только 10,4%. Мотивы их суицидального поведения носили психопатологический характер, а сама суицидальная попытка была совершена под воздействием психотической симптоматики. Лишь один человек среди этих пациентов сообщил о длительном переживании суицидальной настроенности. У других суицидальные намерения возникли остро как реакция на психотические (галлюцинаторно-бредовые) переживания. Суицид предпринимался импульсивно, заранее не планировался, использовались соответствующая ситуация и имеющиеся “подручные средства”. Например, желая спастись от “преследователя”, пациенты выпрыгивали из окна, пытались перерезать вены, броситься под машину, и т.п. При редуцировании в результате проводимого лечения галлюцинаторно-бредовой симптоматики у пациентов появлялось критическое отношение к совершенной суицидальной попытке.

Остальные больные шизофренией уже находились под диспансерным наблюдением и имели неоднократные госпитализации в анамнезе. У них наблюдалась другая закономерность: у большинства (78%) суицидальное поведение провоцировалось не под влиянием продуктивной

психопатологической симптоматики, которой у многих из них на момент совершения попытки не выявлялось, а вследствие воздействия негативной симптоматики – депрессия с апатическим компонентом, снижение энергетического потенциала, и т.п. В 39% случаев эти пациенты уже совершали суицидальные попытки в прошлом. Многие из них сообщали о том, что уже много лет они отмечают у себя суицидальные тенденции, которые возникли еще после первого перенесенного эпизода болезни.

Следующее важное отличие заключалось в том, что у этих пациентов причины желания уйти из жизни, хотя и были следствием болезни, но не являлись психотической продукцией. Так, для многих были тягостными социальная изоляция, одиночество, страх перед будущим, которое казалось им совершенно неопределенным. Больные понимали, что после ухода поддерживающих их близких людей (чаще всего родителей) они не смогут позаботиться о себе самостоятельно. Другие хотели, но не могли работать, тяжело переживали свою социальную несостоятельность. В качестве причины своей суицидальной попытки говорили об ощущении собственной никчемности и ненужности. Очень важно, что почти все эти пациенты относились к своему суицидальному поступку без критики. Суицидальная настроенность во всех этих случаях носила стойкий, плохо корригируемый характер. Типичной была ситуация, когда пациенты выписывались из стационара после длительного (часто несколько месяцев) лечения с улучшением психического состояния. Они говорили о том, что “самоубийство – это глупость, надо жить и справляться со своими проблемами”, но через некоторое время вновь поступали в стационар с обострением суицидального поведения, так как было достаточно ничтожного повода, чтобы разрушить их хрупкое психическое равновесие. С одной стороны, это объяснялось низкими адаптационными возможностями пациентов (что было обусловлено их болезнью), с другой – отсутствием у них каких-либо

действенных антисуицидальных факторов. Такое сочетание было крайне неблагоприятно для прогноза и делало коррекцию суицидального поведения очень сложной.

Больной Ч., 49 лет, поступил в психиатрическую больницу переводом из НИИ скорой помощи им. Склифосовского после суицидальной попытки.

Родился в семье служащих единственным ребенком. Наследственность: родной брат отца страдал шизофренией; дедушка по линии матери – алкогольной зависимостью. Суицидов в семье не было. Беременность у матери протекала с явлениями токсикоза в первом и третьем триместрах. Роды без особенностей. Отец оставил семью, когда ребенку было 1,5 года. Пациент его не помнит и никогда с ним не общался. Причину развода назвать не может. Воспитывался матерью. Тип воспитания характеризует как гиперопеку. Раннее развитие без особенностей, детский сад посещал, но, со слов пациента, редко, так как “мать в то время работала дома, и он сидел с ней”. В школу пошел с 7 лет, закончил 10 классов. Учился посредственно, нравились биология и история. По характеру был застенчивым, плохо сходилась с людьми. Спортивные и другие секции не посещал, так как “было приятней оставаться дома и заниматься своими делами”. После школы поступил в вуз на факультет биологии, но из-за психической болезни на 3 курсе учебу пришлось оставить. В дальнейшем пытался зарабатывать низкоквалифицированным трудом, но с работой не справлялся. С 25 лет имеет II группу инвалидности из-за наличия тяжелого психического заболевания. Не женат. Детей нет. Проживает с матерью.

Первые признаки заболевания появились в возрасте 19 лет, когда “всерьез стал изучать разное оружие”. Прочитав много литературы, вскоре сам изобрел “новый вид ножей, с очень высокой поражающей способностью”. Свое “открытие изложил в методичке, которую стал рассылать в различные официальные инстанции. Вскоре стал замечать за собой слежку, “понял, что это итальянские спецслужбы”. Очень переживал по этому поводу, появился страх за свою жизнь, пытался скрываться в подвале. Поняв, что “все равно не спастись, поймут!”, решил покончить с собой и попытался броситься под машину. Тогда впервые был доставлен в психиатрический стационар, где

был поставлен диагноз: “Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром”. В дальнейшем фабула бреда постепенно редуцировалась, а на первый план вышла негативная психопатологическая симптоматика. В настоящий момент галлюцинаторно-бредовых переживаний не выявляется; сформировался стойкий апатоабулический дефект. В течение прошедших 30 лет многократно госпитализировался в психиатрический стационар (в среднем 1 раз в 3 года).

Впервые антивитаальные переживания появились в возрасте 14 лет, когда влюбился в девочку, которая не отвечала ему взаимностью. Очень переживал, чувствовал себя “абсолютно одиноким” и начал “понимать, что жить неинтересно и тяжело”. Впоследствии мысленно возвращался к теме смерти, пытался найти ей оправдание, “полюбил изучать разную литературу по этому поводу”. Особенно нравилось читать о самоубийствах великих людей, так как пытался найти в их переживаниях параллели со своими. Однако эти мысли не достигали уровня суицидальных замыслов, о способах суицида не задумывался. Первая попытка суицида совпала с первым приступом болезни. После него на фоне подавленности, вызванной осознанием собственной болезни, думал о том, что лучше бы ему было умереть. В дальнейшем суицидальные тенденции не проявлялись в течение почти 20 лет. В последнее время “стал задумываться о своей судьбе”. Сам пациент связывает это с прогрессирующей болезнью матери (тяжелая степень сахарного диабета). Начал понимать, “что мать скоро умрет, и я останусь совсем один”. Два года назад, когда мать положили в больницу, у пациента резко снизилось настроение, нарушился сон, снизился аппетит, “понял, что дальше будет только хуже” и ночью принял большую дозу (около 30 таблеток) галоперидола. Страх не испытывал и “спокойно уснул”. Однако примерно через 12 часов проснулся и был “разочарован, что ничего не получилось”. О попытке никому не рассказывал. После этого стал активно искать надежный способ ухода из жизни – “это даже интересно стало”. В последующем предпринял 4 попытки суицида, 2 из которых можно рассматривать как демонстративно-шантажные на фоне конфликтов с матерью (резал вены), а 2 – как истинные (отравление, падение с высоты). Настоящая госпитализация связана с тем, что пациент с суицидальной целью выпил стакан уксуса. После оказания необходимых лечебных мероприятий

в НИИ скорой помощи им. Склифосовского был доставлен в психиатрическую больницу с диагнозом: “Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения”. Со слов самого пациента, никакого особенного повода для совершения попытки не было: “просто я уже давно решил, что умирать пора, так как мать скоро умрет, а в интернате я жить не буду”. Критика к поступку отсутствует.

Суицидальный процесс у пациента манифестировал рано – в возрасте 14 лет, протекал на уровне антивитаальных переживаний и был спровоцирован первым приступом шизофрении. Затем много лет суицидальный процесс протекал латентно, но вновь обострился на фоне сформировавшегося шизофренического дефекта. Суицидальная настроенность принимала упорный, не поддающийся коррекции характер, и привела к неоднократному совершению покушений на самоубийство, в том числе и последнего. Прогноз неблагоприятный.

Шизотипическое расстройство составило 13,4% в структуре заболеваний шизофренического спектра. Его доля у суицидентов женского пола оказалась в 3,4 раза выше, чем у мужчин – соответственно 17,1 и 5%. Все эти пациенты госпитализировались впервые, лишь одна треть из них обращались ранее к психиатрам. Особенностью суицидогенеза в данной группе пациентов было раннее (часто уже в подростковом возрасте) появление суицидальных мыслей на фоне симптомов магифренического мышления и сниженного страха перед смертью. У многих суицидальный процесс как бы запускался проявлениями метафизической интоксикации. Так, многие из них сообщили, что впервые стали размышлять о бессмысленности жизни в возрасте 14–16 лет, когда с интересом начали изучать литературу философского, религиозного и оккультного содержания. Их размышления закономерно перерастали в мысли о смерти как очень “привлекательном” варианте “избавления” от бессмысленной жизни. Несколько пациентов даже сообщили о “любви” к своим суицидальным переживаниям, говоря о том, что получали удовольствие, часто размышляя о

“смерти вообще, и о своей смерти в частности”. Им было свойственно романтизировать суицид и пытаться найти ему рациональные обоснования. В дальнейшем малейший повод в межличностных отношениях приводил к манифестации суицидальных действий. Особенностью таких пациентов была их склонность к диссимуляции своих переживаний. Формально выражая критическое отношение по поводу своей суицидальной попытки, они сохраняли суицидальную настроенность и при малейшей возможности пытались ее вновь реализовать.

В 8,9% случаев (мужчины – 5%; женщины – 10,6%) суицидентам при поступлении в стационар диагностировалось психозаффективное расстройство по депрессивному типу. Особенностью течения суицидального процесса у таких больных была его приступообразность, иначе говоря, суицидальный процесс всегда запускался приступом заболевания. В периоды ремиссий пациенты были критичны к суицидальным мыслям, отмечая, что их вообще не бывает, когда “они здоровы”. Обострение депрессивной симптоматики делало суицидальные переживания яркими, тягостными, с элементами навязчивости. Пациенты отмечали слабую способность сопротивляться этим мыслям. Суицид, как правило, носил истинный характер. Кроме того, следует отметить незначительное влияние антисуицидальных факторов в жизни этих пациентов, что делало возможность совершения суицидальной попытки в период обострения заболевания высоковероятной.

Подводя итог приведенным сведениям о суицидентах, страдающих заболеваниями психотического спектра, следует отметить, что их доля у женщин в 2,3 раза выше, чем среди мужчин – соответственно 24,7 и 10,8%. Это позволяет высказать предположение о том, что данные заболевания представляют для женщин больший суицидальный риск, чем для мужчин.

Следующими по частоте расстройствами у лиц, совершивших суицидальные попытки, были невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства –

11,4% всех случаев. В литературе приводятся сведения о значительно более высоких цифрах. Так, М.М. Weissman (1991), Д.В. Кензин (1999), сообщают, что 75% лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами, совершают суицидальные попытки, из которых 10% заканчиваются летальным исходом.

В нашем исследовании практически все эти расстройства (за исключением 3 случаев) были представлены расстройствами, связанными со стрессом – 90,8% (мужчины – 84,2%; женщины – 95,8%). При этом в половине случаев было диагностировано расстройство адаптации. Данные пациенты в течение последних 3 месяцев пережили субъективно тяжелые стрессовые ситуации: тяжелую болезнь супруга(и), разорение, потерю имущества; проблемы, возникшие при переезде в другой город. В досуицидальный период у них отмечались черты повышенной сензитивности, низкой устойчивости к фрустрации, но никогда ранее переживания пациентов не достигали такой интенсивности. Все они однозначно связывали свое состояние с недавними переживаниями, после которых появилась тревога и резко снизилось настроение. Помимо достаточно короткого пресуицидального периода, суицидальный процесс отличался своеобразным амбивалентным отношением к происходящему – они сообщали о желании жить, о том, что “никогда ранее не хотели умирать”. Однако перенесенная стрессовая ситуация “внезапно подкосила их и выбила почву из-под ног”. Свои суицидальные мысли они воспринимали как нечто чуждое, не свойственное природе, как бы “навязанное” обстоятельствами. Эти особенности проявлялись и в самой суицидальной попытке – с одной стороны, в ней отсутствовали черты демонстративности, что давало возможность квалифицировать намерение умереть как истинное. С другой стороны, попытка чаще была потенциально не летальна и оставляла варианты для выживания, как будто суицид совершался демонстративно. В постсуицидальный период, на фоне обусловленного лечением снижения

интенсивности болезненных психических переживаний, удавалось добиться устойчивого критического отношения суицидентов к совершенному ими покушению.

В другой половине случаев суицидентам диагностировалась острая реакция на стресс. В течение 2–3 дней, предшествующих совершению суицидальной попытки, все они пережили крайне тяжелую стрессовую ситуацию. В большинстве случаев она была обусловлена смертью близкого человека, кроме этого, фигурировали полученное известие о наличии у себя тяжелого неизлечимого заболевания, пожар в собственном доме, несчастье с близкими. Все эти случаи отличались коротким пресуицидальным периодом. Решение о самоубийстве принималось быстро на фоне непереносимой душевной боли, при этом мысли о смерти приносили ощутимое облегчение. Для совершения суицида выбирались заведомо летальные способы: повешение или падение с высоты. Попытка не завершалась летальным исходом, лишь благодаря стечению обстоятельств. Постсуицидальный период протекал тяжело, так как актуальность переживаний оставалась высокой. У 2 человек в ближайший постсуицидальный период имели место повторные попытки.

Достоверно реже у суицидентов выявлялось посттравматическое стрессовое расстройство. Все они были мужчинами. В качестве причины суицидальной попытки они говорили о том, что постоянные воспоминания о случившемся “их измучили” и “лучше умереть, чем все время это переживать заново”. Во всех случаях суицидальная попытка предпринималась на фоне приема больших доз алкоголя. На фоне проводимой терапии формировалось стойкое критическое отношение к суицидальному поведению.

В следующую клиническую группу вошли суициденты с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ – 10,9%.

Известно, что злоупотребление алкоголем и наркотиками служит одним из суицидогенных факторов. По

данным различных исследователей, процент больных алкоголизмом среди суицидентов достигает 65% (Lykouras L. et al., 1996). Говоря об алкоголизме, следует также указать на факт высокой суицидальной активности у родственников и потомков алкоголиков – “дети, не имеющие почвы под ногами”. Признано, что специфический стиль жизни алкогольной семьи приводит к формированию аутоагрессивных тенденций (Колотилин Г.Ф., Маклашова А.Т., 1998; Бисалиев Р.В., 2011).

Известно, что смертность больных наркоманией очень высока, при этом в 40% случаев летальный исход обусловлен самоубийством. И.В. Гурин и С.Е. Агеев (2005) отмечают, что 43,8% героиновых наркоманов рассматривают суицид как один из возможных выходов из затруднительных жизненных ситуаций. Е.Г. Трайнина (1984) выделила 3 основных фактора риска аутоагрессии у больных наркоманией: тип наркотической психопатизации личности; степень выраженности и качество патологического влечения к наркотику; значимость для личности содержания микросоциального конфликта.

Среди обследованных нами суицидентов с зависимостью 88% составила алкогольная и 12% – наркотическая (преимущественно опиоидная) зависимости. Примерно в половине случаев суицидальная попытка предпринималась на фоне острой психотической симптоматики: делирий, галлюциноз. Особенности ее совершения были обусловлены фабулой переживаний пациента. Четверть пациентов совершили попытку на фоне болезненных переживаний, вызванных состоянием абстиненции, и еще одна четверть – на фоне интоксикации. В целом, суицидальное поведение этих больных характеризовалось длительностью (почти у половины из них настоящая попытка была повторной) и снижением критического отношения к происходящему. Обострения суицидальных переживаний провоцировались алкогольными или наркотическими эксцессами. Антисуицидальные факторы были не выражены. Суициды характеризовались

демонстративностью в сочетании с высокой степенью травматичности. Отмечалась тенденция утяжеления каждой последующей попытки по сравнению с предыдущей. Критическое отношение формировалось при условии формирования установки на прекращение приема алкоголя или наркотика, что происходило редко (около 10% пациентов).

Примерно такому же количеству суицидентов (10,4%) были диагностированы органические психические расстройства. При изучении структурно-динамических особенностей суицидального поведения больных с органическим поражением головного мозга З.Р. Зулкорнеева и Д.М. Менделевич (2004) выделили 3 клинических варианта: 1) инфантильно-примитивный; 2) аффективный; 3) психопатологический. Изучение суицидального поведения лиц, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму (Пащенко И.Е., Рыжкова М.Г., Левинсон А.Н., 2004), позволило установить, что в основе мотивации суицидального поведения этих больных преимущественно лежат личностные конфликты, связанные с такими характерологическими особенностями, как неуравновешенность, раздражительность, склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов.

В нашей работе 61,5% суицидентов этой нозологической группы страдали деменцией (чаще сосудистой). Это были больные старшего возраста. Почти в половине случаев суицидальное поведение было следствием психотической симптоматики (делирий, галлюциноз). Остальные предпринимали суицидальную попытку на фоне тревожной и депрессивной симптоматики. У большинства пациентов суицидальные мысли впервые возникли в позднем возрасте. Свой поступок они объясняли процессами старения, нарастанием социальной изоляции, чувством одиночества и конфликтными отношениями с близкими. Почти все они активно высказывали свои суицидальные мысли, но это не имело отклика в условиях социальной изоляции. Даже проживая с семьей, они

были одиноки в своих переживаниях и изолированы от общения с близкими, поэтому их жалобы не принимались в расчет и, возможно, могли быть “услышаны” социальными работниками или врачами, чего, однако, не произошло. Антисуицидальные факторы были не выражены. Характерно, что критика к суицидальному поведению была крайне слабой. Эти пациенты не видели для себя другого выхода, а в силу интеллектуально-мнестического снижения были не в состоянии сформировать новые позитивные установки в сознании. Кроме того, психофармакотерапия не могла применяться достаточно активно в силу неблагоприятного соматического состояния этих пациентов. Таким образом, наиболее действенной в отношении этих больных в плане проведения антисуицидальных мероприятий была профилактическая работа, проводимая с их ближайшим окружением.

Другие пациенты этой клинической группы (в основном молодого и среднего возраста) страдали органическими психическими расстройствами, вызванными преимущественно перенесенными черепно-мозговыми травмами. В большинстве случаев суицидальные тенденции манифестировали уже на фоне заболевания. Эмоциональная лабильность, неустойчивость аффекта, взрывчатость, эксплозивность делали суицидальное поведение повторяющимся, спонтанным, порой совершенно неожиданным для окружающих. Характерной особенностью было частое несоответствие повода для решения о совершении суицида (не имеется в виду механизм “последней капли”, что, например, часто наблюдалось у пациентов с депрессиями), который часто был “неожиданным” для самого суицидента. Например, один больной рассказывал, что еще с утра у него было замечательное благодушное настроение, но после ссоры с отцом “очень сильно разозлился и решил отомстить”, после чего попытался выброситься с балкона. Способ суицида обычно заранее не продумывался. Пациенты часто активно сообщали о своих суицидальных замыслах, но

близкие оценивали их слова как шантаж и не верили в возможность совершения самоубийства. В данной ситуации активно действовал ложный социальный миф о том, что “тот, кто угрожает покончить с собой, никогда этого не сделает”. В постсуицидальный период отмечалось критическое отношение к поступку, но неустойчивость настроения делала возможность совершения последующих попыток достаточно вероятной. Половых различий в суицидальном поведении не отмечалось.

Наименьшую долю суицидентов с психическими расстройствами составили лица с умственной отсталостью – 3,5% (мужчины – 4,3%; женщины 2,7%). Во всех случаях это была легкая степень (дебильность), определенная еще в детстве. Такие пациенты отличались длительным течением суицидального процесса. Как правило, настоящая попытка была повторной. В одних случаях суицид предпринимался вследствие чувства обиды, вызванного конфликтной ситуацией с кем-то из ближайшего окружения. В других – реакцией протеста на необоснованные, на взгляд пациента, требования окружающих. Суициды отличались нелепостью и брутальностью (так, одна пациентка пыталась сама себя задушить; другая пыталась проглотить нож; еще один пациент пытался камнем разбить себе голову, и т.п.). Важно, что суицидальная настроенность корригировалась только временно и провоцирующие факторы легко приводили к обострению суицидальных тенденций.

В результате анализа психического состояния пациентов, совершивших суицидальные попытки, были выявлены практически все клинические группы психических расстройств. Однако особенности их частотного распределения позволяют выделить самые распространенные формы, которые можно расценивать как наиболее суицидоопасные. Согласно полученным данным, к ним относятся депрессивные расстройства, расстройства личности и заболевания спектра шизофрении. Достоверно меньший риск развития суицидального поведения от-

мечается при невротических и связанных со стрессом расстройствах; расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ; органических психических расстройствах и умственной отсталости.

Следующим аспектом анализа стало изучение отношения суицидентов с психическими расстройствами к психиатрическому наблюдению. Несмотря на то, что психические расстройства были выявлены у 95,2% лиц, совершивших суицидальные попытки, половина из них (49,7%) впервые попали в поле зрения психиатров только при настоящем поступлении в психиатрический стационар в результате совершения суицидальной попытки. Это в равной степени относится к мужчинам и женщинам – соответственно 49,5 и 49,7%. Лишь около одной трети суицидентов – 31,1% (мужчины – 28,1%, женщины – 34,2%) находились ранее под диспансерным психиатрическим наблюдением. Кроме того, 19,4% (мужчины – 22,4%, женщины – 16,1%) получали в прошлом лечебно-консультативное лечение у психиатров или психотерапевтов. Полученные данные подтвердили справедливость точки зрения Б.С. Положего (2007) о том, что большинство лиц, совершивших суицидальные действия, на момент их реализации страдали теми или иными формами нарушений психического здоровья – от хронических психических заболеваний до кратковременных и преходящих психических расстройств. Таким образом, недостаточная психиатрическая просвещенность населения и низкий уровень выявления больных с психическими расстройствами способствуют не только утяжелению и хронизации психической патологии, но и формированию у них суицидальных форм поведения с последующим совершением суицидальных действий. Данный факт указывает на важнейшую роль профилактики и раннего выявления психических расстройств в предупреждении и снижении частоты суицидов в стране.

Для лучшего понимания влияния клинических факторов нами были изучены некоторые особенности до-

суицидального периода у лиц, совершивших покушение на самоубийство.

Установлено, что в раннем онтогенезе нарушения психического развития имели место у 24,1% суицидентов (мужчины – 26%; женщины – 22,1%). Среди нарушений раннего развития преобладали патологические привычные действия, в основе которых лежала болезненная фиксация произвольных действий (онихофагия, сосание пальцев, яктация) – 31,6% всех случаев (мужчины – 25,5%, женщины – 38,6%). Примерно с такой же частотой – 28,4% случаев (мужчины – 31,4%, женщины – 25%) – встречался невроз страха. Его доминирующими фабулами были страх оставаться одному и страх темноты. О наличии энуреза в детстве сообщили 15,8% пациентов (мужчины – 19,6%, женщины – 11,4%). В 7% случаев его природа была резидуально-органической, в остальных случаях – невротической, являвшейся следствием хронической психотравмирующей ситуации в семье. Расстройство сна было диагностировано у 10,5% суицидентов (мужчины – 9,9%, женщины – 11,4%). У половины из них оно сопровождалось снохождением и сноговорением. Логоневроз был зафиксирован в 6,3% случаев (мужчины – 5,8%, женщины – 6,8%). Как правило, заикание сочеталось с разнообразными невротическими симптомами – страхами, колебаниями настроения, раздражительностью и т.д. Невротические тики были у 5,3% пациентов (мужчины – 3,9%, женщины – 6,8%). Можно предположить, что имели место и другие формы невротических нарушений раннего детского возраста, однако мы не располагаем подобными сведениями, а потому не отразили их в нашей работе.

Важным для оценки состояния психического здоровья суицидентов является оценка их отношения к алкоголю. Мы учитывали субъективную оценку самих пациентов, поэтому в наших результатах могут иметь место погрешности из-за анозогнозии, свойственной лицам, страдающим алкоголизмом. Тем не менее, около

половины всех суицидентов (41,3%, в том числе мужчины – 52,1, женщины – 30,6%) отмечали злоупотребление или зависимость от алкоголя. Это позволяет прийти к выводу о важной суицидогенной роли злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости в формировании суицидального поведения.

Далее мы проанализировали состояние соматического здоровья суицидентов. По мнению И.Б. Бойко (1998), существуют 4 ситуации, способные повлиять на принятие решения о самоубийстве. Первая из них – это расстройства здоровья, сопровождаемые тягостными и труднопереносимыми болезненными переживаниями. Вторая – ипохондрические переживания, страх и тревога за свое здоровье без серьезных на то оснований. Третья – субъективная оценка состояния здоровья, часто обусловленная внушением значимых для суицидента лиц. Четвертая – наличие выраженной астенизации психоэмоциональной сферы, сопровождающей многие хронические заболевания.

В литературе имеются сведения о том, что более половины самоубийц накануне суицида имели контакт с врачами соматической практики (Coombs D.W., 1992). Согласно исследованиям В.Ф. Войцеха (2005), существуют некие общие механизмы формирования суицидального поведения и психосоматических расстройств. При суицидальном поведении речь идет о переходе на более ранний уровень развития, так как сущность суицида сводится к диалогу с обществом.

Суицидальное поведение наиболее часто возникает у больных онкологическими (Гнездилов А.В., 1996) и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также язвенной болезнью (Амбрумова А.Г., Руженков В.А., 1998). Ряд авторов указывают, что лица, инфицированные ВИЧ-инфекцией, относятся к группе риска по суицидальной настроенности (Беляева В.В., 1996; Потешных Е.С., 1997).

В нашем исследовании у 166 человек – 42,1% (мужчины – 35,2%, женщины – 48,7%) – присутствовала

хроническая патология внутренних органов. Известно, что влияние соматического заболевания на психику человека осуществляется по 2 механизмам: соматогенному (посредством интоксикационного воздействия на ЦНС) и психогенному (острая реакция личности на заболевание и его последствия). При этом выделяются 3 основных типа реакции больного на болезнь: стеническая, астеническая и рациональная (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

Среди обследованных нами пациентов стеническая реакция, характеризующаяся активной установкой больного на обследование и лечение, была зафиксирована только у 9% пациентов. Как правило, болезнь не звучала в жалобах этих пациентов в качестве повода для совершения самоубийства. Астеническая реакция наблюдалась у 62% пациентов и сопровождалась склонностью к пессимизму, мнительности, отрицательной оценке своего состояния в будущем, что крайне негативно сказывалось на течении суицидального процесса, формируя почву, на которой активизировались суицидальные тенденции. У всех пациентов с подобным типом реагирования соматическое заболевание было одним из факторов, приведших к суицидальной попытке. Доля рационального типа реагирования составила 29%. У этих пациентов болезнь также оказывала негативное влияние на психический статус, однако они пытались выработать рациональные механизмы психологических защит, что, однако, не всегда им удавалось. Так, у большинства были астенический, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, сензитивный и дисфорический типы реагирования, что утяжеляло субъективную оценку своего состояния.

Таким образом, у большинства пациентов наличие соматической патологии оказывало серьезное воздействие на их психическое состояние, являясь фоновым астенизирующим фактором, усиливающим пессимистическое мировосприятие и выступая серьезным фактором суицидального риска.

Больная Д., 58 лет, поступила в психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки, переведена из реанимационного отделения городской больницы.

Родилась третьим ребенком в семье служащих. Наследственность: психических заболеваний и суицидов в семье не было. Сведений о беременности и родах не имеет. Раннее развитие без особенностей. Детский сад не посещала (с детьми сидела бабушка). В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. После окончания 8 класса поступила и успешно закончила педагогическое училище. После этого работала в школе учителем начальных классов. В настоящий момент пенсионерка. Замужем с 29 лет. Брак оценивала как благополучный. Муж умер год назад вследствие онкологического заболевания. Детей нет (в возрасте 31 года пациентка перенесла воспалительное заболевание мочеполовой системы, после чего уже не могла иметь детей). Проживает одна. Из особенностей соматического статуса: страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом второго типа, желчекаменной болезнью (10 лет назад перенесла холецистэктомию), 3 года назад был микроинфаркт. В течение последних полутора лет пациентку беспокоят сильные головные боли, связанные с повышенным внутричерепным давлением.

В течение последнего года состоит на консультативном учете в психоневрологическом диспансере. Предыдущая (первая) госпитализация была 9 месяцев назад. Психическое состояние ухудшилось год назад после смерти мужа. Со слов пациентки, он болел в течение 3 лет. Пока ухаживала за ним, старалась “держаться в руках и мужа не расстраивать”. Но когда муж умер, примерно через 2 месяца после похорон, психическое состояние резко ухудшилось – появились подавленность, плаксивость, ничего не радовало, обострились головные боли. Появились антивитаальные переживания – стала задумываться о бессмысленности своей жизни, отсутствии перспектив в будущем. Вскоре нарушился сон, резко снизился аппетит. Самостоятельно обратилась к участковому терапевту и по его настоянию была госпитализирована в санаторное отделение психиатрической больницы. После проведенного лечения (сочетание антидепрессантов, транквилизаторов и общеукрепляющей терапии) была выписана домой с улучшением (сон и аппетит нормализовались, настроение стабилизировалось).

Однако примерно через месяц состояние вновь ухудшилось, продолжали беспокоить головные боли (мигрирующие, давящего характера). Приступы сопровождались тошнотой, слабостью и не снимались приемом обезболивающих и спазмолитических препаратов. Из-за этого не могла заниматься повседневными делами, снизилось настроение, стала крайне раздражительной и плаксивой. Обращалась к невропатологу, однако назначенный курс терапии не дал результата. Пациентка стала понимать, что “все безнадежно”. Участились приступы стенокардии. Постоянно вынуждена была принимать большое количество лекарственных препаратов (“от всех своих болезней”), отчего плохо себя чувствовала. Ночью (перед госпитализацией) проснулась в 3 часа утра от приступа сильной головной боли. Поняла, что “больше так не выдержит”, и с суицидальной целью выпила клофелин (примерно половину пузырька). Со слов пациентки, заранее суицид не планировала, и взяла из аптечки то, что по ее мнению, могло привести к летальному исходу. Пациентку нашла соседка, которая пришла рано утром (так как пациентка была одинока, и после смерти мужа она дала ключ соседке “на всякий случай”). Бригада скорой медицинской помощи доставила пациентку в реанимационное отделение. После выхода из коматозного состояния была подавлена, плаксива, расстраивалась, что “не смогла умереть”. Переведена в психиатрическую больницу с диагнозом: “Депрессивная реакция, тяжелая”. Постсуицидальный период протекал долго. Определенное улучшение наступило только через полтора месяца на фоне проводившейся психофармакотерапии, купировавшей как психические, так и соматические нарушения.

В клинической картине болезни можно проследить, что год назад после потери близкого человека у пациентки манифестировали антивитальные переживания. В дальнейшем на фоне хронического депрессивного состояния и ухудшения соматического здоровья антивитальные переживания стали фоновыми. Очередной приступ непереносимой головной боли спровоцировал резкий переход антивитальных переживаний в суицидальную попытку. Суицид носил истинный характер. Можно говорить о том, что состояние соматического здоровья было как одной из причин, так и поводом для активизации суицидального процесса. Можно также утверждать, что у па-

циентки был астенический тип реагирования на болезнь, что значительно утяжеляло течение суицидального процесса.

В нашем исследовании ведущее место среди соматических заболеваний у суицидентов заняли болезни органов пищеварения – 24,1% (мужчины – 27,5%, женщины – 21,6%), заболевания органов дыхания – 22,9% (мужчины – 18,8%, женщины – 25,7%) и сердечнососудистые заболевания – 21,7% (мужчины – 24,6%, женщины – 19,6%). Достоверно реже выявлялись болезни эндокринной системы – 13,8%, почек – 9,6%, ревматические и системные заболевания – 6,1%, болезни крови – 1,8%. Каких-либо особенностей в суицидальном поведении пациентов с той или иной формой соматической патологии выявить не удалось. Большую роль играла не столько форма, сколько стадия (суицидальная активность усиливалась в периоды обострения) и длительность (у большинства суицидентов заболевание протекало 10 и более лет) болезни. Суицидальный риск резко увеличивал болевой синдром.

Таким образом, среди клинических детерминантов следует выделить: наличие психических расстройств (у 95,2% суицидентов была выявлена та или иная форма психической патологии на момент совершения суицидальной попытки); особо высокую суицидоопасность депрессивных расстройств, расстройств личности и заболеваний спектра шизофрении; низкий уровень выявления психических расстройств в населении (половина всех суицидентов с психическими расстройствами впервые попали в поле зрения психиатров лишь в результате совершения настоящей суицидальной попытки); наличие нарушений раннего развития в детском возрасте (преимущественно в форме патологических привычных действий, невроза страха и энуреза); злоупотребление алкоголем; наличие хронических соматических заболеваний (особенно сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем).

2.3. Детерминанты II ранга

Макросоциальные детерминанты

Согласно современным представлениям, формирование суицидального поведения в значительной степени зависит от воздействия разнообразных социальных факторов (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2006; Burnley I.H., 1995). В современной социологии они подразделяются на 2 группы: макросоциальные и микросоциальные. Под макросоциальными факторами понимаются социальные условия, непосредственно обусловленные общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Микросоциальные факторы отражают условия существования человека в его микросоциальной среде (семье, производственном коллективе, иных формальных и неформальных объединениях).

Многие современные теории суицида рассматривают глобальные перемены в социальном окружении как наиболее значимые в смысле влияния на смертность от самоубийств. Отношения, которые связывают человека с обществом, являются предельно важными при принятии решения о суициде. Качество этих отношений напрямую связано с состоянием психического здоровья, а значит и с уровнем частоты суицидов.

Одна из главных тенденций – связь самоубийств с общественно-политической обстановкой в стране. В этом контексте четко прослеживается закономерность, характеризующаяся уменьшением частоты суицидов при общественном подъеме, оживлении в политике, экономике и культурной жизни общества, и, напротив, ее увеличением – при общественных спадах. Потеря надежд, как правило, усугубляет кризис общественного сознания, угнетающе действует на членов общества и способствует добровольному отказу от жизни наиболее слабых его членов. Особенно сильно это проявляется в обществе, переживающем упадок и не имеющем перспектив для развития.

В России в последние 100 лет прослеживается четкая связь между частотой суицидов и социальным состоянием общества (Положий Б.С., 1993–2013; Гилинский Я.И., Юнацкевич П.И, 1999). Так, в 1914 г. частота суицидов в России составляла всего 3 случая на 100 000 населения. В 1920-х годах, как и следовало ожидать, количество самоубийств в России увеличивается, однако это происходит во всем мире, и страна продолжает оставаться в числе государств с невысоким уровнем суицидов – 7–8 случаев на 100 000. Во время Второй мировой войны происходит сплочение общества перед лицом опасности, что сказывается и на частоте самоубийств, которая заметно уменьшается. В 1965 г. – период хрущевской “оттепели” – уровень самоубийств в СССР невысок и соответствует среднеевропейским показателям. Однако затем начинается их постепенный рост, достигший максимума (29,7 – в СССР; 38,7 – в России) в 1984 г. на пике “застоя”. Тогда Россия вышла на одно из первых мест в мире по уровню самоубийств.

1986–1987 годы характеризовались процессами перестройки. В этот период в СССР частота самоубийств среди мужчин снизилась на 40%, в то время как в 22 европейских странах за тот же период – лишь на 3%. Это снижение отмечалось во всех 15 республиках СССР. Ни в одной другой стране мира в XX в. не было отмечено подобного улучшения суицидальной ситуации. Таким образом, формирование оптимистического настроения в социуме способствовало значительному снижению суицидальной активности населения. Однако вследствие разочарования в перестройке эффект был недолгим. С 1988 г. кривая самоубийств вновь пошла вверх, что было связано с ростом социально-экономической напряженности в обществе, и достигла 26,4 случая на 100 000 населения в 1990 г.

Начавшийся с 1991 г. посттоталитарный этап развития российского общества сопровождался социально-политической и экономической нестабильностью, ломкой жизненных стереотипов, утратой прежних идеалов, поля-

ризацией общества по материальным и идеологическим принципам, что вызывало психическую дезадаптацию у значительной части населения. Это отразилось на уровне его суицидальной активности, проявлением чего стал подъем частоты суицидов в 1994–1995 гг. до рекордного для России уровня – 42 случая на 100 000 населения. В начале настоящего столетия по мере социально-экономической стабилизации уровень суицидов постепенно снижается вплоть до 21,8 на 100 000 в 2012 г. Таким образом, зависимость между социальной ситуацией в обществе и уровнем суицидальной активности населения является безусловной и определяющей.

Известно, что в большей степени самоубийства характерны для экономически развитых стран. В развивающихся странах их частота ниже, однако по мере ускорения темпов экономического развития увеличивается и уровень суицидальной активности населения. Чем интенсивнее совершаются в обществе изменения образа и условий жизни, поведенческих стереотипов, тем благоприятней почва для появления дезадаптирующих процессов (Korn M.L., 1992). Еще Э. Дюркгейм (1912) отмечал, что рост суицидов в развитых странах является обратной стороной технического развития как следствие перенапряжения. С расширением мегаполисов увеличивается скученность населения. В условиях огромного города люди постоянно вынуждены вступать друг с другом в принудительный контакт. В результате нарастает внутренняя напряженность, возникает отчужденность и изоляция, ощущение бессмысленности и одиночества. Ситуация усугубляется тяжестью труда, его плохими условиями и изнурительным режимом, что сказывается на состоянии здоровья людей.

В своем исследовании мы установили, что, по данным 2009 г., наибольшую долю среди суицидентов составили безработные – 37,2% (мужчины – 50,6%, женщины – 24,1%). В том же году в общей популяции их доля составила 6,5%, т.е. почти в 6 раз меньше. Аналогичные сведения

приводит Ю.Д. Анощенко с соавт. (1995), согласно которым, частота суицидов среди безработных в 6 раз выше, чем среди работающих. Кроме того, количество занятых в производственной деятельности в 2009 г. оказалась равной 68,6%, а в изучаемой группе суицидентов – 31,9% (в 2 раза меньше). При этом доли лиц, не занятых в производстве по объективным причинам (пенсионеры, студенты), были практически одинаковыми (31,4% – в общей популяции и 30,9% – в группе суицидентов).

В особой степени это относится к суицидентам мужского пола, среди которых удельный вес безработных превышает 50%. Этот факт представляется крайне важным, так как на состояние психического здоровья мужчин оказывают сильное влияние отсутствие развитой системы социальной поддержки, неадекватное финансирование тех или иных областей промышленного производства, отчужденность работающего от продуктов своего труда, что влечет за собой появление чувства незащищенности, неуверенности в завтрашнем дне, повышения тревожности и подавленности.

В нашем исследовании из 147 безработных суицидентов больше половины (61,6%) не имели постоянного места работы уже длительное время – 3 и более лет. Из них только 19 человек (12,9% от всего числа неработающих) не могли работать из-за прогрессирующего ухудшения состояния здоровья. Остальные (70 человек или 47,7%) не имели постоянного места работы по ряду причин, не относящихся к их здоровью. В большинстве случаев их не устраивала заработная плата или необходимость работать не по специальности. Многие безработные женщины были не удовлетворены условиями труда (в том числе отдаленностью места работы, что было неприемлемым, так как нужно было успевать отводить/забирать детей в детский сад/школу). Суициденты сообщали о том, что им приходилось значительно снижать выдвигаемые к работе требования, однако и это не всегда помогало найти удовлетворительный вариант трудоустройства. Это

вызывало постоянное психическое напряжение, чувство неопределенности и провоцировало появление мыслей о безвыходности ситуации и нежелании жить.

Еще 58 человек (39,4% от всего числа неработающих) потеряли работу в течение 2008–2009 гг. Среди них 31 человек связывал потерю работы с обстоятельствами, обусловленными финансовым кризисом. Однако только в 1,5% случаев потеря работы выступала как непосредственный повод для совершения суицидальной попытки. Тем не менее все пациенты сообщали, что после потери работы столкнулись со значительными трудностями, которые оказывали негативное влияние и способствовали принятию решения о самоубийстве. Часто имела место так называемая мотивационная триада: утрата работы, невозможность выплаты кредитов и иных долгов, потеря надежды на новое трудоустройство. Среди наиболее значимых проблем, возникающих в результате потери работы, большинство обследованных отмечали также ограничение социальных контактов, а также неудовлетворенную потребность в эмоциональной поддержке.

Характерно, что среди суицидентов мужчин доля безработных (50,6%) более чем в 2 раза превышала таковую среди женщин – 24,1%. Отсюда следует, что для мужчин безработица выступает как более выраженный фактор суицидального риска. Таким образом, есть все основания отнести утрату работы к факторам, вносящим существенный вклад в развитие суицидального процесса.

Еще одним макросоциальным фактором, оказывающим влияние на суицидальную активность населения, является урбанизация (интенсивный темп жизни, обилие межличностных и информационных контактов, неблагоприятные стороны производства, и др.). Еще в 1926 г. И.З. Коваленко писал: “Самоубийства возникают чаще в больших городах в результате более сложных взаимоотношений, когда борьба за существование несравненно острее и сложнее”. По мнению Н. Goto, Н. Nakamura, Т. Miyoshi (1994) на повышение уровня самоубийств в популяции

оказывают большое влияние процессы индустриализации, обуславливающие повышенные требования к адаптации человека. Людям приходится приспосабливаться к принципиально новым условиям жизни и в социальном, и в биологическом смысле (проблемы освоения новых и непривычных социально-экономических и экологических территорий и способов проживания в них).

Миграция, особенно вынужденная, является мощным психотравмирующим фактором (Ponizovsky A., 1996). Непсихотические психические расстройства занимают второе по частоте место среди всех болезней в популяции мигрантов – 31,7% случаев.

Проблема места проживания также является актуальной в свете различий в частоте самоубийств. В одних странах (Финляндия, США) отмечается преобладание суицидов среди горожан по сравнению с селянами (Isometsa E., 1995); в других, по данным Н. Goto, Н. Nakamura, Т. Miyoshi, (1994); Б.С. Положего (2003), частота суицидов в сельской местности выше, чем в городской (Япония, Китай, Россия); в-третьих, например, в Австралии, различия отсутствуют (Burnley I.H., 1995).

Следующим аспектом изучения стал образовательный уровень суицидентов. Установлено, что около половины из них имели среднее профессиональное образование – 47,8%. При этом одна треть из них были им не довольны и считали выбор профессии ошибочным. Большинство таких лиц работали не по специальности и сообщали о желании работать в других сферах. Однако реальных планов по изменению ситуации у них, как правило, не было. Пациенты объясняли это отсутствием возможности (чаще финансовой) освоить другую профессию. Такая ситуация вызывала неудовлетворенность собственной профессиональной деятельностью и выступала как один из негативных факторов, влияющих на их настроение.

Около одной трети суицидентов имели среднее образование – 26,9%. Чаще всего они занимались неквалифицированным трудом. Эти пациенты в основном

были удовлетворены своей деятельностью, а их основные жалобы были связаны с низким уровнем зарплаты и/или плохими условиями труда. В 19,8% случаев суициденты имели высшее образование. Примерно в равных долях были представлены его гуманитарное, техническое и естественно-научное направления. У этих пациентов на первый план выступали жалобы, связанные с потерей престижа работы и низким уровнем заработной платы. В 5,5% случаев образование суицидентов ограничивалось начальной школой, либо вообще отсутствовало. У половины из них это было связано с наличием психического расстройства. Остальные были пациентами старшей возрастной группы (70 лет и старше), не получившими должного образования по объективным причинам, связанным с историческими особенностями развития страны.

Сопоставление полученных данных со сведениями об образовательном уровне по популяции в целом показало, что значительных отличий в группе суицидентов не выявляется. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) за 2009 г., высшее образование в России имеют 21,7%; среднее профессиональное – 44,2%; среднее – 23,5%, не имеют образования – 2% населения. Учитывая это можно утверждать, что уровень образования среди лиц, совершивших суицидальные попытки, соответствует общему уровню образования в популяции. Однако оценка социального статуса пациентов позволила выявить особенности, значительно отличающие группу суицидентов от общей популяции.

В литературе приводятся сведения о наличии взаимосвязи между профессиональной деятельностью и аутоагрессивным поведением. Так, в США к профессиям с наибольшим суицидальным риском относят рабочих, особенно занятых в химической промышленности и сельском хозяйстве, а также врачей (Boxer P.A. et al., 1995). На высокий уровень суицидов среди врачей в Финляндии указывают М. Olkinuora и соавт. (1992) и J.M. Violanti. (1995) называют фактором суицидального риска про-

фессию полицейского. А.Я. Перехов (2005) указывает на высокий уровень суицидов в среде психиатров и психологов. Об этом же пишет Л.Н. Юрьева (2005), полагающая, что причина этого явления кроется в синдроме эмоционального выгорания, в особой степени затрагивающего представителей ментальной медицины. В последние годы появляется все больше информации о высоком риске суицида среди военнослужащих (Тиунов С.В., 2000).

Таблица 5

**Сферы профессиональной деятельности работающих лиц,
совершивших суицидальные попытки**

Сфера деятельности	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Промышленность	16	25,5	12	19,0	28	22,2
Строительство	7	11,2	5	7,9	12	9,5
Финансы	3	4,7	10	15,9	13	10,3
Наука и образование	3	4,7	12	19,0	15	11,9
Культура	3	4,7	-	-	3	2,4
Здравоохранение	2	3,2	7	11,2	9	7,1
Торговля и услуги	22	34,9	15	23,8	37	29,5
Транспорт	5	7,9	-	-	5	3,9
Силловые структуры	2	3,2	-	-	2	1,6
Связь, почта	-	-	2	3,2	2	1,6
Всего	63	100	63	100	126	100

В нашем исследовании менее одной трети (31,9%) от общего числа суицидентов имели постоянную трудовую занятость. Анализ их профессиональной деятельности (табл. 5) показал, что наибольшее число суицидентов были заняты в сфере торгового бизнеса и на промышленном производстве (соответственно 29,5 и 22,2% от их общего количества). По сведениям Росстата, в общей по-

пуляции в 2009 г. доли лиц, занятых в сфере торговли и в промышленном производстве, составляли соответственно 16,8 и 20,3%. Таким образом, удельный вес работающих в промышленности практически одинаков в общей популяции и среди суицидентов. Зато доля суицидентов, занятых в сфере торговли и услуг, в 1,8 раза превышает аналогичный показатель в общей популяции.

По нашему мнению, это может объясняться высокой степенью эмоционального напряжения работы в этой сфере, а также отсутствием должного опыта, впервые приходящих в нее людей. Все суициденты сообщали об ответственности, в том числе финансовой; постоянном риске разорения; большой конкуренции, что свойственно деятельности в торговом бизнесе. С другой стороны, значение имело и негативное влияние финансово-экономического кризиса. Более половины пациентов сообщили о том, что их доходы в последние 2 года снизились в 2–3 раза. Владельцы своего бизнеса сообщали о невозможности выплачивать арендную плату и зарплату сотрудникам. В свою очередь, наемные работники жаловались на резкое снижение заработной платы и постоянную угрозу потери работы. В целом, все сообщали о ситуации социальной неопределенности, в которой они оказались в последнее время. Важно, что количество мужчин в этой группе превышало количество женщин: 34,9 и 23,8% соответственно. Почти половина суицидентов мужчин занимали руководящие должности или являлись владельцами “частного” бизнеса, что накладывало дополнительные финансовые обязательства и ответственность за людей, находящихся у них в подчинении. Так, 6 человек сообщили, что именно необходимость сокращения персонала на своих предприятиях спровоцировала у них резкое ухудшение психического состояния. Почти все женщины суицидентки были наемными работницами (32 человека из 37) и их социальные проблемы были вызваны ухудшением материального положения (27 человек) или угрозой увольнения (5 человек).

В сферах науки и образования, финансов, строительства были заняты соответственно 11,9 10,3 и 9,5%. Аналогичные данные в популяции составляют: образование – 9,7%; финансовая сфера – 1,8%; строительство – 7%. Сопоставление этих показателей демонстрирует, что доля суицидентов, занятых в сфере финансов в 5,7 раза превышает таковую в популяции. В данном случае присутствовали психогенные факторы, сходные с таковыми в сфере торговли. Работа в финансовой области требовала постоянного напряжения, связанного с высокой степенью материальной и юридической ответственности. Это приводило к возникновению хронической усталости, повышенной утомляемости, астенизации, снижению работоспособности, возникновению отрицательных эмоций и, как следствие, возникновению депрессивных расстройств. Также эти пациенты указывали на ухудшение своего социального и материального статуса в течение последних 2 лет, то есть после начала кризиса в 2008 г. Среди них преобладали женщины (мужчины – 4,7%; женщины – 15,9%). Вероятно, это было обусловлено тем, что большинство женщин работали в банках кассирами или менеджерами. Они сообщили, что в течение последнего года они оказались под угрозой увольнения, что переносилось ими крайне тяжело.

В области здравоохранения были заняты 6,8%, в сфере транспорта – 4,1% пациентов. В популяции соответствующие данные составляют: здравоохранение – 8,1%; транспорт – 9,4%. Достаточно редко среди суицидентов встречались работники культуры – 2,4%, связи – 1,6% и представители силовых структур – 1,6%. Достоверных различий с аналогичными показателями в общей популяции выявлено не было. Таким образом, чаще суицидальные попытки предпринимали работники, занятые в сферах частного предпринимательства, торговли и оказания услуг, а также в сфере финансов, что указывает на большую суицидогенную опасность работы в этих отраслях, особенно в периоды финансово-экономических кризисов.

Более чем в половине случаев суициденты являлись служащими – 50,3% (мужчины – 34,9%, женщины – 66,6%). Как правило, они испытывали на себе совокупное воздействие неблагоприятных макросоциальных и микро-социальных факторов. Каждый четвертый суицидент был представителем рабочих специальностей – 24,2%. Чаще всего они предъявляли жалобы на низкий уровень доходов и неудовлетворенность условиями труда. В наименьшей степени были представлены предприниматели (5,5%) и руководители (4,0%). Они чаще других связывали ухудшение своего психоэмоционального состояния с экономическими проблемами, возникшими в обществе во время финансово-экономического кризиса. Обращает внимание, что женщины достоверно чаще встречались среди служащих, а мужчины – среди имеющих рабочие специальности.

В целом, о негативном влиянии макросоциальных факторов сообщили более половины обследованных суицидентов – 52,2%. Следует заметить, что практически у всех таких лиц имело место сочетанное воздействие нескольких макросоциальных факторов. Наиболее часто (более одной трети всех случаев – 34,9%) ведущим фактором был низкий уровень дохода, вызывающий подавленность и неуверенность в завтрашнем дне. Ему сопутствовали страх остаться без средств к существованию вследствие неопределенности в своей профессиональной деятельности – 33% случаев и страх перед неопределенностью будущего близких – 24,7%. 15,5% суицидентов (чаще мужчины – 20,4%, женщины – 11,1%) находились в ситуации, связанной с возможной потерей работы, однако у большинства из них имелись альтернативные источники дохода (совместительство, наличие работающего супруга/супруги или родителей и т.п.). Чаще их переживания были вызваны опасениями, которые они связывали с последующим трудоустройством, так как в большинстве случаев после потери настоящей работы они были бы вынуждены трудоустраиваться не по специальности,

или продолжать трудовую деятельность со значительным снижением социального статуса. Среди них также чаще встречались мужчины, так как они переживали не только за возможную потерю источника доходов, но и за возможное снижение социального статуса. В 10,2% случаев (мужчины – 6,1%, женщины – 13,8%) суициденты были недовольны условиями труда. Чаще это были женщины. Они сообщали о необходимости трудиться на производстве, имеющем профессиональные вредности (шум, воздействие химических факторов и т.п.). Как правило, это приводило к соматическому неблагополучию, что, в свою очередь, усиливало суицидальные переживания. В 9,7% случаев (мужчины – 10,2%, женщины – 9,3%) суициденты не смогли выполнять свои кредитные обязательства.

Согласно полученным данным, почти каждый третий суицидент (29,7%) был вынужден поменять место работы в течение последнего года. При этом только в 7 случаях смена места работы была вызвана его профессиональным ростом. Остальные же пациенты были вынуждены менять работу из-за неблагоприятных обстоятельств на производстве. С их слов, это всегда сопровождалось ростом тревоги, эмоционального напряжения, появлением депрессивных переживаний. Обращает на себя внимание, что доля лиц, менявших место работы, среди суицидентов мужчин достоверно выше, чем среди женщин – соответственно 44,6 и 7,9%.

Анализ причин, приводящих к смене работы, показал, что в 32,7% случаев пациенты были не удовлетворены заработной платой. Практически с такой же частотой причиной послужило увольнение – 30,4% (мужчины – 32,4%, женщины – 22,2%). Из них 11 человек были сокращены из-за уменьшения объемов производства и только 3 человека были уволены по другим причинам. В 17,4% случаев (мужчины – 21,6%) пациенты указывали на несложившиеся взаимоотношения с сослуживцами в рабочем коллективе. Нарушения в этой области приво-

дили к психологической дисфункции и эмоциональному дистрессу. Как правило, у большинства обследованных отсутствовали необходимые знания и навыки в психогигиене труда и психологии межличностных отношений. Часть пациентов – 10,8% (мужчины – 8,1%, женщины – 22,2%) – при смене работы были неудовлетворены условиями труда. Нарушения в сфере организации производственного процесса характеризовались отсутствием должной ритмичности в работе (в том числе необходимостью работать в ночные смены), нехваткой кадров (что создавало дополнительные нагрузки на сотрудников), нерациональным планированием производства. Некоторые пациенты отмечали монотонность своего труда. Это, в свою очередь, способствовало развитию психической патологии. Меньшее количество суицидентов – 8,7% (мужчины – 5,5%, женщины – 22,2%) – не могли остаться на прежнем рабочем месте в силу иных, чаще всего семейных, обстоятельств. Среди них преобладали женщины, особенно в случаях, когда у них возникала необходимость заботиться о малолетних детях, либо больных родственниках.

Четвертую часть всех суицидентов (25,3%) составили пенсионеры (мужчины – 13,2%, женщины – 38,3%). Среди них пенсионеры по старости составили менее половины – 44,0% (мужчины – 12,5%; женщины – 53,9%). Остальные 56% (мужчины – 87,5%; женщины – 46,1%) находились на попечении государства вследствие соматического или психического заболевания. Важно, что суициденты пенсионеры также отмечали негативное влияние макро-социальных факторов. Прежде всего (73% случаев) они сообщали о тяжелом материальном положении. Часто звучали опасения о судьбе близких (детей, внуков), усилившиеся в последнее время на фоне неблагоприятных экономических изменений.

Наименьшая доля суицидентов приходилась на учащихся и студентов – 5,6% (мужчины – 5,1%, женщины – 6,0%). Из них треть (36,4%) обучались в колледжах или

училищах, остальные в высших учебных заведениях. У представителей этой группы влияние макросоциальных факторов было не столь выражено. Только 2 человека (студенты высших учебных заведений) высказывали опасения относительно своего будущего трудоустройства. Чаще же суицидальное поведение имело другие, свойственные этой возрастной группе, особенности. Так, почти в половине случаев суицидальное поведение было мотивированно влиянием современной масскультуры и совершалось по принципу реакции имитации. Подобные акты или попытки самоуничтожения называются кластерными и являются особо частыми у молодежи в возрасте 15–19 лет. Ключевым механизмом кластерных суицидов является отождествление (Shmidtke A., Schaller S., 2000). Подобное влияние на сознание оказывали, например, популярные молодежные субкультуры (эмо, готы, и др.), идеализирующие суицидальное поведение. В целом же на суицидентов этой группы гораздо большее негативное влияние оказывали микросоциальные факторы (межличностные конфликты, “несчастливая любовь” и т.п.). Обращает внимание, что среди суицидентов, обучающихся в колледжах или училищах, доля юношей была выше доли девушек, а среди суицидентов-студентов вузов, напротив, доля девушек значительно превышала долю юношей.

Подводя итог, можно выделить макросоциальные детерминанты, способствующие возникновению и/или неблагоприятному течению суицидального процесса. К их числу относятся: социально-экономические кризисы, безработица и угроза потери места работы, невозможность выполнения долговых и кредитных обязательств, вынужденный переход на работу не по своей специальности, утрата сбережений, низкий уровень доходов, страх перед неопределенностью своего будущего и будущего своих близких, миграция, урбанизация, проживание в сельской местности (для России).

Микросоциальные детерминанты

Микросоциальным факторам традиционно придается большое значение в генезе суицидального поведения. Среди них особое место занимает неблагоприятный характер межличностных отношений, в первую очередь, в семье. Удельный вес микросоциальных факторов семейно-бытового характера, по данным различных авторов, составляет 30–40% (Worcman M, Beer J., 1992). Т.М. Мишина с соавторами (1980) отмечают значимость мотивов личностно-семейного характера, подчеркивая, что семейные взаимоотношения могут выступать одновременно условиями совершения и профилактики суицида. G. Bužisic и S. Selakovic-Bursic (1996) изучая влияние на человека потенциально суицидальных факторов, отмечают, что наиболее опасными являются отвержение родителями и плохие отношения с партнером. Большое значение также имеет фактор неполной семьи, характер воспитания в семье, а также факт суицида у близких (Kaplan H.I., Sadock B.J., 1998). Существенным фактором суицидального риска является одиночество (Heikkinen M., 1994).

В нашем исследовании лишь немногим более одной трети всех суицидентов (34,9%) состояли в браке, в том числе в гражданском. Среди суицидентов женщин доля замужних (41,7%) в 1,5 раза превышала долю женатых среди суицидентов мужчин (28,1%). В группе “женат/замужем” у 84,1% (мужчины – 90,2%, женщины – 79,8%) брак был первым, а у 15,9% (мужчины – 9,8%, женщины – 23,0%) – повторным. В разводе на момент обследования находились 24,6% суицидентов (мужчины – 25%, женщины – 23,6%), доля овдовевших составляла 9,4% (мужчины – 2,6%, женщины – 16,1%). Среди женщин доля таковых оказалась в 6,2 раза больше, чем среди мужчин. Около одной трети суицидентов (31,4%) были холосты (не замужем). Среди суицидентов мужчин их было достоверно больше, чем среди суицидентов женщин – соответственно 44,3 и 18,6%. Таким образом, почти

две трети суицидентов (65,1%) к моменту совершения покушения были одинокими.

Изучение состава семьи, в которой проживали суициденты, показало, что их наибольшая часть (32,2%) проживали с родителями. Причем среди мужчин доля таковых была значительно больше, чем среди женщин – 42,3 и 22,1% соответственно. Большинство из них рассматривали такую ситуацию как неудовлетворительную и сообщали о перманентных конфликтах с близкими. По мнению самих пациентов, они не обладали достаточными финансовыми возможностями для самостоятельной жизни, что создавало хронический неблагоприятный микроклимат в семье. Только четверть пациентов были довольны своим настоящим семейным положением, рассматривая его, тем не менее, как временное.

Только 25,8% суицидентов имели полную семью, т.е. проживали с супругом/супругой и детьми. Среди женщин они встречались чаще, чем среди мужчин: 30,7 и 20,9% соответственно. У представителей этой группы на первый план зачастую выступали проблемы во внутрисемейных отношениях, о чем будет сказано ниже.

В одиночестве проживали 19% суицидентов. Среди мужчин одиноких было больше, чем среди женщин – 24,0 и 14,1% соответственно. Практически все они сообщали о выраженном чувстве подавленности и незащищенности, вызванным отсутствием близких людей. Особенно сильно чувство одиночества было выражено у суицидентов старшей возрастной группы. У большинства из них именно одиночество выступало в качестве основного мотива самоубийства.

Только с детьми проживали 10,6%, причем женщины достоверно чаще, чем мужчины: мужчины – 2,6%, женщины – 18,6%. В подавляющем большинстве это были матери-одиночки. Все они сообщали о неуверенности в завтрашнем дне, сомнениях в способности обеспечить своим детям достойное существование. 3 пациентки высказывали идею о том, что они являются обузой для взрос-

леющих детей. Тем самым самоубийство, по их мнению, являлось желаемым выходом из этой ситуации.

Со своими родственниками проживали 6,6% (мужчины – 6,1%, женщины – 7,0%) суицидентов. Это в основном люди пожилого возраста, у которых часто на первый план выступала проблема одиночества, так как в собственной семье они не чувствовали эмоциональной поддержки, а наоборот сообщали о некоторой отчужденности, которую, по их мнению, испытывают к ним близкие.

Только с супругом проживали 2% суицидентов (мужчины – 1,5%, женщины – 2,5%). Главной особенностью в это случае была бездетность, что, в свою очередь, рассматривалось пациентами как серьезная жизненная неудача. Женщины в этой категории указывали на невозможность иметь ребенка как на главную причину их подавленности.

2% суицидентов (мужчины – 2,6%, женщины – 1,5%) проживали со своим супругом и своими родителями. При этом часто были актуальными жилищные проблемы. Эти пациенты вынуждены были проживать совместно, сообщая при этом о конфликтных отношениях между родителями и партнером. Ситуация многими рассматривалась как безвыходная. Похожие проблемы наблюдались и у тех, кто проживал с супругом и его родственниками 1,3% (женщины – 2,5%). С родственниками супруга жили 0,5% (женщины – 1%) пациентов. В эту категорию попали женщины, пережившие смерть супруга, и вынужденные проживать в его семье. Все указанные обстоятельства негативно сказывались на их психическом состоянии и приводили к формированию суицидального поведения.

Что касается межличностных взаимоотношений в семьях суицидентов, то лишь 36,5% из них (мужчины – 32,9%, женщины – 39,7%) характеризовали свои взаимоотношения как гармоничные, комфортные, доброжелательные. Как правило, это были пациенты с критическим отношением к своим действиям в постсуицидальный период. Некоторые из них испытывали выраженное чувство

вины и стыда перед семьей из-за совершенного поступка. Вместе с тем нельзя полностью исключить определенную идеализацию их оценки семейных отношений, связанную с особенностями постсуицида.

Наибольшая часть суицидентов – 39,2% (мужчины – 40,9%, женщины – 37,5%) – сообщили о том, что находятся в конфликтных отношениях с членами своей семьи. По мнению Е.И. Степанова (1999), все межличностные конфликты можно разделить на вертикальные и горизонтальные. Опираясь на подход автора, мы описали 2 вида горизонтальных конфликтов (конфликты между супругами и конфликты с другими родственниками) и вертикальный конфликт, к которому относились конфликты между родителями и детьми (здесь под словом “дети” мы понимаем не биологический возраст, а социальную роль в семье).

В категории горизонтальных конфликтов значительное количество суицидентов (62% от числа, состоящих в конфликте) в качестве его причины называли неудовлетворительное поведение супруга(и). Причем, только часть из них (18%) считали виноватым в сложившейся ситуации самого себя. В эту категорию попали прежде всего мужчины, считавшие себя неспособными адекватно обеспечивать благосостояние семьи. Остальные винили в сложившейся ситуации партнера. В качестве основных причин межличностных конфликтов выступали: пристрастие супруга к спиртному; несовместимость интересов и целей; материальные проблемы; аморальное поведение; жилищные неурядицы; хозяйственно-бытовые трудности; проблемы со здоровьем у родителей, детей, внуков; разное социальное положение; особенности культуры поведения и традиций. Конфликтная ситуация, как правило, носила длительный психотравмирующий характер и являлась одним из пусковых факторов при принятии решения о самоубийстве.

Также в категории горизонтальных имели место конфликты с другими родственниками (9% от общего

количества лиц, состоящих в конфликте). При этом в качестве объекта конфликта чаще всего выступали родственники супруга, а также братья и сестры суицидента. Среди причин этих конфликтов на первое место выходили проблемы материально-бытового характера.

У 29% находившихся в конфликтной ситуации суицидентов, была определена ее вертикальная разновидность – конфликт между родителями и детьми. Причинами таких конфликтов были: совместное проживание в стесненных условиях; вступление в брак с “неподходящим” (по мнению родителей) человеком; вмешательство родственников в жизнь молодой семьи; расхождения во взглядах на воспитание детей; развод или раздельное проживание родителей; создание детьми собственной семьи; передел семейного имущества; борьба за власть и влияние в семье; рождение внуков. Обычно конфликт воспринимался пациентом как неразрешимый и приводил к формированию хронической психотравмирующей ситуации, способствующей появлению суицидальной настроенности.

Около одной четверти пациентов – 24,3% (мужчины – 26,2%, женщины – 22,8%) – оценивали отношения в семье как формальные, прохладные или даже отчужденные. Чаще всего причиной такого положения являлся физический или психический недуг пациента (в том числе, алкоголизм). Согласно схеме семейных отношений Э.Е. Бехтеля (1991), отношение родственников к будущему суициденту находилось на уровне III (затухание активности родственников, игнорирование больного) или IV (перестройка структуры семьи и инкапсуляция больного) стадии. Родственники смирялись с психическим состоянием больного, контакт с ним ослабевал, он продолжал оставаться в семье сугубо формально. Такая ситуация провоцировала появление у пациента чувств одиночества и социальной изоляции, с которыми он не мог справиться. Самоубийство становилось для него желательным выходом из труднопереносимой ситуации.

Таким образом, психологический микроклимат в семье играл важную роль в развитии суицидального поведения. У большинства суицидентов неблагоприятный семейный микроклимат создавал почву для возникновения депрессии, провоцировал острые аффективные реакции, способствовал возникновению суицидального поведения, либо потенцированию уже возникшего суицидального процесса.

Бездетность значительно увеличивала риск совершения самоубийства. В нашем исследовании практически половина – 50,8% (мужчины – 65,2%, женщины – 36,7%) – суицидентов никогда не имели детей. Именно среди них звучали жалобы на отсутствие близких межличностных отношений, “нет тех, ради кого мне стоило бы жить”. Отмечалась закономерность, согласно которой снижение суицидального риска было прямо пропорционально количеству детей в семье.

Около половины всех суицидентов проживали с родителями или с другими родственниками – 47,4% (мужчины – 56,5%, женщины – 38,5%), т.е. не имели собственного жилья. Это во многом способствовало неблагоприятному семейному микроклимату. Пациенты желали проживать отдельно, но чаще всего не обладали для этого достаточными материальными средствами. Жилищная неустроенность и, как следствие, неуверенность в будущем, повышали уровень тревожности. О подобных же переживаниях сообщали пациенты (в подавляющем большинстве иногородние), которые по ряду причин были вынуждены снимать жилье (всего – 6,9%, из них мужчин – 10,4%, женщин – 3,4%).

Определенное влияние на формирование суицидального процесса оказывал круг общения суицидентов. Здесь следует обратить внимание на то, что каждый пятый суицидент – 21,8% их общего количества (мужчины – 15,8%, женщины – 27,7%) – избегал каких-либо контактов. Именно среди них риск совершения активных суицидальных действий был очень высоким. В таких

случаях позитивные социальные контакты как антисуицидальный фактор переставали играть свою роль. Почти всегда это сопровождалось нарастанием дезадаптации (потерей места работы, распадом семьи, снижением интереса к собственному здоровью и личности). 18,7% суицидентов (мужчины – 30,1%, женщины – 7,5%) сообщали о широкой сфере социальных контактов. Однако только в 19 из 74 случаев близкие и друзья оказывали им действительную и адекватную поддержку. В остальных случаях обширность контактов была скорее вызвана патологическими особенностями личности пациента (постоянная алкоголизация, психопатоподобное поведение, асоциальный образ жизни). У 9,1% (мужчины – 10,7%, женщины – 7,5%) пациентов круг общения ограничивался друзьями и коллегами по работе. Все они сообщали о наличии проблем в личной и семейной жизни, что заставляло их избегать избыточного общения с близкими, то есть наблюдалось так называемое “бегство в работу”. Таким образом, в большинстве наблюдений были установлены предшествующие суицидальному покушению узость и немногочисленность межличностных контактов. Имела место своеобразная инкапсуляция пациента, его постепенная изоляция, снижение или уход от прежнего круга общения. Все это значительно усугубляло течение суицидального процесса.

В ходе исследования был проведен анализ религиозного мировоззрения суицидентов. Еще в конце XIX в. Э. Дюркгейм отмечал, что уровень самоубийств существенно зависит от особенностей религиозного мировоззрения. В наше время А.И. Никаноров (1999) показал, что атеистический тип мировоззрения является фактором риска развития суицидального поведения. Данная точка зрения согласуется с результатами нашего исследования, согласно которым большинство суицидентов относили себя к неверующим – 72% (мужчины – 80,0%, женщины – 64,1%).

Анализ конфессиональной принадлежности верующих суицидентов показал, что большинство из них – 88,2% (мужчины – 79,6%, женщины – 92,9%) – исповедовали православное христианство. Такое распределение объясняется национальной принадлежностью суицидентов, среди которых подавляющее большинство были русскими. Однако, несмотря на это, понятие греховности самоубийства не играло для них значительной роли при принятии решения об уходе из жизни. По нашему мнению, это было вызвано фрагментарностью и непоследовательностью их религиозного мировоззрения. Представляет интерес наблюдение пациента, который в течение длительного времени исповедовал буддизм. Его вероисповедание играло ключевую роль в формировании суицидального процесса. Известно, что в буддизме существует теория метемпсихоза (переселения душ). Исходя из этого, пациент намеревался с помощью суицидального акта “изменить свое существование”.

Суициденты, относившие себя к верующим (110 человек), по-разному выражали свои религиозные чувства. Большинство из них (42,8%) обращались к религии лишь в тяжелых жизненных ситуациях. Таким образом, верование носило для них характер своеобразной психологической защиты, некой попытки “договориться”, “обеспечить себе индульгенцию”. Третья часть верующих суицидентов – 31,8% (мужчины – 38,5%, женщины – 28,1%) – вообще не принимали участия в религиозных отправлениях, объясняя это возможностью личного интуитивного богопостижения. 9,1% пациентов сообщали о своей вере в Бога, демонстрируя сочетание разных религиозных традиций, что во всех случаях было продиктовано этнокультуральными обычаями. Они относились к этническим группам, особенностью которых является относительно недавняя христианизация, и, как следствие, переплетение архаических, языческих и христианских традиций. Только 16,3% (мужчины – 12,8%, женщины – 18,3%) от общего числа верующих суицидентов по-

следовательно и регулярно исполняли установленные религиозные нормы. Чаще это были женщины.

Таким образом, большинство суицидентов являлись атеистами, но и у лиц, исповедующих ту или иную религию, в силу особенностей их мировоззрения, она не выступала существенным антисуицидальным фактором и не оказывала сдерживающего влияния на принятие решения о самоубийстве.

Резюмируя вышеизложенное, можно выделить наиболее значимые микросоциальные факторы суицидального поведения. Это – семейно-бытовое неблагополучие, в частности, одиночество, отсутствие или утрата собственной семьи, бездетность, конфликтные отношения с другими членами семьи. Это создавало почву для возникновения хронического субдепрессивного состояния, провоцировало острые аффективные реакции и усугубляло течение суицидального процесса. Негативное воздействие на психический статус суицидентов оказывали также отсутствие собственного жилья и необходимость проживать с родственниками. В большинстве наблюдений были установлены предшествующие суицидальному покушению узость и немногочисленность межличностных контактов. Большинство суицидентов были атеистами, а среди тех, кто относил себя к верующим, преобладали лица, обращающиеся к религии лишь в экстремальных жизненных ситуациях. Естественно, что такое избирательное религиозное мировоззрение не могло выступать в роли антисуицидального фактора.

2.4. Детерминанты III ранга

Стрессы личной жизни

В динамике суицидального поведения особое значение имеет его мотивация самими суицидентами. В ходе исследования было проведено изучение суицидальных мотиваций у лиц, совершивших покушение на самоубийство (табл. 6). Как правило, неудовлетворительные меж-

личностные отношения чаще всего выступали поводом для запуска активных суицидальных действий.

Учитывая, что в любом кризисном состоянии можно выделить 4 последовательные стадии (Амбрумова А.Г., Полеев А.М., 1986).

- I – стадия психической травмы (“психического шока”);
- II – стадия дезорганизации;
- III – стадия “принятия” (адаптации);
- IV – стадия восстановления.

Проведенный нами анализ позволил прийти к выводу, что наибольшим риском совершения суицидальных действий отличается стадия дезорганизации, когда у человека побеждает представление о непреодолимости создавшегося положения. В этот период резко усиливается субъективно непереносимое переживание аффективного напряжения, тревоги, тоски, истощаются механизмы психологической защиты, нарастает стремление любой ценой избавиться от интенсивных отрицательных эмоций, следствием чего становится совершение суицидальных действий.

Подводя итог, можно сказать, что знание детерминантов суицидального поведения создает объективную базу для разработки дифференцированных подходов к профилактике самоубийств.

Глава 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В современной суицидологии доминирует представление о суицидальном поведении как о процессе, включающем в себя последовательно разворачивающиеся периоды: досуицидальный, пресуицидальный, период реализации суицидального замысла и постсуицидальный (при незавершенных суицидах). Российская психологическая энциклопедия определяет суицидальный процесс как “последовательность внутренних или внешних актов, направленных на формирование суицидального поведения или осуществление суицидальных действий”.

С нашей точки зрения, принципиальная важность понимания суицидального поведения как динамического процесса заключается в том, что оно радикально меняет многие ложные стереотипы о суициде и его природе. В частности, такие как еще бытующие представления о самоубийстве как о некоем кратком событии, возникающем в ответ на психическую травму. Естественно, что суицид, являющийся сложнейшим мультифакториальным феноменом, просто не может быть таковым по своей сути. Невольно вспоминается крылатая фраза М.А. Булгакова: “Кирпич ни с того ни с сего никому и никогда на голову не свалится”.

3.1. Досуицидальный период

Досуицидальный период предшествует формированию собственно суицидального поведения. Это – своего рода преморбид суицидального поведения. По мнению В.С. Ефремова (2004), досуицидальный период характеризуется сдвигом психофизиологического функционирования и изменением содержания психической жизни. Эти

изменения выступают как фон (мы полагаем, что здесь был бы более уместен термин “почва” – *авт.*) для возникновения антивитальных переживаний и конкретной суицидальной идеации.

Основной характеристикой досуицидального периода является *ангедония* – утрата или снижение положительных эмоций, способности переживать радость и счастье. Человек начинает воспринимать окружающий мир и свои собственные ощущения словно через затемненные очки. У него еще нет проявлений депрессии, однако все, что приносило ранее позитивные эмоции, становится безразличным, не радующим, скучным. Страстный любитель футбола перестает им интересоваться; поклонник музыки теряет к ней интерес, а если и слушает ее, то не получает того удовольствия, что было раньше. Профессиональная сфера жизни также уже не волнует. Если свершается то, чего человек долго и с нетерпением ждал, то это тоже не приносит радости. Таким образом, отмечается не только, и даже не столько, снижение настроения, сколько существенное сужение диапазона эмоционального реагирования. Это хорошо иллюстрируется образной цитатой, приведенной упоминавшимся выше В.С. Ефремовым в его книге “Основы суицидологии”: “Нудящая тягостность вещного мира”.

Длительность досуицидального периода не имеет четких границ: она может составлять от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет.

Предпосылки возникновения ангедонии многообразны. Они могут быть биологической природы (психопатологически отягощенная наследственность), личностно-психологической (повышенный уровень личностной тревожности, склонность к актуализации ситуационной тревоги, ригидность поведенческих стереотипов, стрессовая интолерантность, и др.), социальной природы (влияние тех или иных неблагоприятных макро- и микро-социальных факторов). Следует заметить, что все эти факторы не являются специфическими для ангедонии.

Скорее речь идет о потенцирующем характере их разнообразных сочетаний.

Важность распознавания ангедонии определяется возможностью начать превентивные мероприятия еще до начала суицидального процесса и, возможно, предотвратить его наступление.

3.2. Пресуицидальный период

Пресуицидальный период – отражает временной промежуток между началом формирования собственно суицидального поведения и реализацией суицидальных действий.

Следует отметить, что развивающийся в рамках суицидального процесса пресуицидальный период имеет собственную динамику, в которой выделяются несколько этапов:

- фантазии на тему смерти, снижение внешней активности, ограничение межличностных контактов;
- чувство одиночества, идеи самообвинения, фантазирование о ситуации, которая может сложиться после самоубийства;
- повышенная тревожность, колебания настроения, асоциальные поступки, алкогольные эксцессы, появление мотивационной готовности к суициду.

Первый из них, знаменующий начало суицидального процесса, называется этапом пассивных суицидальных мыслей. Он характеризуется появлением все более частых и стойких фантазий на тему собственной смерти. При этом в данных фантазиях не предполагается собственного участия в прекращении жизни. Чаще человек представляет себе, каким образом его “не будет”, что он будет испытывать в момент ухода из жизни, как на это отреагируют близкие люди, и т.п. Для этого этапа достаточно типичны повышенная тревожность и частые колебания настроения со сдвигом в сторону его снижения.

Следующий (второй) этап – это этап суицидальных замыслов. В большинстве случаев он характеризуется их развернутым формированием. Человек начинает “логически” обосновывать необходимость своего ухода из жизни. Его мысли и воспоминания постепенно выстраиваются в систему доказательств своей несостоятельности, ущербности, виновности. Становятся все более актуальными идеи самообвинения. Именно на этапе суицидальных замыслов формируется конкретная мотивация суицидального поведения. Тема смерти начинает доминировать не только в мыслях и воспоминаниях, но и в ассоциациях и сновидениях. Иначе говоря, главным содержанием жизни человека становится невозможность и нежелание жить. Это естественным образом приводит к идее совершения самоубийства. Весьма характерной особенностью пресуицидального периода является борьба мотивов, когда на смену мыслям суицидального содержания приходят совершенно противоположные идеи, характеризующиеся желанием жить и опровергающие необходимость ухода из жизни. Такая борьба мотивов отмечается на протяжении всего пресуицидального периода. Кроме того, на этом этапе нередко отмечаются алкогольные эксцессы, даже у людей, которые ранее никогда не злоупотребляли спиртным. Возможно, они имеют своего рода отвлекающий, “защитный” характер от тяжких мыслей и переживаний. Иногда на этапе суицидальных замыслов совершаются немотивированные асоциальные поступки, также выполняющие “отвлекающую” функцию.

В незначительном числе случаев этап суицидальных замыслов характеризуется их импульсивным формированием. При этом мысль о совершении самоубийства возникает спонтанно, после чего возможно совершение так называемого “молниеносного” суицида. Такой вариант встречается, как правило, в рамках тяжелых психических заболеваний и зачастую происходит на фоне расстройства сознания.

Третьим является этап суицидальных намерений. Он характеризуется тем, что к суицидальным замыслам присоединяется волевой компонент, побуждающий к реализации суицида.

Длительность пресуицидального периода может варьировать от нескольких минут (острый пресуицид) до месяцев и даже лет (хронический пресуицид). Существует описание хронического пресуицида, продолжавшегося в течение значительной части жизни. Начавшись в юношеском возрасте, он перешел на этап суицидальных намерений лишь в инволюционном возрасте.

В нашем исследовании 75,9% пациентов смогли выделить у себя наличие пресуицидального периода той или иной длительности. В 24,1% наблюдений идентификация пресуицидального периода оказалась для суицидентов затруднительной.

Длительность пресуицидального периода у лиц, которые смогли его идентифицировать (299 человек), составила от нескольких часов до нескольких лет. В 42,4% случаев пресуицидальный период был кратковременным – до одних суток. Суицидогенная ситуация при этом носила для пациента острый и неожиданный характер, что сопровождалось ощущением субъективно непереносимой душевной боли. В этой же группе были представлены суициды демонстративно-шантажного характера, когда решение о суицидальной попытке возникало внезапно и являлось следствием желания разрешить конфликтную ситуацию.

В 22,7% случаев пресуицидальный период длился от одних суток до одной недели. Также чаще отмечалось внезапное воздействие острого стрессового переживания, однако у этих пациентов были более выражены антисуицидальные факторы. Это приводило к усилению борьбы мотивов, способствовавшему увеличению времени для принятия суицидального решения. У 11,1% пациентов пресуицидальный период длился от одной недели до одного месяца. Это были лица с депрессивной симптома-

тикой. У большинства из них депрессия возникла впервые и пациенты не смогли идентифицировать ее как повод для обращения к специалистам. Наконец, в 23,8% случаев пресуицидальный период по длительности составлял от одного месяца до года и более. У этих суицидентов присутствовали стойкие суицидальные установки, являвшиеся следствием длительно существовавших и чаще недиагностированных психических расстройств. Кроме того, такой тип пресуицида имел место у ряда пациентов с повторными попытками. Таким образом, более чем в половине всех случаев пресуицидальный период имеет длительное течение.

Анализ эмоционального состояния пациентов в пресуицидальный период выявил, что у одной трети из них (30,4%) доминировали страх и тревога. Ощущение надвигающейся неопределенной угрозы, по словам суицидентов, было непереносимым. Для большинства тревога носила аморфный неконкретный характер. Все они сообщали, что повышенный уровень тревожности был свойственен им и в досуицидальный период. Ранее многим удавалось справляться с этим переживанием. Однако настоящее состояние уже не позволяло контролировать свои переживания. Многие пациенты связывали появление такой тревоги с воздействием неблагоприятных социальных факторов – проблем в профессиональной и/или семейной сферах. Лишь пятая часть пациентов сообщали о том или ином конкретном страхе. Как правило, он появлялся на фоне психотравмирующей ситуации и был напрямую связан с ней.

Одна четвертая часть суицидентов (23,3%) говорили о труднопереносимой душевной боли в пресуицидальный период. Ее причиной был депрессивный синдром с тоскливым компонентом. Многие из таких суицидентов были пожилого или старческого возраста. Они описывали свое состояние как длительное и стабильное переживание. Характерно, что почти все такие пациенты были одинокими, у большинства из них отсутствовали анти-

суицидальные факторы. Многие впоследствии сообщали, что ранее никогда не рассматривали суицид как возможный исход собственной жизни, однако непереносимость душевной боли на фоне социальной изоляции сделала подобное решение возможным.

В 19% случаев пресуицидальный период сопровождался доминирующими чувствами гнева или возмущения. Такое поведение было свойственно личностям с возбудимыми чертами характера. Почти всегда их суицидальные действия совершались с демонстративной целью как реакция на неудовлетворительное (по их мнению) поведение других.

Реже встречались другие формы эмоциональных проявлений пресуицидального периода. В частности, 13,2% суицидентов сообщали о преобладающем чувстве обиды. Все они переживали актуальные межличностные конфликты, на которые и указывали в качестве причины своего состояния. Попытка чаще была ориентирована на значимого другого и носила манипулятивный характер. В 10,1% случаев ведущей в эмоциональном статусе была реакция горя, что было связано с утратой близкого человека. Особенности пресуицидального периода у таких лиц были его кратковременность и истинный характер суицидальных намерений. Безаффективное состояние было зафиксировано в 3,3% случаев. Оно отмечалось у лиц, длительное время страдающих хроническими заболеваниями шизофренического спектра. Достоверных половых различий в характере эмоциональных проявлений не было, за исключением гнева, доля которого была больше среди мужчин.

Переходим к анализу сферы суицидального конфликта. В 28,3% случаев она носила психопатологический характер, то есть суицид совершался на почве суицидальной галлюцинаторно-бредовой, либо негативной психопатологической симптоматики. В основном это были лица, страдающие заболеваниями шизофренического спектра.

У каждого четвертого суицидента (24,1%) суицидальная попытка определялась внутриличностным конфликтом. При этом у пациентов имелись 2 (реже более) разнонаправленные и взаимоисключающие потребности. Они сообщали о собственной неспособности принять какое-то удовлетворительное решение для разрешения конфликта, который часто носил длительный характер и приводил к истощению психических процессов и срыву адаптационных механизмов. Суицид рассматривался как своего рода “бегство” от непереносимой жизненной ситуации. В таких случаях пресуицидальный период отличался своей длительностью.

У 21% суицидентов основной сферой явилось отсутствие возможности удовлетворения своих базисных человеческих потребностей. Конфликт носил витальный характер и часто был сопряжен с соматическим заболеванием. Почти все эти лица относились к старшей возрастной группе. Одиночество и социальная изоляция способствовали принятию решения о суициде.

14,6% суицидентов указывали на неблагоприятные обстоятельства своей семейной жизни как ведущую причину суицидального конфликта. В основном это были лица молодого возраста. Большинство из них уже долгое время находились в конфликтных отношениях с одним или несколькими членами собственной семьи. Пресуицидальный период был чаще непродолжительным, а доминирующими были чувства обиды или гнева. Среди женщин эта сфера конфликта встречалась почти в 2 раза чаще, чем среди мужчин.

Значительно реже (4,4% случаев) суициденты сообщали о проблемах в профессиональной сфере. У мужчин это выявлялось достоверно чаще. У 3,5% суицидентов суицидальный конфликт был вызван проблемами с законом. Эта ситуация тоже чаще встречалась у мужчин. В единичных случаях в пресуицидальный период на первый план выступали проблемы интимных отношений. Преимущественно это были сложности с сексуальной ори-

ентацией. Крайне редко (по 1,8% случаев) ведущей была бытовая сфера. В этих случаях суицидальный конфликт обычно носил смешанный характер, так как бытовые проблемы, как правило, были сопряжены с семейными конфликтами.

Для более тщательного анализа факторов суицидального риска была проанализирована связь клинических форм психической патологии с преобладающим в пресуицидальный период эмоциональным состоянием и ведущей сферой суицидального конфликта.

У пациентов с органическими психическими расстройствами преобладающими были чувства тревоги (30,7%) и гнева (20,5%). О выраженной тревоге сообщало также большинство пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами (73,2%), страдающих заболеваниями шизофренического спектра (55,3%) и невротическими расстройствами (55,8%). Около половины суицидентов с депрессивными расстройствами (46%) говорили о душевной боли как эмоции, сопровождавшей весь пресуицидальный период. Более половины пациентов с расстройствами личности (55%) сообщали, что в пресуицидальный период отмечали чувство гнева и возмущения. Часто встречались эти проявления и у лиц с умственной отсталостью (46,2%). Таким образом, чувство непереносимой тревоги и страха в пресуицидальный период было свойственно пациентам с органическими и невротическими расстройствами, шизофренией, а также с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. У суицидентов с расстройствами личности и умственной отсталостью чаще всего отмечались возмущение и гнев, у пациентов с депрессивными расстройствами – переживание душевной боли.

Что касается сферы суицидального конфликта, то у больных с органическими психическими расстройствами с наибольшей частотой (30,7%) ведущими были психопатологическая и витальная сферы. В группе расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и

расстройств психического спектра основной сферой суицидального конфликта оказалась психопатологическая. У лиц с депрессивными расстройствами конфликты наиболее часто имели место в семейной, личностной и витальной сферах. При невротических и личностных расстройствах большинство пациентов связывали свое суицидальное поведение с тяжелым внутриличностным конфликтом, а также с конфликтными отношениями со своим окружением.

Таким образом, суицид на почве психопатологических переживаний чаще совершался пациентами с психотической, органическими психическими расстройствами и расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами. При аффективных (депрессивных), невротических расстройствах и расстройствах личности наибольшее влияние на формирование суицидального конфликта оказывали трудности при удовлетворении витальных потребностей, внутриличностные конфликты и семейные проблемы.

В динамике суицидального поведения особое значение имеет его мотивация самими суицидентами. В ходе исследования нами было проведено изучение суицидальных мотиваций у лиц, совершивших покушение на самоубийство (табл. 6).

Таблица 6

Мотивы суицидального поведения у лиц, совершивших суицидальные попытки

Мотив	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	2	3	4	5	6	7
Несправедливое отношение	19	9,7	17	8,5	36	9,1
Ревность, супружеская измена, развод	7	3,6	12	6,1	19	4,8
Потеря значимого другого	3	1,5	12	6,1	15	3,8

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
Препятствие к удовлетворению ситуационной актуальной потребности	19	9,7	17	8,5	36	9,1
Неудовлетворенность значимым другим	15	7,6	14	7,1	29	7,3
Одиночество, социальная изоляция	5	2,5	19	9,5	24	6,1
Неудачная любовь	3	1,5	8	4,1	11	2,8
Недостаток внимания, заботы	3	1,5	15	7,5	18	4,6
Половая несостоятельность	5	2,5			5	1,3
Патологические мотивы	68	34,7	63	31,6	131	33,2
Постановка психиатрического диагноза			2	1	2	0,5
Постановка диагноза неизлечимого заболевания	2	1,1			2	0,5
Тяжелая соматическая болезнь	5	2,5			5	1,3
Страх перед судебной или административной ответственностью	7	3,6	2	1	9	2,3
Боязнь наказания и(или) позора	7	3,6			7	1,7
Самоосуждение за реальный проступок	2	1,1	4	2	6	1,5
Неудачи в учебе, на работе	5	2,5	5	2,5	10	2,5
Материально-бытовые трудности	12	6,1	5	2,5	17	4,3
Банкротство	2	1,1			2	0,5
Потеря сбережений	3	1,5	2	1	5	1,3
Потеря работы	4	2,1	2	1	6	1,5
Всего	196	100	199	100	395	100

Несмотря на высокий уровень распространенности психических расстройств в изучаемой группе суициден-

тов (95,2%), собственно психопатологическая мотивация суицидального поведения отмечалась лишь у одной трети их общего количества – 33,2%. Это важное наблюдение свидетельствует о том, что роль психических расстройств в генезе суицидального поведения определяется не только и не столько той или иной психопатологической симптоматикой, сколько более сложными процессами психической дезорганизации личности. Это показывает, что суицидальное поведение хотя и развивается в большинстве случаев при психических расстройствах, но не является их симптомом.

Среди множества мотивов непсихотической природы наиболее частыми оказались межличностные конфликты – 28,6% всех случаев. Это несправедливое отношение, супружеская измена, развод, неудовлетворенность значимым другим, неудачная любовь, недостаток внимания и заботы. Именно неудовлетворительное поведение близких становилось фактором, запускающим суицидальную активность. Часто сам конфликт не был, по мнению окружающих, острым, однако с учетом внутренней суицидальной готовности он приобретал суицидогенный характер.

Часть пациентов – 9,1% (мужчины – 9,1%, женщины – 8,5%) – были фрустрированы невозможностью удовлетворить ту или иную актуальную потребность. Чаще всего это было свойственно лицам с возбудимыми чертами характера. На фоне субдепрессивного состояния отказ в желаемом вызывал плохо контролируемую аффективную реакцию, трансформирующуюся в суицидальное поведение. Другие поводы встречались значительно реже. Таким образом, неудовлетворительные межличностные отношения чаще всего выступали поводом для запуска активных суицидальных действий.

Большое значение для оценки пресуицидального периода имеет информация о наличии либо отсутствии суицидальных попыток в прошлом. Согласно результатам исследования, настоящая попытка была повторной у

каждого четвертого суицидента – 25,3%. Анализ особенностей предыдущих попыток у этой части суицидентов показал, что в 59% случаев пресуицидальный период протекал аналогично настоящему и лишь в 21% случаев отличался от него. Эти данные согласуются с анализом сферы суицидального конфликта предыдущей попытки. В 81% случаев сфера конфликта был аналогична нынешней.

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что у лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, сфера суицидального конфликта и проявления пресуицидального периода представляют собой своего рода клише, что следует учитывать при профилактике повторных суицидальных действий.

3.3. Период реализации суицидальных намерений

Следующей стадией динамики суицидального процесса является *период реализации суицидальных намерений*, т.е. собственно самоубийство или покушение на самоубийство. Его основными характеристиками являются: особенности подготовки к суицидальным действиям, наличие или отсутствие окружающих во время их совершения; способ, время, место, сезон и день ее совершения, а также наличие алкогольного опьянения и факт оставления предсмертной записки.

Согласно результатам нашего исследования, в большинстве случаев (68,7%) подготовка к совершению суицида осуществлялась тайно, и заметить ее было можно лишь по тем или иным косвенным изменениям в поведении будущего суицидента. Это подчеркивает важность информирования населения о признаках суицидального поведения (уход от контактов, замкнутость, пониженное настроение, стремление остаться в одиночестве, и др.). Вместе с тем достаточно часто (31,3% всех случаев) подготовка покушения носила открытый и даже демон-

стративный характер. Такие лица активно высказывали суицидальные мысли и рассказывали близким о наиболее приемлемых, по их мнению, способах ухода из жизни; демонстрировали предметы, которые можно использовать для совершения суицида. По нашему мнению, на этот факт следует обратить пристальное внимание, так как в обществе распространено ошибочное мнение о том, что человек, угрожающий самоубийством, никогда его не совершит.

Важным критерием оценки суицидального намерения являются данные о наличии или отсутствии окружающих во время совершения покушения. В 35,2% случаев суицидальная попытка совершалась в присутствии других лиц. В этих случаях можно было предположить отсутствие истинного намерения уйти из жизни. Попытка совершалась с целью привлечения внимания, воздействия на окружающих, разрешения травмирующей ситуации.

Как известно из данных литературы, до 70% всех случаев суицидальных попыток совершается путем отравления (Амбрумова А.Г., Гилад В.М., 1997; Ващенко В.В., 2000; Смулевич А.Б., 2000; Mosciki E.K., 1994). В силу большей вероятности летального исхода самоповешение используется при суицидальных попытках значительно реже, а применение огнестрельного оружия практически не встречается.

Результаты нашего исследования в целом подтверждают данные закономерности (табл. 7). Несмотря на то, что на долю отравлений пришлось меньшее, чем приводится в литературе, число случаев (41,3%), они заняли первое место в структуре способов покушений на самоубийство. Среди веществ, применявшихся с целью отравления, преобладали психотропные и гипотензивные препараты. Примерно треть суицидентов использовали лекарственные средства других групп. Зачастую препарат принимался по типу “схватил, что подвернулось”, или “выпил упаковку, а пузырек оставил на столе”. Обычно у пациента было понимание, что дозировка летальной не

является. Цель своих действий они объясняли желанием как-то изменить непереносимую ситуацию. Единичными были случаи применения уксусной эссенции (1 случай) и препаратов бытовой химии (7 случаев). Следует заметить, что женщины предпринимали суицид с помощью отравления в 2,7 раза чаще, чем мужчины.

Следующее по частоте место занимают самопорезы – 27,4% всех случаев. Эту форму покушения мужчины использовали в 2,4 раза чаще, чем женщины (соответственно 38,8 и 16,1% случаев). Как правило, самопорезы не затрагивали жизненно важные крупные сосуды и чаще наносились в области запястья. На следующем по частоте месте находится падение с высоты – 12,9% (мужчины – 17,3%, женщины – 8,5%). Мужчины использовали этот способ в 2 раза чаще, чем женщины.

Таблица 7

Способы совершения суицидальных попыток

Способ	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Повешение	17	8,8	9	4,6	26	6,7
Отравление	44	22,4	119	59,8	163	41,3
Самопорезы	76	38,8	32	16,1	108	27,4
Колото-рубленные раны	5	2,5	3	1,5	8	2
Падение с высоты	34	17,3	17	8,5	51	12,9
Падение под движущийся транспорт	8	4,1			8	2
Самоутопление			3	1,5	3	0,7
Поджог			2	1	2	0,5
Отравление газом	2	1	7	3,5	9	2,3
Самоудушение	2	1	5	2,5	7	1,7
Прочие	8	4,1	2	1	10	2,5
Всего	196	100	199	100	395	100

Таким образом, отравление и нанесение самопорезов оказались наиболее используемыми способами при совершении суицидальных попыток, что является своеобразным индикатором суицидального намерения. Потенциально более летальные способы суицидов, в том числе повешение (6,7% всех случаев), использовались достоверно реже.

Анализ связи клинических форм психической патологии со способом суицидальной попытки показал, что отравление чаще использовали суициденты с депрессивными, невротическими и органическими психическими расстройствами (соответственно 60; 51,3 и 43,6%), а нанесение самопорезов – пациенты с расстройствами личности (45,1% их общего количества). Суициденты с заболеваниями шизофренического спектра использовали оба этих способа в равной степени часто (соответственно 35,9 и 29,8%), а у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, преобладали самопорезы (28,3%) и иные (в том числе достаточно редкие) способы – 35,1%.

Что касается времени совершения суицидальных попыток, то, по нашим данным, оно находится в интервале от 18 до 24 часов, что существенно отличается от преобладающего времени совершения завершенных суицидов (0–6 часов утра). Такое различие не выглядит случайным, поскольку покушения на самоубийство, в большинстве случаев не планирующие летального исхода, чаще совершаются, когда члены семьи находятся дома.

Изучение места совершения покушения на самоубийство показало, что в большинстве случаев (80,5%) им была собственная квартира. В других случаях выбор места покушения определялся обстоятельствами пре-суицидального периода. Так, пациенты, совершившие суицидальную попытку в медицинских учреждениях, находились в тот момент на стационарном лечении. Те, кто совершал суицид в чужой квартире, как правило, делали это, чтобы оказаться в изолированной обстановке. Реже это было связано с демонстративно-шантажным ти-

пом суицидального поведения. Суициды, совершенные в общественных местах, обычно были связаны со специфическим способом самоубийства, например, падением под движущийся транспорт.

В качестве превалирующего сезона совершения суицидов в литературе чаще упоминается осень. Наши наблюдения показали иной результат. Наиболее часто суицидальные попытки совершаются в летний период, реже и практически с одинаковой частотой – весной и осенью, а наиболее редко – зимой. Трактовка этих сведений представляется пока затруднительной и даже не логичной, хотя бы потому, что обострения депрессивных расстройств, да и сезонные депрессии, чаще встречаются осенью. Однако полученный нами результат базируется на большом числе наблюдений.

Следующий параметр – день совершения суицидальной попытки. Для этого мы выделили 3 категории дней: будние, выходные и праздничные. Учитывая их разное количество в году, были вычислены пригодные для сопоставления средние показатели. В результате было установлено, что наиболее часто покушения на самоубийство совершаются в будние дни, достоверно реже – в выходные, и наиболее редко – в праздничные. Таким образом, мнение ряда суицидологов о том, что суицидальные тенденции обостряются в выходные и праздничные дни, не получили в нашем исследовании своего подтверждения.

Проведенное нами исследование показало, что более чем в половине всех случаев (60,2%) суицидальная попытка совершалась на фоне алкогольного опьянения. Доля таких лиц среди суицидентов мужчин оказалась в 1,5 раза больше, чем среди женщин – соответственно 70,2 и 46,7%. По словам самих суицидентов, опьянение снижало страх смерти и ожидаемых болевых ощущений. 10,3% суицидентов на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольной или наркотической абстиненции, что способствовало принятию

решения о самоубийстве вследствие тягостных соматических и психических переживаний. Только в 2,2% случаев суицидальной попытке сопутствовало наркотическое опьянение. Все эти пациенты страдали наркотической зависимостью. Обращает внимание, что 27,3% суицидентов совершили покушение на самоубийство на фоне приема психотропных препаратов. В большинстве своем это были лица, находившиеся на амбулаторном лечении по поводу различных форм психических заболеваний. В половом отношении доля лиц, совершивших покушение на самоубийство в состоянии алкогольной абстиненции, выше среди мужчин, а на фоне приема психотропных средств – среди женщин.

Определенное значение при оценке периода реализации суицидальных намерений имеет наличие предсмертной записки. По данным Л.Н. Юрьевой (2006), ее оставляют 44% суицидентов. Правда, автор не уточнила, о каких суицидах идет речь – завершенных, незавершенных, или и тех, и других? В нашем исследовании соответствующая цифра оказалась значительно меньше – 15,4%, что не вызывает удивления, поскольку характеризует лишь лиц, совершивших суицидальные попытки. Мотивацией в большинстве таких случаев было чувство обиды, а целью написания предсмертного послания – желание обвинить или наказать обидчика. Значительно реже предсмертные записки оставляли лица, испытывающие чувство вины и пытавшиеся объяснить свой поступок.

Что касается лиц, совершивших повторные суицидальные попытки, то почти у половины из них (45,8%) предыдущий способ совершения суицида был аналогичен настоящему. В 52,5% случаев предыдущие способы были другими, чаще более “мягкими”. Эти лица связывали выбор нового способа со своеобразным “разочарованием” в эффективности предыдущего.

Таким образом, анализ реализации суицидальных намерений позволил выделить определенные закономерности. Так, в каждом третьем случае подготовка к

суициду носила открытый характер, а суицидальная попытка совершалась в присутствии других лиц. Как правило, эти попытки совершались с целью привлечения внимания, воздействия на окружающих и разрешения травмирующей ситуации. Предсмертные записки оставили только 15,4% пациентов. В большинстве случаев написание записки было обусловлено чувством обиды на несправедливое отношение окружающих. Подавляющее большинство суицидентов предприняли суицидальную попытку в собственной квартире. Наибольшее количество суицидентов использовали в качестве способа самоубийства отравление и нанесение самопорезов. Среди веществ, используемых с целью отравления, преобладают психотропные и гипотензивные препараты. Женщины предпринимали суицид с помощью отравления в 3 раза чаще, чем мужчины. Последние, в свою очередь, почти в 3 раза чаще женщин применяли самопорезы. Более чем в половине всех случаев суицидальная попытка совершалась на фоне алкогольного опьянения, что особенно характерно для мужчин.

3.4. Постсуицидальный период

Под постсуицидальным периодом понимается *временной промежуток после совершения суицидальной попытки*. Большой вклад в его изучение внесли отечественные психиатры А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980). Во временном отношении ими выделены 3 этапа постсуицидального периода: ближайший (первая неделя после совершения суицидальной попытки), ранний (от 1 недели до 1 месяца после попытки) и поздний (от 1 до 6 месяцев после попытки). Другой важнейшей характеристикой постсуицидального периода является отношение суицидента к случившемуся. Базируясь на этом критерии, авторы выделили 4 варианта постсуицида.

1. Суицидально фиксированный (причина остается актуальной и часто диссимулируется. Высок риск повторной попытки).

2. Аналитический (причина остается актуальной, но к совершению попытки появляется критика).
3. Манипулятивный (если после совершения попытки ситуация изменилась в нужном для суицидента направлении, то выраженность суицидальных проявлений снижается. Если нет, – то суицидальная активность сохраняется).
4. Критический (причина утратила актуальность, суицидальные проявления отсутствуют).

Дополнительно к этим вариантам мы сочли целесообразным добавить еще один – отрицающий. В данном случае пациенты не признают свои действия суицидальными, пытаясь трактовать их как несчастный случай. Как правило, этот вариант возникал на фоне критического отношения к попытке, сопровождающегося нежеланием сознаться в суицидальном характере своих действий, чтобы не скомпрометировать себя.

В нашем исследовании почти у одной трети от общего числа суицидентов (32,6%) имел место критический вариант постсуицида. После совершенного покушения конфликт быстро утратил свою актуальность, а суицидальные действия как бы “разрядили” пресуицидальную напряженность. В этих случаях пресуицидальный период был недолгим, а попытка суицида была связана преимущественно с той или иной неожиданной стрессовой ситуацией. У большинства суицидентов данная попытка была первой. Уже в ближайший постсуицидальный период они рассматривали свой поступок как “неразумный, нелепый, безответственный”, испытывали чувство вины и стыда перед близкими родственниками, сообщали о наличии у них таких антисуицидальных факторов, как дети, семья, профессиональные интересы. Запускались адаптационные механизмы эмоциональной и интеллектуальной переработки конфликта. Вероятность повторного суицида была минимальна.

В 25,2% случаев можно было говорить об аналитическом типе постсуицидального периода. В этой ситуации

конфликт по-прежнему оставался актуальным. Однако отношение к суицидальной попытке становилось негативным. Как правило, попытка была следствием длительной психотравмирующей ситуации, в которой находился суицидент. Пациенты занимались активным поиском иных путей разрешения конфликта, однако это затруднялось слабостью антисуицидальных факторов. Было очевидно, что если конфликт не будет разрешен, вероятны обострения суицидальных тенденций. Практически в половине случаев у этих пациентов уже были суицидальные попытки с аналогичной сферой суицидального конфликта. Таким образом, риск суицида сохранялся, особенно в поздний постсуицидальный период, то есть тогда, когда пациент возвращался домой и сталкивался с обстоятельствами, приведшими к развитию суицидальных тенденций.

Манипулятивный тип постсуицидального периода встречался в 21,7% всех случаев. Актуальность конфликта практически исчезала при выгодном для суицидента развитии событий (разрешение конфликтной ситуации). При этом зачастую формировалось рентное отношение к суицидальной попытке, при котором подобные действия в будущем могли быть средством влияния на ситуацию. Часто в анамнезе таких лиц имели место предшествовавшие суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера. Учитывая вышеизложенное, риск совершения суицидальных попыток в случае возникновения новых неблагоприятных ситуаций сохранялся.

Суицидально фиксированный постсуицид был зарегистрирован в 10,4% случаев. Обращает внимание его большая частота у женщин – 14,2% против 6,7% у мужчин. Это состояние характеризовалось тем, что суицидальная попытка не обрывала суицидальную настроенность. Конфликт оставался актуальным, антисуицидальные факторы практически отсутствовали. Суицидальные тенденции сохранялись стойко. Риск суицида был максимальным. Также редко в практике встречался отри-

цающий вариант – 10,1% всех случаев. Следует заметить, что оценка риска повторного суицида при этом варианте бывает достаточно сложной.

Резюмируя можно выделить определенные закономерности динамики суицидального процесса у лиц, совершивших незавершенные суициды. Так, в досуицидальный период у многих суицидентов имели место расстройства невротического круга раннего детского возраста (невроз страха, расстройства сна, патологические привычные действия и т.п.). Практически у половины из них отмечалась психопатологически отягощенная наследственность, а каждый десятый сообщал о наличии суицидального поведения у близких родственников. Дисгармоничные типы воспитания в детстве приводили к формированию специфических черт личности и характера (избегающий тип реагирования на стресс, аутоагрессивные формы поведения, высокий уровень тревожности), что способствовало формированию суицидальных тенденций. Наличие соматической патологии, которое выявлялось более чем в половине случаев (преимущественно болезни органов дыхания, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем), создавало хронический астенизирующий фон. Соответственно появление какого-либо внешнего стрессового фактора являлось пусковым для актуализации собственно суицидального поведения.

Почти две трети суицидентов сообщали о пресуицидальном периоде той или иной длительности. Только в половине случаев пресуицидальный период ограничивался одними сутками и меньше. В остальных случаях этот период длился значительно дольше (от недели до нескольких лет). Все пациенты в пресуицидальный период остро переживали такие отрицательные эмоции, как гнев, страх, обида, одиночество. Основными поводами для совершения суицидальной попытки были личностно-семейные конфликты, состояние физического и психического здоровья, производственные конфликты, материально-бытовые трудности и психопатологические

причины. Анализ собственно суицидального акта позволил выявить определенные закономерности. Так, каждая третья попытка носила открытый характер и совершалась в присутствии других лиц. Как правило, такие попытки совершались с целью привлечения внимания, воздействия на окружающих и разрешения травмирующей ситуации. Практически половина суицидентов использовали в качестве способа самоубийства отравление, а одна треть – нанесение самопорезов. Другие способы суицида выбирались значительно реже. Каждый второй суицид совершался на фоне алкогольного опьянения. У каждого четвертого суицидента настоящая попытка была повторной. У этих пациентов суицидальный конфликт был длительным и в подавляющем большинстве случаев сохранял свою актуальность.

Анализ клинических особенностей пресуицидального периода продемонстрировал, что лицам с органическими, невротическими расстройствами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и шизофренией были свойственны чувства непереносимой тревоги и страха. У суицидентов с расстройствами личности чаще всего отмечались возмущение и гнев. Для пациентов с депрессией было характерно переживание тяжелой душевной боли. На почве психотических переживаний суицид совершался чаще всего пациентами с шизофренией, органическими психическими расстройствами и расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами. При депрессивных, невротических расстройствах и расстройствах личности наибольшее влияние на формирование суицидального конфликта оказывали трудности при удовлетворении витальных потребностей, внутриличностные и семейные конфликты. Среди способов суицида отравление чаще выбирали пациенты с органическими, депрессивными, невротическими расстройствами и шизофренией. Нанесение самопорезов преимущественно встречалось при расстройствах личности.

В постсуицидальный период наиболее часто наблюдались критический и аналитический варианты.

Таким образом, специфические личностные особенности и стереотипы реагирования на стресс часто начинали формироваться уже в детстве в результате соответствующей биологической predisposition и неблагоприятных социальных условий. В дальнейшем суицидальный процесс мог протекать латентно, но субъективно тяжелые факторы провоцировали его манифестацию. Этот тип реагирования мог “закрепляться” и становиться все более используемым. Можно говорить, что суицидальная настроенность приводила к формированию своеобразной суицидальной доминанты, которую активизировали раздражители разной степени тяжести. Такой взгляд на проблему определяет необходимость выявления дополнительных факторов суицидального риска, разработку их типологии, а также дифференцированных подходов к профилактике суицидального поведения.

Глава 4

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

В литературе практически отсутствуют классификации незавершенных самоубийств, что затрудняет действия по их предупреждению. Основываясь на полученных в ходе настоящего исследования клинических, клинико-психологических и клинико-эпидемиологических данных, мы выделили типы суицидальных попыток с учетом наличия и взаимодействия следующих параметров:

- нарушения в сфере потребностей личности;
- наличие и выраженность антисуицидальных факторов;
- особенности течения суицидального процесса (суицидогенеза);
- обстоятельства совершения суицидальной попытки.

Важно, что рассмотрение различных форм суицидальных попыток происходило в динамике процесса, а не ограничивалось лишь собственно суицидальным актом. Такой взгляд на проблему позволяет улучшить качество антисуицидальных мероприятий уже на этапах ранней профилактики.

Анализ изучаемых параметров позволил выделить 8 типов суицидальных попыток: *витальный, амбивалентный, ситуационный, спонтанный, аффективный, институциональный, резонансный и маскированный.*

4.1. Витальный тип

Ведущим мотивом витального типа суицидальной попытки был абсолютный отказ от жизни, а главной характеристикой – блокирование большинства потреб-

ностей на фоне отсутствия антисуицидальных факторов. В нашем исследовании этот тип был определен у 12,6% от общего количества суицидентов. Среди них большую часть составили лица пожилого возраста (старше 50 лет) – 62%. На их психическом состоянии негативно сказывалось нарушение привычного режима и уклада жизни, нередко сочетающееся с острым ощущением противоречия между еще сохраняющейся трудоспособностью, возможностью принести пользу и собственной невостребованностью. Кроме того, ситуация часто осложнялась смертью супруга (супруги), утратой близких друзей. Таким образом, имелаась фрустрирующая блокада основных ценностей и потребностей личности. Соответственно принятие решения о суициде было лишено каких-либо манипуляционных элементов. В пресуицидальный период исчезали сомнения в правильности своего выбора, решение принималось взвешенно и нередко с отсутствием эмоций. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым, что объясняется схожестью социальных ролей мужчин и женщин в этот период жизни. Такой тип суицида отсутствовал в возрастной группе 20–29 лет, что связано со значительным количеством антисуицидальных факторов и большими возможностями выбора при разрешении негативных ситуаций.

Более половины пациентов, совершивших витальный суицид, были пенсионерами. Четвертую часть составили безработные (26,9%), 61,5% были одиноки по разным причинам (овдовевшие – 42,3%, разведенные – 11,5%, холостые/незамужние – 7,7%). Таким образом, типичными факторами риска для человека, предпринимającego витальный суицид, были пожилой возраст, одиночество и профессиональная незанятость.

В досуицидальный период у них отмечались выраженная направленность личности на соответствие нормативным критериям, инертность, догматизм, желание опираться на существующие точки зрения, правила и инструкции. Отмечались повышенная требовательность

к себе и окружающим, желание соответствовать моральным критериям социума, нравственный (или псевдонравственный) образ жизни с тенденцией к подавлению насущных потребностей. Также характерными были контроль над внешней агрессией, ориентация на правила и инструкции, избегание ответственности из-за страха не справиться с поставленными задачами. Именно такое сочетание черт характера не давало возможности успешно адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам окружающего мира. У таких людей при “исчезновении” значимых внешних обстоятельств “исчезает” и сама личность. Самоубийство в ситуациях блокирования основных жизненных потребностей рассматривалось как единственный возможный вариант прекращения душевной боли. Часто подобные стереотипы реагирования закладывались еще в их родительских семьях, где гиперопека приводила к формированию гиперсоциальных установок.

Наиболее типичными формами психологической защиты для этих пациентов были изоляция и отчуждение. Отмечалось чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями, собственными переживаниями. Появлялись феномены дереализации и деперсонализации. Как следствие, приходило объективное осознание собственной неустроенности, ведущее к развитию депрессивных состояний, появлению анти-витальных переживаний.

Другой особенностью витального суицида было отсутствие четких границ при переходе досуицидального периода в собственно пресуицидальный. Появление антивитальных переживаний пациенты относили еще к подростковому и раннему юношескому возрасту. Часто это было спровоцировано пубертатным кризом. Первые столкновения с психотравмирующими ситуациями приводили к деструкции механизмов психологических защит, снижению адаптационных возможностей и появлению мыслей о малоценности и бессмысленности собственного существования. При ухудшении социальных условий

(особенно если это происходило внезапно) существующие антивита́льные переживания трансформировались в суицида́льные мысли и замыслы. Таким образом, пресуицида́льный период при вита́льном суициде в большинстве случаев был длительным, являясь фоновым переживанием в жизни человека. На это указали 61% пациентов в этой группе. 28% сообщили, что суицида́льные мысли возникли после психотравмирующей ситуации и только 11% говорили о коротком пресуицида́льном периоде (до месяца). Последнее во всех случаях было сопряжено с реакцией на серьезную утрату.

Следующей особенностью вита́льного суицида была основательность, продуманность, “серьезность” суицида́льной попытки. Пациенты тщательно выбирали способ, учитывая его доступность и максимальную летальность. Подготовка к суициду всегда была скрытой. Психическое состояние в пресуицида́льный период подавляющее большинство пациентов описывали как сильную душевную боль или горе. Анализ мотивов суицида выявил, что ведущими среди них были одиночество и социальная изоляция.

Суицида́льная попытка совершалась в отсутствии окружающих. Чаще всего при вита́льном суициде самоубийство совершалось путем повешения – 30,8% (мужчины – 50,0%, женщины – 22,2%). В 26,9% наблюдений (мужчины – отсутствуют, женщины – 38,9%) с суицида́льной целью использовалось самоотравление. Другие способы применялись реже. Суицид не приводил к смерти лишь благодаря случайным обстоятельствам – как правило, вмешательству других людей. Чаще это были возвратившиеся домой родственники.

Практически всем суицидентам проводились реанимационные мероприятия. В последующем они длительное время проходили лечение в соматическом стационаре вследствие травматичности совершенной попытки. В ближайший постреанимационный период, особенно после тяжелых интоксикаций, глубоких ранений с по-

вреждением крупных сосудов, длительных асфиксий и т.п., наблюдалась астения с явлениями депрессии.

В целом ближайший постсуицидальный период протекал неблагоприятно, так как сохранялся высокий риск повторения суицидальных действий. Актуальность психотравмирующей ситуации не снижалась, а пациент не видел дополнительных способов ее разрешения. Только около половины таких суицидентов (42,3%) относились к попытке критически. Остальные продолжали рассматривать суицид как возможный выход из непереносимой ситуации.

В нозологическом отношении ведущей патологией среди пациентов, совершивших витальный суицид, были шизофрения (38%) и органические психические расстройства (34%). Шизофрения протекала преимущественно с тяжелым депрессивным синдромом с доминирующим тоскливым аффектом. Некоторые пациенты указывали на появление “витальной тоски”. Органические психические расстройства более чем в половине случаев также сопровождались депрессивной симптоматикой.

Резюмируя особенности витального типа суицидальной попытки можно говорить о том, что доминирующим мотивом являлся отказ от жизни. Блокировались практически все основные жизненные потребности на фоне отсутствия антисуицидальных факторов. В структуре личности отмечались ригидность мышления и эмоциональной сферы, гиперсоциальность, ориентированность на установленные правила и нормы, высокий уровень тревожности, склонность к формированию психологических защит по типу изоляции. В нозологическом отношении преобладали шизофрения и органические расстройства с депрессивным синдромом. Пресуицидальный период характеризовался длительностью. Собственно суицидальный акт был хорошо спланирован, тщательно подготовлен, способ суицида выбирался заведомо летальный. В постсуицидальный период сохранялся высокий риск повторных суицидальных действий.

Больной П., 1950 года рождения.

Родился в Москве, вторым ребенком в семье. Наличие психических заболеваний у родственников отрицает. Старший брат пациента страдает алкоголизмом. Беременность матери протекала нормально, роды в срок, раннее развитие без особенностей, соответствует возрастным нормам. Посещал детский сад. В школу пошел в 7 лет. Учился хорошо, закончил 10 классов. Обстановка в семье была комфортной, воспитание гармоничное. Когда пациенту было 8 лет, в результате несчастного случая скончался отец пациента. Со слов больного, смерть отца переживал тяжело, несколько дней отказывался от еды, плохо спал по ночам. В дальнейшем воспитывался матерью и бабушкой, которая стала проживать вместе с ними. Отношение в семье продолжали оставаться комфортными, но через 3 года у старшего брата пациента появились девиантные формы поведения, частая алкоголизация. С этого момента пациент старался стать опорой для матери, поддерживал ее или занимал ее сторону во время конфликтных ситуаций с братом. Так как семья испытывала материальные трудности, с 14 лет подрабатывал. После школы поступал в технический институт, однако не поступил, и пошел учиться в техникум. Закончил его и далее до 1995 г. работал технологом на заводе. В армии не служил, так как был не годен по состоянию здоровья (хронический пиелонефрит). В 1995 г. попал под сокращение, после чего постоянного места работы найти не мог (работал водителем, строителем, разнорабочим). С 2002 г. работал водителем в частной фирме.

В возрасте 24 лет женился. В браке прожил 11 лет. Детей не имел. Отношения с супругой характеризовал как гармоничные. Когда пациенту было 32 года, жена тяжело заболела (онкологическая опухоль) и через год умерла. Больной тяжело переживал утрату. Повторно женился только через 8 лет. От второго брака имеет ребенка (девочка 7 лет). Однако отношения в семье не сложились, так жена, со слов пациента, была недовольна низким материальным достатком семьи (пациент содержал не только собственную семью, но и помогал семье старшего брата). На момент обследования находился в состоянии бракоразводного процесса. С супругой проживал раздельно, с дочерью не имел возможности регулярно общаться, так как жена это запрещала (пациент не хотел удовлетворить

ее жилищные претензии). 3 месяца назад предприятие, где работал пациент, закрылось, он потерял работу. С тех пор не работает, большую часть времени проводит дома, начал злоупотреблять алкоголем.

Ранее психиатрами не наблюдался. Впервые антивитальные переживания появились в возрасте 8 лет после смерти отца, к которому был очень привязан. Испытывал сильнейшую душевную боль, тоску, желание быть вместе с отцом, даже ценой собственной жизни, дальнейшее существование представлялось мрачным, бессмысленным. Однако мыслей о самоубийстве не было. В дальнейшем часто задумывался о ценности жизни и о трудностях, связанных с существованием. Практически постоянно присутствовали страх смерти и чувство ответственности перед близкими, которых он поддерживал морально и материально. Латентные суицидальные переживания актуализировались на фоне болезни и смерти первой жены. Именно тогда, ухаживая за ней и наблюдая ее стремительное угасание, испытал растерянность и чувство собственной беспомощности. Стал думать о том, что было бы хорошо умереть вместе с женой. Даже придумал способ суицида – выпить обезболивающие таблетки, прописанные жене. Мысли носили навязчивый характер. Однако пациент относился к ним критически. После смерти жены в течение полугода настроение было снижено, с тоскливым компонентом, обострились хронические соматические заболевания. Мысли о смерти присутствовали, но их останавливали страх перед болью и умиранием. Постепенно депрессивный эпизод редуцировался. После резкого ухудшения социальной ситуации (смерть матери, развод, потеря работы, невозможность общаться с ребенком, угроза потери квартиры) психическое состояние резко ухудшилось. Вновь появились суицидальные мысли, которые усиливались при приеме алкоголя, антисуицидальные факторы отсутствовали. Большую часть времени проводил в постели, пропал аппетит, нарушился сон, круг интересов сузился до поиска удовлетворительного способа ухода из жизни. В 2006 г., в день совершения суицидальной попытки, проснувшись, “понял, каким способом сможет быстро покончить с собой”. После этого ощутил прилив активности. Убрался в квартире, оделся и, поднявшись на 5 этаж подъезда своего дома, выпрыгнул из окна. Получил множественные переломы и ушибы внутренних органов, был госпитализирован в

травматологический стационар. В постсуицидальный период повторных суицидальных попыток не было, но депрессивный фон сохранялся. Относительно совершенной суицидальной попытки критики не было, утверждал, что другого способа прекратить душевные страдания у него нет. Был проконсультирован психиатром и госпитализирован в психиатрическую клинику с диагнозом “Тяжелый депрессивный эпизод”.

В приведенном примере прежде всего обращают на себя внимание процессуальность и длительность суицидального процесса, а также отсутствие антисуицидальных факторов. Это привело к формированию витального типа суицидальной попытки и совершению суицидальных действий.

4.2. Амбивалентный тип

Особенностью этого типа суицидальных попыток являются нечеткость, неопределенность, двойственность суицидальных намерений. Истинное желание умереть у таких пациентов отсутствует, более того, зачастую имеется выраженный страх перед смертью и процессами, связанными с умиранием. Типично блокирование 2–3 сфер основных потребностей. Антисуицидальные факторы практически отсутствуют. На момент совершения суицидальной попытки ресурсы и способности личности истощались, и суицид совершался с целью ухода или избегания конкретной непереносимой ситуации. Пациенты не были уверены в правильности своего поступка, и суицид предпринимался как бы “для пробы”. В глубине души многие осознавали, что, вероятнее всего, суицидальная попытка окажется нереализованной, однако допускали и ее летальный исход. Сами пациенты описывали свое поведение так: “решил попробовать – если бы умер, то и хорошо”. Часто это проявлялось непродуманностью попытки и выбором нелетального способа суицида. Важно, что эта особенность зачастую ошибочно рассматривается окружающими (родственниками, врачами) как при-

знак демонстративно-шантажного поведения. Однако в отличие от последнего при амбивалентном суициде отсутствует ориентация на окружающих, а летальный исход является возможным, но нежелательным способом решения ситуации. При этом (в отличие от шантажных попыток) риск совершения повторных суицидов достаточно высок.

В нашем исследовании каждый третий суицидент (33,9%) был отнесен нами к лицам с амбивалентным типом суицидальной попытки. При этом 9 человек были квалифицированы как условно психически здоровые. Количество мужчин и женщин оказалось примерно одинаковым. Частота амбивалентного типа суицидальной попытки увеличивалась, начиная с 20–29 лет – 17,9% (мужчины – 30,9%, женщины – 4,8%), продолжала нарастать в возрасте 30–39 лет – 26,2% (мужчины – 33,3%, женщины – 19,0%) и достигала своего пика в возрасте 40–49 лет – 29,8% (мужчины 23,9%, женщины – 35,7%). В последующем наблюдалось уменьшение частоты амбивалентных суицидов. Их наименьшее количество совершалось в младшей (до 20 лет) и старшей (50 и более лет) возрастных группах.

В группе пациентов, совершивших амбивалентные попытки, оказалось большое количество безработных – 33,3%. При этом среди мужчин их было почти в 2 раза больше, чем среди женщин (соответственно 45,2 и 21,4%). Почти каждый четвертый суицидент (23,8%) находился на пенсии. Среди женщин таковых было в 5,7 раза больше, чем среди мужчин – соответственно 40,5 и 7,1%. При анализе семейного положения установлено, что большая часть суицидентов были одинокими – 59,5%. Таким образом, характерными для амбивалентных попыток были молодой и зрелый возраст, одиночество и профессиональная незанятость.

В досуицидальный период у суицидентов данной группы отмечалась высокая потребность в душевном покое и комфорте. Они отличались скромностью, повышенной

тревожностью в отношении своих близких, а также мелких житейских проблем. Была выражена потребность в понимании, любви, доброжелательном отношении к себе. Характерно, что именно эта потребность на момент совершения суицидальной попытки почти всегда была не удовлетворена. Наиболее типичным механизмом психологической защиты было вытеснение. Уход от внутреннего конфликта происходил путем активного выключения из сознания неприемлемого мотива или неприятной информации. Так, ущемленное самолюбие, задетая гордость и обида и т.п. порождали декларирование ложных мотивов своих поступков, чтобы скрыть истинные мотивы не только от других, но и от самого себя. Для таких пациентов были характерны формирование внутриличностных конфликтов, переживание нескольких разнонаправленных тенденций, борьба мотивов. Именно этот механизм играл решающую роль в формировании амбивалентности суицидального поведения. В раннем детстве большинство пациентов оценивали условия воспитания в семье как неудовлетворительные (алкоголизм родителей, разные формы дисгармоничного воспитания).

Важной особенностью амбивалентного типа является склонность к формированию зависимостей (алкогольной, пищевой, и др.) в досуицидальный период. В нашем исследовании у 42,9% пациентов на этом этапе были диагностированы злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость. Эти аддикции сопровождались идеями самоуничтожения, чувством вины перед близкими, попытками избавиться от неблагоприятных форм поведения.

Другой немаловажной особенностью досуицидального периода при амбивалентном суициде было развитие у пациентов психосоматических заболеваний. Вытесненные мотивы, не находя своего разрешения, сохраняли выраженные эмоциональные и вегетативные компоненты. Среди лиц с амбивалентным типом суицида 71% сообщали о наличии таких психосоматических заболеваний,

как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, сахарный диабет, псориаз, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит.

При данном типе незавершенного суицида отмечается достаточно длительный пресуицидальный период, часто растягивающийся на годы. При этом имеет место влияние психологических защит, в частности, двойственное отношение к самоубийству, не имеющее осознанного понимания. Доминирующим мотивом поведения суицидентов было “желание отдохнуть, прекратить душевные страдания хоть на какое-то время”. Периодически эта мотивация могла реализовываться в алкогольных, реже наркотических эксцессах, что можно расценивать в качестве своеобразных суицидальных стигм. Подобная двойственность наблюдалась и при принятии решения о самоубийстве. Пациенты утверждали, что “умирать не хотели, но при этом испытывали острое желание на какое-то время забыться”.

Амбивалентность прослеживалась и в обстоятельствах суицидальной попытки. Она характеризовалась неподготовленностью и непродуманностью, выбором нелетального способа самоубийства. При этом отсутствовали элементы демонстративности, свойственные ситуационному типу суицида. Это важно, так как часто врачи квалифицировали амбивалентный суицид как демонстративно-шантажный, ссылаясь на его “несерьезность” и не уделяли этим пациентам должного внимания, что увеличивало риск повторной попытки. Пациенты практически никогда не оставляли предсмертных записок. Психическое состояние в пресуицидальный период описывали как тоску или усталость. Ведущими мотивами суицида были несправедливое отношение, препятствие к удовлетворению актуальной потребности, неудовлетворенность значимым другим.

В большинстве случаев в качестве способа суицида выбиралось отравление – 46,4% (мужчины – 28,6%,

женщины – 64,3%). При этом только в половине случаев с этой целью применялись психотропные препараты. В остальных – выбор препаратов оказывался случайным. Количество, как правило, не превышало 10–15 таблеток. Реже использовалось нанесение самопорезов – 27,4% (мужчины – 38,1%, женщины – 16,7%). В этом случае преобладали одиночные и неглубокие ранения, наносимые в область запястья. Другие способы выбирались реже, в частности, не зафиксировано ни одного случая самоповешения.

Суицидальная попытка не приводила к смерти либо из-за активных действий самого пациента, который обращался за медицинской помощью, либо по объективным причинам, связанным с “мягкостью” выбранного способа суицида (свертывалась кровь, лекарственные препараты вызывали оглушение и глубокий сон, и т.п.). Лицам, совершившим амбивалентную попытку, почти никогда не оказывались реанимационные мероприятия из-за ее незначительной травматичности. Постсуицидальный период протекал в целом благоприятно, так как попытка выступала в качестве определенного “рубежа”, оттолкнувшись от которого, пациент начинал “подниматься на поверхность”. Однако критическое отношение к суициду имело место только у 27,4% суицидентов (мужчины – 23,8; женщины – 30,9%). У остальных суицидальная настроенность сохранялась, а некоторые пациенты начинали уже вынашивать решения о поиске более действенных способов суицида. Определяющими при этом являлись условия и обстоятельства отдаленного постсуицидального периода. Если он протекал неблагоприятно, то это способствовало углублению суицидальных тенденций. Об этом свидетельствует тот факт, что у 25% пациентов настоящая суицидальная попытка была повторной.

Практически у половины суицидентов этой группы были выявлены депрессивные расстройства – 45,6% (мужчины – 36,5%; женщины – 52,9%). В большинстве случаев депрессия носила тоскливый или тревожно-тоскливый

характер. Депрессивное состояние оценивалось как тяжелое (примерно, у четверти пациентов) или средней степени тяжести. Вторыми по частоте были расстройства, связанные с употреблением алкоголя – 17% всех случаев. Среди мужчин их доля оказалась в 6 раз выше, чем среди женщин. У 10% суицидентов диагностирована шизофрения. При этом только у нескольких из них суицидальная попытка была связана с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. В остальных случаях она провоцировалась депрессивными переживаниями, входящими в структуру клинических проявлений заболевания.

Таким образом, особенностями амбивалентного типа суицидальной попытки были двойственность и незавершенность суицидального намерения. Фрустрация наступала вследствие блокирования нескольких ведущих потребностей. Антисуицидальные факторы отсутствовали. В структуре личности отмечались высокая склонность к образованию внутриличностных конфликтов, психологических защит по типу вытеснения. В нозологическом отношении преобладали депрессивные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. В досуицидальный период выявлялись психосоматические заболевания и склонность к формированию зависимостей. Пресуицидальный период отличался длительностью. Способ суицида чаще был нелетальным. В постсуицидальный период сохранялся риск повторения суицидальных действий.

Больной М., 1969 года рождения.

Родился в Москве единственным ребенком в семье. Наличие психических заболеваний у близких родственников отрицает, дядя со стороны матери покончил жизнь самоубийством. Сведений о беременности матери не имеет. Раннее развитие без особенностей, соответствовало возрастным нормам. Посещал детский сад. Отношения в родительской семье описывает как гармоничные, однако сообщает о том, что его воспитание происходило по типу “кумира семьи”. Более близкие отношения складывались с матерью, отношения с отцом были формаль-

ными. Пациент объясняет эту ситуацию тем, что отец много работал, дома проводил мало времени. Мать же находилась на инвалидности (сахарный диабет, гипертоническая болезнь). Вследствие этого мать все свое время посвящала воспитанию ребенка. В школу пошел с 7 лет, учился на “хорошо” и “отлично”. Закончил 10 классов. Далее поступил в технический институт и после окончания работал инженером на заводе. В армии не служил, так как в институте была военная кафедра. Женат с 23 лет, в браке имеет двоих детей. Отношение к семье описывает как конфликтные, так как жена “его не понимает, предъявляет необоснованные претензии”. Год назад оформил на себя ипотечный кредит. Вследствие этого столкнулся с необходимостью дополнительного дохода (брал на дом заказы по написанию компьютерных программ). В этот же период обострилась язвенная болезнь желудка, которой пациент страдал с 15 лет, однако лечением не занимался, так как “не было времени”. Злоупотреблял алкоголем.

Ранее психиатрами не наблюдался. Со слов пациента, в детстве, подростковом и юношеском возрасте ни антивитаальных, ни суицидальных мыслей не было. Впервые задумался о проблеме добровольного ухода из жизни после самоубийства дяди (пациенту было 15 лет). Дядя страдал алкоголизмом и туберкулезом, много лет провел в местах лишения свободы, нигде не работал. Его самоубийство вызвало противоречивые чувства, как у пациента, так и у членов его семьи. С одной стороны, пациент был шокирован близким столкновением со смертью. С другой стороны, поступок дяди представлялся ему логически обоснованным. В тот момент испытывал сильное чувство вины по поводу собственной “душевной черствости”, поэтому с тех пор старался избегать тем, связанных с самоубийством, чтобы “не тревожить старые воспоминания”.

Первые антивитальные переживания стали появляться в возрасте 30–32 лет. Именно тогда начал замечать, что хуже справляется со своими профессиональными обязанностями. Стал уставать на работе, не испытывал чувства отдыха по утрам, не восстанавливал силы в выходные дни. Связывал это с большими нагрузками. Однако время от времени задумывался о неправильности выбранной профессии, так как на данном этапе она не вызывала у него интереса. Эти мысли обостряло чувство тревоги, так как не видел способов изменения этой

ситуации. К этому моменту у пациента было уже двое детей, к которым он был привязан. Он чувствовал себя обязанным заботиться об их благополучии, поэтому заставлял себя не думать о возможностях изменения своего профессионального статуса. В это время начал злоупотреблять алкоголем, так как, по его словам, он оказывал стимулирующее воздействие. Испортились отношения с женой. Конфликты разгорались из-за злоупотребления алкоголем, однако пациент расценивал поведение жены как демонстрацию “нелюбви” к нему и неудовлетворенности их материально-бытовыми условиями. В этот период стал задумываться о смерти, ловил себя на мысли, что уже не боится ее. Появились фантазии о собственном умирании. Например, часто представлял, что язва желудка начинает кровоточить, и он умирает, просто заснув, от потери крови.

Состояние ухудшилось в течение последнего года, когда из-за получения кредита был вынужден работать еще больше. С работой справлялся плохо. Алкоголизировался, что усиливало утомляемость. Нарушился сон, появились тревога, подавленность, раздражительность, слезливость. Чувствовал, что уже не в состоянии контролировать себя. Стало навязчивым желание “все бросить и куда-нибудь уехать”. Однако понимал нереалистичность этих фантазий.

Три месяца назад, когда жена и дети были в отъезде, а пациент находился в отпуске, подумал, что ему “необходимо выспаться” и на фоне приема алкоголя (0,5 литра водки) выпил 3 таблетки феназепама. Однако заснуть не смог и выпил еще 5 таблеток. При этом понимал, что доза может оказаться смертельной, однако это не пугало, а доминирующим было желание “уснуть”. Проспал 18 часов. Это эпизод рассматривал не как суицидальную попытку, а как злоупотребление лекарственными средствами из-за бессонницы.

Месяц назад у пациента усилились боли, связанные с язвой желудка. Обезболивающие препараты не помогали, к врачам не обращался, так как “не было времени заниматься собой”. Пьянство стало приобретать характер истинных запоев, стал прогуливать работу, участились конфликты с женой. В течение недели до совершения суицидальной попытки спал по ночам по одному-два часа из-за болезни ребенка. В день суицида, находясь в квартире матери (которая в это время была на даче), выпил “пузырек” но-шпы и 200 граммов водки. Вскоре

почувствовал себя очень плохо, появились тошнота, головокружение, резкая слабость. Испугавшись, самостоятельно вызвал скорую помощь и открыл дверь. Затем потерял сознание. Очнулся в больнице, где добровольно согласился на лечение в психиатрической клинике. Диагностирована “Тревожная депрессия средней степени тяжести и алкоголизм II стадии”. Суицидальную попытку не отрицал, относился к ней критически, говорил, что “сдали нервы”. В целом к суициду относился критически, был рад, что он не привел к смерти, так как “хотел жить и любил детей”. От консультации нарколога отказался, объясняя это тем, что сможет самостоятельно избавиться от алкогольной зависимости.

В приведенном случае отчетливо прослеживается наличие длительно существующего внутриличностного конфликта между социальными требованиями и индивидуальными возможностями. Неспособность разрешения этого конфликта проявлялись в алкоголизации, обострении психосоматических заболеваний и появлении суицидальных тенденций. В совокупности с обстоятельствами суицидальной попытки это позволило квалифицировать ее тип как амбивалентный.

4.3. Ситуационный тип

При этом типе суицидальных попыток у суицидентов отсутствует истинное желание умереть. Смерть не рассматривается как возможный исход попытки, а основной акцент смещается на манипулятивное совершение заведомо нелетальных суицидальных действий. У таких лиц в большинстве случаев в сфере потребностей блокировалась одна, но значимая для них потребность. Суицидальная попытка всегда была спроецирована на окружающих суицидента людей. Данный тип выявлен в нашем исследовании у 34,1% от общего количества суицидентов. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым.

Пик ситуационных попыток приходился на возрастную группу от 20 до 40 лет. Это объясняется высокой

значимостью межличностных отношений, обилием социальных контактов. Обращало внимание, что после 40 лет кривая ситуационных попыток резко идет вниз и полностью отсутствует в возрасте от 70 лет и старше, что опять же связано с сокращением количества межличностных связей.

Анализ социального статуса суицидентов с ситуационным типом попытки демонстрирует, что 42,3% из них (мужчины – 51,2%, женщины – 31,4%) были безработными. При анализе семейного положения выявлено, что только 35,9% суицидентов (мужчины – 30,2%, женщины – 42,9%) имели собственные семьи. Большинство остальных проживали в семьях родителей или других родственников. Таким образом, у представителей данной группы можно констатировать скорее проблему личной неустроенности, неудовлетворенности своим семейным положением, но не одиночество. Воспитание суицидентов в их родительских семьях в большинстве случаев было непоследовательным. Уже в раннем детстве закреплялись патологические способы привлечения внимания.

В досуицидальный период пациенты проявляли повышенную эмоциональность, а также высокий уровень социальных притязаний на фоне необъективной самооценки. Реакции на конфликты носили инфантильный характер. Пациент стремился во что бы то ни стало получить желаемое. Самоубийство выступало как один из инструментов воздействия на окружающих. Преобладающим механизмом психологической защиты была регрессия. В этом случае происходило психологическое возвращение в ранний возраст, что проявлялось в появлении инфантильных реакций, в частности, желания испугать значимый объект, для чего и совершалась суицидальная попытка.

Длительность пресуицидального периода была различной. В 59% случаев пациенты сообщали о том, что мысли связанные с идеей собственной смерти возникали у них еще в детском и подростковом возрасте. В случаях не-

возможности удовлетворения собственных потребностей и получения желаемого, они начинали фантазировать о собственной смерти. Умирание в подобных фантазиях было быстрым и приятным, а близкие выражали крайнюю степень горя и раскаяния по поводу случившегося. Некоторые суициденты демонстрировали подготовку суицидального акта (например, начинали активно интересоваться лекарственными препаратами, особенностями умирания при разных формах кровотечения, и т.п.). Они утверждали, что уже тогда их угрозы достигали желаемого эффекта, и окружающие изменяли свое поведение под давлением их скрытого шантажа. 41% обследованных сообщали о коротком пресуицидальном периоде, утверждая, что суицидальные мысли возникли у них не более чем за несколько дней до совершения суицидальной попытки. Кроме того, каждый четвертый суицидент сообщал, что суицидальные попытки предпринимались в их ближайшем микросоциальном окружении.

Характерно, что у каждого третьего пациента настоящая суицидальная попытка была повторной. Наблюдалось учащение суицидальных реакций, их генерализация, когда любой незначительный повод приводил к обострению суицидальных переживаний. Так, у одной пациентки впервые суицидальная попытка явилась реакцией на развод родителей. В следующий раз она попыталась “покончить с собой” после конфликта с молодым человеком, третья попытка была предпринята после неудачно сданного экзамена.

Мы выделили 2 варианта ситуационного суицида: демонстративно-шантажный и триггерный. В случае демонстративно-шантажного варианта суицидальная попытка развивалась в ответ на фрустрирующую пациента ситуацию. Чаще всего это было связано с невозможностью получить желаемое на фоне интенсивной потребности в нем. Суицидальная попытка всегда предпринимается в присутствии окружающих, выглядит театрально и нарочито демонстративно, сопровождается угрозами.

Подготовка суицида, как правило, отсутствует. Для совершения попытки используются доступные средства.

В случаях триггерного варианта очевидная связь между психотравмирующей ситуацией и суицидальной попыткой отсутствовала. Пациенты сообщали о событии, ставшем последней каплей. Часто суицид был неожиданным для окружающих. Тем не менее пациент предпринимал все необходимые действия, чтобы проинформировать окружающих о сути своего намерения (оставлял подробную предсмертную записку, делал соответствующие телефонные звонки, и т.п.). Однако и в случае демонстративно-шантажного, и в случае триггерного варианта типичной была неосведомленность пациента о выбранном способе суицида (чего, например, практически никогда не бывает при витальном суициде), отсутствовали элементарные знания о механизмах умирания. Более того, у многих эти представления были ошибочными и нелепыми. Так, некоторые пациенты были убеждены, что алкоголь препятствует усвоению лекарственных препаратов, или считали, что кровь будет свертываться в горячей воде лучше, чем в холодной. В этом проявлялись элементы психического инфантилизма, свойственного людям, совершающим ситуационные суицидальные попытки. Психическое состояние в пресуицидальный период большинство пациентов описывали как обиду.

Способ суицида выбирался или заведомо нелетальный, или, при более “жестком” варианте суицида, расчет делался на вмешательство в процесс окружающих. Основное количество суицидальных попыток было представлено отравлением (39,7%) и самопорезами (35,9%). Женщины почти в 3 раза чаще использовали отравление, а мужчины – нанесение самопорезов. В случае отравления пациенты часто на словах завышали количество принятых препаратов, стремились положить пустые контейнеры от таблеток на видное место. Важным для них было и то, чтобы окружающие знали, какие именно медикаменты были использованы, и учитывали это при

оказании помощи. Самопорезы были неглубокими, но множественными. Это делало суицидальную попытку более драматичной. В некоторых случаях в качестве способа попытки суицида выбиралось падение с высоты. Однако попытка всегда прерывалась окружающими на начальном этапе и не приводила к реальному падению. В единичных случаях способом для самоубийства было выбрано повешение, которое предпринималось на глазах окружающих, а о своем намерении сообщалось заранее. Среди мотивов суицидального поступка преобладали препятствие к удовлетворению ситуационной актуальной потребности, неудовлетворенность значимым другим и неудачная любовь.

Реанимационные мероприятия пациентам оказывались редко. В целом постсуицидальный период протекал благоприятно, суицидальная настроенность редуцировалась, особенно в тех случаях, когда суицидент достигал желаемого, риск совершения повторных суицидов в постсуицидальный период был невысоким. При этом внимание родственников иногда ошибочно толковалось как изменение конфликтной ситуации в свою пользу. Так, 3 пациентки, предпринявшие суицидальные попытки, чтобы сохранить семью, находящуюся на стадии развода, были убеждены, что достигли желаемого, так как мужа посещали их в больнице. Однако мужчины в этих случаях отрицали, что планируют вернуться в семью. Пациентки вытесняли эту болезненную информацию и пребывали в приподнятом настроении. Несмотря на то, что риск повторных суицидальных действий в ближайший постсуицидальный период был невысоким, он сохранялся в отдаленный постсуицидальный период. Это обусловлено тем, что, во-первых, суицидальное поведение имело тенденцию к генерализации. Во-вторых, легкомысленное отношение к суицидальной попытке может привести к летальному исходу даже и при отсутствии намерения убить себя. Только в 33,3% случаев пациенты демонстрировали критическое отношение к суицидальной попытке.

В нозологическом отношении ведущей патологией среди пациентов, совершивших ситуационные суицидальные попытки, были расстройства личности и поведения – 28,1% (мужчины – 45,1%, женщины – 7,0%). Среди них преобладали истерический (41,2%), эмоционально-неустойчивый (25%) и диссоциальный (22,2%) типы. Каждый пятый суицидент страдал психозом – 20,3% (мужчины – 7,1%; женщины – 36,8%) – преимущественно с психопатоподобной симптоматикой.

Таким образом, особенностями ситуационного типа суицидальной попытки являются отсутствие истинного желания умереть и наличие препятствий к удовлетворению актуальной потребности. В структуре личности отмечаются повышенная эмоциональность, неадекватность и завышенность самооценки, высокий уровень социальных притязаний, склонность к формированию психологических защит по типу вытеснения. В клиническом отношении преобладают расстройства личности, особенно истерическое, возбудимое и диссоциальное. Пресуицидальный период – преимущественно непродолжительный. Подготовка к суициду и сам суицидальный акт – демонстративные и плохо спланированные. В постсуицидальный период риск повторных суицидов был минимальным при условии разрешения конфликтной ситуации.

Больная Л. 1980 года рождения.

Уроженка Украины. Родилась вторым ребенком в семье. У матери в течение жизни наблюдались колебания настроения, психиатрами не наблюдалась. Суициды у близких родственников отрицает. Беременность матери протекала с токсикозом в первом триместре, роды в срок, раннее развитие без особенностей, соответствовало возрастным нормам. Отношения в родительской семье описывает как спокойные, комфортные, гармоничные. Вместе с тем сообщает о конфликтах со старшей и младшей сестрами, связанных с несправедливым, по ее мнению, отношением родителей. Посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет. Училась посредственно, предпочтение от-

давала гуманитарным наукам. Была лидером, всегда обладала большим количеством друзей и подруг. Посещала различные кружки и секции, однако постоянных увлечений не было, так как быстро теряла к ним интерес. Закончила 9 классов, после чего поступила в профессиональное техническое училище на специальности “парикмахер”. После училища работала по профессии, сменила несколько мест работ, со слов пациентки, по объективным обстоятельствам (неудовлетворенность условиями труда и заработной платой). Настоящее место работы полностью устраивает, в коллективе хорошие отношения. В браке с 18 лет. Имеет дочь, к которой очень привязана. Отношения в семье характеризует как неудовлетворительные, что связывает с неверностью мужа.

Ранее психиатрами не наблюдалась, впервые суицидальные мысли появились в возрасте 13 лет, когда вместе с семьей переехала в Москву. Процесс адаптации протекал сложно. Долго не могла вписаться в коллектив, найти общий язык с учителями. Резко снизилась успеваемость, что вызывало крайнее недовольство матери. К концу учебного года стало очевидно, что может быть не аттестована по алгебре. Мать пригрозила, что на все лето отправит ее в деревню и не позволит поехать с друзьями в лагерь, куда пациентка очень стремилась попасть. Именно в этот момент, при полном отсутствии антивитальных переживаний и выраженном чувстве обиды на мать, подумала о том, что если бы она умерла, то мать горько пожалела бы о таком решении. Очень быстро родились суицидальные замыслы. Придя домой и вновь вступив в конфликт с матерью, пригрозила ей, что “очень скоро ей будет не с кем ругаться, так как у нее не будет такой неблагополучной дочери”. После чего уйдя в свою комнату, выпила 3 бутылочки корвалола. Хотела выпить больше, но 1 пузырек разбился, так как от волнения дрожали руки. Находившиеся дома мать и сестра, зайдя в комнату и почувствовав запах, стали выяснять у пациентки, что произошло. После этого мать вызвала скорую медицинскую помощь, было проведено промывание желудка, госпитализация не потребовалась. Мать, напуганная происшедшим, выполнила все требования дочери. В дальнейшем относилась к ней мягче и осторожнее.

Вторая суицидальная попытка была в возрасте 23 лет, когда после ссоры с мужем, выпила 2 стакана коньяка, взяла нож и

попыталась нанести себе ранение левого предплечья на глазах у мужа. Со слов пациентки, этот инцидент оказал влияние на его поведение, он стал более внимательным и корректным.

В течение последнего года отношения с мужем снова ухудшились, так как у него появилась другая женщина. Он попросил развод и “признался в своих изменах”. После этого, оставшись одна в квартире, пациентка выпила 20 таблеток до-нормила. Затем позвонила мужу и рассказала о своем поступке. Муж вернулся домой, пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение, а в дальнейшем переведена в психиатрический стационар с диагнозом: “Истерическое расстройство личности”.

В данном примере обращает на себя внимание демонстративность и открытость суицидальной попытки, совершенной с явно манипулятивной целью. Присутствовали антисуицидальные факторы (маленькая дочь, хорошая работа). Совокупность этих признаков позволила квалифицировать суицидальную попытку как ситуационную (демонстративно-шантажный вариант).

4.4. Спонтанный тип

Особенностью спонтанного типа суицидальных попыток является внезапность осуществления суицидальных действий. Пресуицидальный период практически отсутствует. Осуществляемые действия представляют собой результат потребности в “моментальном” снятии напряжения при отсутствии этапа планирования и адекватной оценки реальных обстоятельств происходящего. Чаще всего это состояние случается в рамках психогенных реактивных состояний. Как правило, внезапно блокируется одна из жизненно важных потребностей индивида. Антисуицидальные факторы имеются, но на момент совершения суицидальной попытки не оказывают своего защитного действия.

В нашем исследовании подобный тип суицидальной попытки был выявлен у 10,1% от общего количества

суицидентов. Большинство суицидентов относились к трудоспособному возрасту (от 20 до 60 лет). Пик спонтанных суицидов приходился на 20–29 лет.

При оценке социального статуса установлено, что большинство суицидентов, совершивших покушения, составили безработные – 42,3% (мужчины – 66,7%, женщины – 21,4%). Что касается семейного статуса, то не состояли в браке 38,5% (мужчины – 50,0%, женщины – 28,6%), находились в разводе – 26,9% (мужчины – 33,3%, женщины – 21,4%), состояли в браке – 23,1% (мужчины – 16,7%, женщины – 28,6%), были овдовевшими – 11,5% (все – женщины). Такое семейное неблагополучие отчасти можно объяснить личностными особенностями пациентов, определяющими наличие проблем во взаимоотношениях.

В досуицидальный период суициденты обнаруживали склонность к импульсивным действиям, низкую способность к анализу собственных действий, нетерпеливость, склонность к риску, завышенные притязания, уровень которых имел выраженную зависимость от сиюминутных побуждений и внешних влияний. Важной чертой было искажение “нормального чувства намерения и воли” (Шапиро Д., 2000). Эта особенность проявлялась как “импульс, которому невозможно сопротивляться”. Часто действия совершались без ясной мотивации, предварительного решения или намерения. Впоследствии суициденты говорили, что испытывали в тот момент “внезапное ощущение стремления сделать что-либо с собой”.

В ответ на стрессовые ситуации у них развивались психологические защиты по типу избегания, либо перекладывания ответственности. При первом из них суициденты привычно обходили, или “без боя” покидали зоны напряжений, в которых их *Я* подвергалось атакам. Часто это приводило к конфликту с социальными требованиями и нормами, однако они были не в состоянии контролировать свое поведение. Часто это проявлялось уже в детстве как реакция на сложные условия проживания в родитель-

ской семье. Другой психологической защитой было так называемое “перекладывание ответственности”. В таком случае были типичны высказывания: “я не мог ничего с собой поделать”, “это было сильнее меня”, и т.п.

Указанные особенности приводили к тому, что в досуицидальный период суициденты были склонны к формированию зависимых форм поведения, в частности, таких как игромания и зависимость от психоактивных веществ. Их течение характеризовалось компульсивностью влечений и длительными спонтанными ремиссиями.

Характерным признаком спонтанного суицида было отсутствие пресуицидального периода. Пациенты сообщали о том, что до совершения суицидальной попытки у них отсутствовали суицидальные мысли и намерения. Из сознания выпадали характерные для адекватной мотивации целеполагание, сознательный выбор, планирование, принятие решения и корректировка действий в процессе их совершения. Поэтому характеристиками спонтанного суицида были поспешность – действие быстро исполнялось, а промежуток между замыслом и реализацией был очень коротким, незапланированность – отсутствовали предшествующие приготовления, внезапность – действие совершалось неожиданно для окружающих. Установку на действие создавала спонтанная ситуация, то есть можно было говорить о ситуационно-импульсивной реакции.

С целью самоубийства использовались имеющиеся доступные средства. Ни один из обследованных этой группы не оставил предсмертной записки. Преобладающим способом при спонтанном суициде было самоотравление (42,3%). Женщины выбирали этот способ почти в 2 раза чаще мужчин. Реже использовались нанесение самопорезов и падение с высоты. Неподготовленность и непродуманность суицидальной попытки определяли низкую частоту летальности. Опасными были случаи, когда для самоубийства выбирались такие способы, как повешение или падение с высоты. В этих случаях смерти удалось избежать только благодаря вмешательству окружающих.

Анализ ведущих мотивов суицида продемонстрировал, что основными мотивами были потеря значимого другого и несправедливое отношение.

Постсуицидальный период протекал благоприятно. Риск повторных суицидальных действий был невысоким, так как пациент переосмысливал сложившуюся ситуацию и реконструировал свое отношение к ней. Большинство суицидентов демонстрировали критическое отношение к собственному поступку.

В нозологическом отношении практически в равных долях были представлены расстройства личности – 25% (мужчины – 38,1%; женщины – 10,5%), и невротические расстройства – 22,5% (мужчины – 4,8%; женщины – 42,1%).

Таким образом, типичными для спонтанного типа суицидальной попытки являются внезапное блокирование какой-либо значимой потребности при наличии антисуицидальных факторов. В структуре личности преобладают импульсивность, эмоциональная лабильность, неспособность к долговременному планированию и критическому анализу собственных действий, склонность к формированию психологических защит по типу эскапизма и перекладывания ответственности. В нозологическом отношении преобладают невротические и личностные расстройства. В досуицидальный период характерны зависимые формы поведения (алкоголизм, игромания и т.п.). Для самой попытки типично отсутствие или кратковременность пресуицидального периода, внезапность и поспешность суицидальных действий. В ближайший постсуицидальный период отношение к суициду критическое или аналитическое, риск повторных суицидальных действий невысокий.

Больная К., 1958 года рождения.

Родилась в семье рабочих в сельской местности, вторым ребенком. Психических заболеваний, алкоголизма, суицидов в семье не отмечалось. Сведений относительно беременности

и родов не имеет. Семья была полной, отношения в семье характеризует как хорошие. Семью описывает как патриархальную: отец всегда принимал решения, строго следил за их выполнением. Однако отмечает, что, несмотря на авторитарный стиль воспитания, отец был человеком справедливым, принципиальным. Мать по характеру была доброй, мягкой, зависимой от отца. В развитии от сверстников не отставала. Училась хорошо, имела широкий круг увлечений, занималась спортом. Себя характеризует доброй, застенчивой, не склонной к конфликтам (“лучше уступить, чем спорить”), романтической, доверчивой, старательной, пунктуальной. После окончания 10 классов поступила в механический техникум на заочное отделение, однако не закончила по семейным обстоятельствам. Далее занималась низкоквалифицированным трудом, на момент обследования работала сторожем в Доме культуры. В 19 лет вышла замуж. Имеет 4 детей, дети здоровы.

Впервые суицидальную попытку совершила в новогоднюю ночь 1979 г. На тот момент проживала в общежитии. Планировала встречать Новый год вместе с семьей старшей сестры. Около 6 часов вечера внезапно в комнате погас свет. Так как подобное случалось и раньше, решила самостоятельно починить его, и в трансформаторной будке попыталась соединить два разорванных провода. В результате произошло короткое замыкание. Пациентка получила легкий удар током. Из-за замыкания обесточилось все общежитие и несколько рядом стоящих домов. Вызванный электрик, который находился в нетрезвом состоянии, сообщил, что “теперь ее посадят в тюрьму”. Дальше, со слов пациентки, действовала “как во сне”. Возникло импульсивное желание: “как в детстве, захотелось куда-нибудь убежать”. Подобно “озарению”, смерть представилась единственным удовлетворительным выходом. Позвонила сестре и спросила, где хранятся снотворные таблетки (сестра-медик), взяла их и выпила 2 упаковки радедорма. После этого возникли мысли, что “все кончилось”, “теперь мне ничего не грозит”. Страх смерти не было. Очнувшись у себя в комнате – приехала сестра и сделала промывание желудка. К попытке суицида отнеслась критически, была рада, что осталась жива.

В 2001 г. К. совершила вторую суицидальную попытку – на работе создалась конфликтная ситуация, в результате которой ей грозило увольнение. Заранее суицид не планировала,

записки не оставляла, “мысль о смерти возникла внезапно. Когда на глаза попались таблетки, подумала, что так будет проще”. Очнулась в терапевтическом отделении стационара. К попытке отнеслась критически, так как “напугала детей”, однако смерть рассматривала как удовлетворительный выход из сложившейся ситуации.

В приведенном примере можно четко выделить наличие в структуре личности пациентки таких черт, как тревожность, сензитивность, импульсивность, склонность к реакциям избегания. Эти особенности наложили отпечаток на последующее суицидальное поведение. Анализ первой суицидальной попытки показывает ее импульсивность. Суицид совершался с целью избежать наказания, не было этапа предварительного планирования, истинного желания смерти. Он рассматривался как оптимальный выход из ситуации, содержащей угрозу. Сама суицидальная попытка произошла по механизму “короткого замыкания”.

Вторая суицидальная попытка была совершена на фоне хронического стресса, когда от пациентки требовалась мобилизация волевых способностей, возможности бороться за свои права, то есть именно тех качеств, которые были слабо представлены в структуре ее личности. Суицид, как и в предыдущем случае, носил импульсивный характер. Перечисленные признаки позволили квалифицировать суицидальную попытку как спонтанную.

4.5. Аффективный тип

Суицидальный акт при аффективном типе покушения на самоубийство представляет собой способ снятия эмоционального напряжения при невозможности отреагировать его вовне. При этом варианте, как правило, фрустрируется одна актуальная потребность. Одновременно имеют место действенные антисуицидальные факторы.

Всего в нашем исследовании подобный тип суицидальных попыток был установлен лишь в 3,5% случаев. Среди

таких суицидентов мужчин было в 2 раза меньше, чем женщин. Большинство из них были в возрасте 20–50 лет. В социальном отношении преобладали пенсионеры и безработные, поэтому факт незанятости был ведущим. За исключением одного человека, все остальные были одинокими. Таким образом, типичным для социального портрета суицидентов, совершивших аффективную попытку, являются профессиональная незанятость, молодой и зрелый возраст, одиночество.

В досуицидальный период эти пациенты характеризовались ригидностью мышления, склонностью к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высоким уровнем агрессивности, что в сочетании с существующими морально-нравственными установками послужило почвой для появления саморазрушительных тенденций. Были типичны склонность к аффективной захваченности доминирующими идеями, резкости, реакциям раздражения и гнева. Психологические защиты формировались по механизмам отреагирования вовне и замещения. При первом варианте индивид давал волю своему гневу, проявляя его в том или ином виде. Часто в таких случаях собственные агрессивные реакции им трактовались как защитные вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность других. Этот тип был свойственен пациентам с невысоким морально-этическим уровнем личности.

Если же пациент обладал более высоким морально-нравственным потенциалом, то отреагирование агрессии вовне часто рассматривалось им как недопустимое. В таком случае формировался более сложный механизм психологической защиты – замещение. Суть замещения состояла в переадресации реакции. Если при наличии какой-либо потребности желаемый путь для ее удовлетворения был закрыт, активность человека искала другой выход для достижения поставленной цели. Это приводило к суицидальным действиям.

Высокий уровень агрессивности часто способствовал тому, что пациенты начинали злоупотреблять алкого-

лем. На начальных этапах это помогало снизить уровень напряжения, но в дальнейшем трансформировалось в зависимость. В нашем исследовании лишь один человек употреблял алкоголь в пределах культуральной нормы. Остальные сообщали о злоупотреблении. Другой немаловажной особенностью была склонность к делинквентным формам поведения, которые у многих начали формироваться еще в подростковом возрасте. Воспитание в родительской семье все пациенты описывали как директивное с доминирующим авторитетом отца.

Пресуицидальный период при аффективном суициде был коротким и составлял от нескольких часов до нескольких дней. Отсутствовали антивитальные переживания, оформленные суицидальные мысли. Важнейшим в механизмах формирования суицидального поведения было наличие аффективной ситуации, которая носила для суицидента характер острого конфликта. Время для поиска приемлемого способа реагирования было коротким, что вело к неадекватным формам поведения. Если обстоятельства и внутриличностные установки суицидента позволяли, то отреагирование происходило вовне – вербально или физически. Если же не существовало социально приемлемых и допускаемых суицидентом способов реагирования, аффект разряжался на самого себя, что приводило к суицидальным действиям. Так, в прошлом некоторые пациенты в ситуациях эмоционального напряжения наносили себе множественные самопорезы нелетального характера, а также совершали другие самоповреждающие действия, сопровождающиеся выраженными болевыми ощущениями. Они сообщали, что после нанесения подобных повреждений испытывали чувство облегчения и снижения эмоционального напряжения.

Вследствие описанных особенностей суицид заранее не планировался и не подготавливался. Выбор средств совершался с учетом их доступности и высокой травматичности. Предсмертных записок не было. Психическое

состояние в пресуицидальный период все пациенты описывали как злость, обиду, душевную боль. Часто суицидальная попытка совершалась в присутствии окружающих, так как происходила на высоте аффективного переживания и провоцировалась межличностным конфликтом. Способ суицида был нелетальным, но высоко травматичным, способным вызвать максимум болевых ощущений. Так, несколько человек нанесли себе множественные самопорезы в области обоих предплечий и плеч; один – нанес самопорезы в область живота, еще один – колото-рубленые раны отверткой в область обоих бедер. Попытки не приводили к летальному исходу, даже при наличии обширных кровотечений, так как и сами пациенты, и окружающие их люди начинали оказывать необходимую помощь.

Во всех наблюдаемых случаях реанимационные мероприятия не проводились, однако пациенты были госпитализированы в травматологические отделения, где проводилась соответствующая терапия нанесенных повреждений. Постсуицидальный период протекал благоприятно, риск повторных суицидальных действий был минимальным, так как нанесенные повреждения приводили к спаду эмоционального напряжения, появлению критического отношения пациентов к происходящему. Признавая суицидальную опасность собственных действий, пациенты, тем ни менее, отрицали наличие суицидальной настроенности.

В нозологическом отношении в половине случаев этот тип суицида предпринимался пациентами с легкой умственной отсталостью, что объяснялось трудностью контролировать аффект с их стороны. Реже встречались суициденты с психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, проявлявшимися психопатоподобным поведением и дисфориями. Четвертая часть пациентов в этой группе страдали расстройствами личности возбудимого спектра. Следует заметить, что, несмотря на отсутствие суицидального

намерения и низкий риск повторных суицидов в ближайший постсуицидальный период, сохранялся риск аналогичных действий в дальнейшем.

Таким образом, особенностью аффективного типа суицидальной попытки были ее совершение на фоне аффективной вспышки, вызванной фрустрацией актуальной для пациента потребности. В структуре личности имели место торпидность мышления, склонность к накоплению аффекта с последующей разрядкой; формирование психологических защит по типу отреагирования вовне или замещения. В нозологическом отношении преобладали алкоголизм, расстройства личности возбудимого типа и умственная отсталость. Пресуицидальный период был коротким. Собственно суицидальный акт не планировался. Выбирался не летальный, но травматичный способ нанесения себе увечий. Постсуицидальный период характеризовался критикой к совершенному.

Больной Т., 1965 года рождения.

Родился в Москве первым ребенком в многодетной семье (всего детей было 5). Отец пациента страдал алкоголизмом. Суициды у близких родственников отрицает. Сведений о беременности и родах не имеет. Раннее развитие без особенностей, соответствовало возрастным нормам. Посещал детский сад. В школу пошел с 7 лет. Учился посредственно. Больше времени и внимания уделял занятиям спортом (бокс), где достиг определенных успехов (занимал призовые места в районных соревнованиях). Обстановку в родительской семье описывает как некомфортную, так как отец пил. Большую часть времени проводил на улице в асоциальных компаниях. Курить начал с 9 лет. Первая проба алкоголя в 12 лет. В подростковом возрасте эпизодически употреблял наркотические средства (курил марихуану), но бросил, так как “не понравилось”. После окончания 9 классов поступил в профессионально-техническое училище, закончил по специальности “газоэлектросварщик”. Места работы менял часто, так как “сложно сходилась с людьми”. Служил в армии во внутренних войсках. Был женат, от брака имеет дочь 16 лет. В настоящий момент в разводе. Причину развода объясняет своим несдержанным характером – “когда психую,

могу ударить, хотя сам потом переживаю”. Также утверждает, что подобные вспышки ярости усиливаются на фоне приема алкоголя. Проживает с матерью и двумя младшими братьями. Злоупотребляет алкоголем. Отношение с родственниками описывает как напряженные, так как “братья не работают, тратят деньги матери на алкоголь”.

Ранее у психиатров не наблюдался, антивитальные переживания отрицает. К самоубийству относится критически. Говорит, что склонен к дракам, насилию.

В день совершения суицидальной попытки с утра начал выпивать с друзьями, после чего вернулся домой и вступил в конфликт с братом. Брат был пьян, и выяснилось, что он украл пенсию матери и потратил ее на спиртное, хотя эти деньги рассчитывали потратить на ремонт. Брат, по словам пациента, вел себя крайне агрессивно, вызывая, оскорблял его, кинул в пациента чашкой. В этот момент, больше не имея возможности сдерживаться, пациент схватил лежащую на столе отвертку и бросился к нему. Из своей комнаты на крики выскочила мать и заслонила брата собой, после чего пациент нанес себе множественные колотые ранения в оба бедра. Затем почувствовал, что злость прошла, отбросил отвертку, перебинтовал ноги и вызвал Скорую медицинскую помощь. Был госпитализирован в травматологическое отделение. Проконсультирован психиатром и госпитализирован в психиатрическую клинику с диагнозом: “Расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа”.

В приведенном примере очевидно сочетание возбудимых черт личности со склонностью к ярким эмоциональным разрядам. Аффектогенная ситуация привела к появлению суицидальных намерений. Пресуицид короткий (в пределах получаса). Суицидальный акт яркий, brutalный травматичный, в присутствии других людей. Постсуицид протекал с критической оценкой поступка, отрицанием суицидальных намерений. Эти признаки позволили квалифицировать этот тип суицидальной попытки как аффективный.

4.6. Институциональный тип

При данном типе суицидальных попыток смерть выступает как нежелательное, но необходимое условие достижения целей, связанных с особенностями мировоззрения суицидента. Нами выделены 2 типа институционального суицида: идеологически-ориентированный и нравственно-ориентированный. В случае идеологически-ориентированного суицида его цель диктуется особенностями религиозных, мистических или политических взглядов суицидента. Основным мотивом попытки становится не сама смерть, а достижение надличностных, глобальных, часто психопатологических по своему происхождению целей. Например, таких как переселение в другой мир, наказание обидчика, приобретение паранормальных способностей, принесение себя в жертву в рамках какого-либо ритуала, и т.п. Смерть выступает как средство достижения указанных целей. В сфере потребностей наблюдается ослабление основных витальных и социальных побуждений. Антисуицидальные факторы не имеют на пациента субъективно значимого влияния.

Нравственно-ориентированный вариант институционального суицида совершается из чувства долга под воздействием особенностей ситуации. Таковы, например, суициды, совершаемые во время военных действий людьми, спасающими своих товарищей. Также сюда можно отнести самоубийства родителей ради спасения своих детей. Таких случаев мы не наблюдали, поэтому в дальнейшем рассматриваем только идеологически-ориентированный вариант.

Данный тип был выявлен всего у 4 человек (1,1% от общего количества суицидентов). Все они были мужчинами, однако в силу незначительного количества наблюдений, расценивать это как закономерность было бы некорректно. Троице пациентам было до 40 лет, одному – больше 70.

В досуицидальный период такие пациенты демонстрировали склонность к неадаптивным формам поведения

на фоне сниженных социальных потребностей. В большей степени они ориентировались на собственную интуицию, что делало их оторванными от реальностей окружающего мира. В ситуациях стресса у них возникало состояние растерянности. Психологические защиты формировались по типу ухода в мир мечты и фантазий. Важной особенностью в структуре личности были гипертрофированные религиозное или нравственное чувства (Рибо А., 2002), часто достигающие степени сверхценных идей.

Суициденты придерживались вероисповеданий, предполагающих и даже поощряющих правомочность самоубийства: нетрадиционные культы (секты), а также некоторые архаические культы. Так, в нашем исследовании у двух человек отмечались типичные для сектантства психологические особенности. Например, активно исповедовались идеи ухода от мира и отрицания обычных социальных ценностей. Еще один суицидент имел взгляды, опирающиеся на национальную религию. Суицидальная попытка диктовалась желанием отомстить обидчику через приобретение после смерти магической силы. Один пациент считал себя буддистом и совершил суицидальную попытку с целью ускорить процесс собственной реинкарнации.

Следует отметить, что интенсивность сверхценных установок может проявляться не только в религии. Они могут быть представлены “одержимостью” политическими и социальными идеями. Тогда самоубийство, совершаемое “во имя” исповедуемой идеи, также может расцениваться как идеологически-ориентированный институциональный суицид.

Подобные попытки могут предприниматься целыми группами лиц под воздействием значимого психического индуцирования. Поэтому именно в этом случае можно говорить о высоком риске расширенного суицида.

Следует заметить, что у всех суицидентов суицидальный конфликт был, тем не менее, обусловлен обыденными “житейскими” трудностями и проблемами. Это

позволяет предположить, что развитие религиозного мышления, его яркое и аффективное сопровождение было следствием своеобразного механизма ухода, бегства от реальных жизненных трудностей в воображаемый мир психопатологических построений, в которых суицидальная попытка явилась закономерным финалом.

Институциональный суицид носил подготовленный, хорошо продуманный и спланированный характер. Учитывая, что летальный исход был необходимым условием достижения цели, суицидальная попытка была заведомо летальной. Часто суицид носил ритуальный, обрядовый характер. Нередко в пресуицидальный период суициденты испытывали чувство эмоциональной приподнятости, воодушевление, в одном случае даже экстаз. Чувство страха было притуплено, оно подавлялось более сильными эмоциями, вызванными скорым “совершением важного поступка”.

Во всех случаях суицидентам оказывались реанимационные мероприятия. В дальнейшем они проходили длительный курс терапевтического лечения. Вследствие этого постсуицидальный период осложнялся сопутствующей соматической патологией, ухудшая психическое состояние пациента. В целом постсуицидальный период протекал неблагоприятно, сохранялся высокий риск повторных суицидальных действий.

В нозологическом отношении у 3 пациентов была диагностирована психозы, еще в одном случае – расстройство личности. Все пациенты отрицали суицидальные действия в прошлом.

Резюмируя можно выделить следующие особенности институционального типа суицидальной попытки: покушение выступает средством достижения глобальных, как правило, психопатологически обусловленных задач. В личностной сфере в досуицидальный период отмечаются гипертрофированное религиозное чувство, склонность к магифреническому мышлению; аутизация; социальная дезадаптация; формирование психологических за-

щит по типу ухода в мир мистических переживаний. В нозологическом отношении характерны шизофрения, шизотипическое расстройство и расстройство личности. Пресуицидальный период может быть как длительным, так и непродолжительным. Попытка тщательно планируется и готовится, носит ритуальный характер, отражая сверхценные представления пациента. Способ выбирается заведомо летальный, смерть не наступает лишь вследствие случайных вмешательств окружающих. В постсуицидальный период сохраняется высокий риск повторных суицидальных действий.

Больной Г., 1982 года рождения.

Родился в Москве, единственным ребенком в семье. Отец пациента страдает шизофренией. Дед со стороны отца покончил с собой в возрасте 78 лет. Беременность матери протекала нормально, роды в срок. Раннее развитие было ускоренным, очень рано начал говорить. Детский сад посещал, но с большими перерывами, так как рос слабым болезненным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Учился посредственно, так как “было не интересно”, увлекался только историей и географией. Проживал с матерью с 5 лет, так как брак родителей распался из-за болезни отца. До 5 лет отца помнит плохо, в дальнейшем отношения с ним не поддерживал. С матерью отношения хорошие, однако утверждает, что она часто “не понимала его”. В коллективе отличался замкнутостью, был робким и стеснительным. После школы хотел стать геологом, однако не поступил в институт. Потом не работал в течение 2 лет, жил на иждивении у матери, время проводил дома, много читал, преимущественно философскую и религиозную литературу, много времени проводил за компьютером, общаясь в форумах и на тематических сайтах. В армии не служил, так как был не годен по состоянию здоровья (сколиоз). Далее поступил на факультет психологии в один из московских институтов на заочное отделение. После окончания пытался устроиться на работу, но не смог найти вакантное место. В настоящий момент не работает, холост, отношения с женщинами эпизодические, кратковременные, создание собственной семьи пока не планирует. Проживает с матерью, отношения расценивает как напряженные. В течение

последних двух лет посещает религиозную секту, что и является поводом для конфликтов с матерью. После совершения суицидальной попытки и прохождения лечения в соматическом стационаре, был отправлен в психиатрическую больницу, где был поставлен диагноз: “Шизоидное расстройство личности. Индуцированное бредовое расстройство”.

Ранее у психиатров не наблюдался. Со слов пациента, до 25 лет суицидальных мыслей не было, однако на фоне активного изучения философской и религиозной литературы впервые появились мысли о “бессмысленности и бренности земного существования”. Тогда же стал активно изучать литературу по экстрасенсорике, фантазировал о приобретении паранормальных способностей. С этой целью проводил эксперименты над собой, пытаясь вызывать измененные состояния сознания – голодал по 3 дня, устраивал депривацию сна (до 36 часов), проводил эксперименты с гипервентиляцией, пытался медитировать. Наркотические средства для этих целей не употреблял, так как считал их вредными и не приводящими к необходимому результату. Много времени проводил, общаясь в интернете, на форумах с людьми, проводящими подобные “исследования”. 3 года назад узнал о существовании нетрадиционного религиозного культа в одном из подмосковных городов. Стал посещать их занятия, сначала проводя там выходные дни, а затем и целые недели. Со слов пациента, лидер секты утверждал, что обладает связью с внетелесными индийскими гуру. Основным направлением деятельности секты была подготовка к концу света, который должен произойти в течение грядущих 3 лет. Разумеется, утверждал лидер, все это будет сопряжено с такими трудностями и лишениями, как голод, болезни, необходимость тяжелого физического труда. Члены секты проводили активную работу, чтобы подготовиться к концу света. Они занимались строительством дома, заготавливали продукты питания, спички и при этом много медитировали. Со слов пациента, будучи членом этой организации, он обрел цель, смысл жизни и близких по духу людей. Главными постулатами секты были вера в бессмертие и переход после смерти на новый, лучший духовный уровень.

В течение полугода до совершения суицидальной попытки пациент много времени проводил в секте. Отношения с матерью ухудшались, так как пациент постоянно требовал денег

для строительства дома. На фоне переживаний обострились мысли и фантазии о переходе в иной мир. Это привело к формированию суицидального замысла. Решил, что уже сейчас сможет уйти в лучший мир и “там принести больше пользы”. В день совершения суицидальной попытки, оставшись один дома, попытался повеситься. Внезапно домой вернулась мать, и, обнаружив сына, вызвала Скорую медицинскую помощь. Был госпитализирован сначала в соматический, а затем в психиатрический стационар.

В данном случае можно констатировать наличие не-суицидального по своей сути намерения – желания перейти в иной мир, а не умереть, а также снижение в сфере основных потребностей и специфические особенности личности. Все это позволило квалифицировать данный тип суицидальной попытки как институциональный.

4.7. Резонансный тип

Главной особенностью резонансного типа суицидальных попыток является желание человека полностью идентифицироваться со своим кумиром, и в рамках этой идентификации умереть так же, как умер он. Каких-либо выраженных отклонений в сфере потребностей у таких лиц не наблюдается, присутствуют антисуицидальные факторы. Однако “влечение к кумиру” вытесняет в их сознании другие значимые сферы функционирования. Так, по нашему мнению, совершаются суицидальные эпидемии в юношеской среде. Например, многочисленные самоубийства, совершаемые после гибели популярных героев массовой культуры. К этой же категории мы относим и самоубийства, совершающиеся в религиозных сектах под воздействием сильного индуктора. В этом случае сам индуктор (лидер секты) совершает суицид по институциональному типу, а его последователи могут совершить как институциональный, так и резонансный суициды.

В нашем исследовании пациенты, совершившие резонансный суицид составили самую малочисленную

группу – 2 человека (0,5% всех случаев). Ими были девушки 18–19 лет. В клиническом отношении обеим девушкам было диагностировано расстройство личности по неустойчивому типу. В досуицидальный период они демонстрировали высокую потребность в любви и романтических отношениях, а также желание прожить собственную жизнь под влиянием более сильной доминирующей личности вплоть до полной идентификации с ней. Наиболее типичными для этих пациенток психологическими защитами были примитивная идеализация, интроекция и идентификация. В случае примитивной идеализации происходило неосознанное преувеличение силы и престижа другого человека. Именно по этому механизму появлялись кумиры. Склонность к интроекции определяла некритичное усвоение чужих убеждений и установок. При идентификации совершается бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку и недоступных, но желательных для себя. Имело место неосознаваемое следование идеалу, позволяющее преодолеть собственную слабость и чувство неполноценности. Благодаря идентификации достигалось символическое обладание желаемым, но недостижимым объектом, что затем ложилось в основу формирования суицидального поведения. В обеих семьях воспитание совершивших суицидальные попытки девушек проходило по типу Золушки, когда они испытывали недостаток материнской заботы и любви.

Пресуицидальный период был коротким (до одних суток). Суицидальные мысли возникали внезапно и были спровоцированы словами, действиями или поступками других людей. До этого момента пациентки отрицали антивитаальные переживания, хотя у них и отмечалась тенденция к романтизации смерти. Они сообщили о том, что время от времени представляли собственную смерть или похороны, но главным в этих фантазиях было не чувство обиды и наказания близких, как это бывает при ситуационном суициде. Основным и даже приятным было

представление о большом количестве друзей, родственников, одноклассников, которые соберутся на похороны. Одна из девушек, фантазировала, что про ее смерть напишут в газете. Это определенно указывает на высокую степень одиночества, испытываемого пациентками.

Суицидальная попытка не планировалась заранее, способ выбирался, исходя из особенностей смерти кумира, чаще аналогичный. Обе девушки оставили красноречивые предсмертные записки, в которых объясняли свой поступок и просили прощения у родителей. Суицид предпринимался в одиночестве, подготовка к суициду была скрытой. Со слов родителей (что, впрочем, подтвердили и сами пациентки), суициду не предшествовала депрессия или длительное снижение настроения, поэтому суицид был совершенно неожиданным и необъяснимым для окружающих. Психическое состояние в пресуицидальный период отличала двойственность: с одной стороны, пациентки сообщали о сильной душевной боли, связанной с потерей кумира, с другой – описывали определенное состояние приподнятости, предвосхищая скорое символическое объединение с ним. Следует сделать особый акцент на слове “символическое”, так как ни одна из пациенток не верила в загробный мир и не допускала реальной возможности встречи со своим кумиром. Эта важная особенность помогает отличить резонансный суицид от институционального. В качестве мотива суицидального поступка одна указала на неудачную любовь, другая – на потерю значимого другого.

Реанимационные мероприятия в обоих случаях не проводились. У одной из пациенток возникло критическое отношение к попытке, у другой – манипулятивное. В целом, постсуицидальный период протекал благоприятно. Риск повторных суицидальных действий был невысоким, так как совершенная суицидальная попытка привела к аффективной разрядке и рациональному осмыслению пациентками собственного поведения.

Таким образом, главной особенностью резонансного типа суицидальной попытки было желание суицидента

идентифицироваться с объектом собственной страсти. Имелись серьезные антисуицидальные факторы. В личностной сфере: высокая потребность в любви, желание быть ведомым сильной личностью с необходимостью как можно более полной идентификации с ней; склонность к формированию психологических защит по типам примитивной идеализации, интроекции, идентификации. Пресуицидальный период короткий. Способ суицида отражает особенности смерти объекта идентификации. В постсуицидальный период невысокий риск повторных суицидальных действий.

Большая С., 1989 года рождения.

Анамнез жизни: родилась в Москве вторым ребенком из трех. Со слов пациентки, у бабушки со стороны матери имели место депрессии. Беременность у матери протекала нормально, роды в срок. Раннее развитие девочки без особенностей, соответствовало возрастным нормам, посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, закончила 10 классов без троек. Обстановку в родительской семье описывает как комфортную. Отец много работал, мало бывал дома. Мать тоже работала, поэтому пациентка была вынуждена много помогать ей по хозяйству. Мать описывает как холодную, строгую, требовательную женщину. Пациентка тепло отзывалась о старшем брате, с которым в детстве были теплые отношения, была к нему очень привязана. Однако из-за большой разницы в возрасте (9 лет) виделась с ним редко и постоянно скучала. В школе больше интересовалась литературой, много читала, в основном классическую, романтическую литературу. Окончила музыкальную школу. С людьми сходилась тяжело, так как была очень застенчива. Однако с первого класса и до сих пор сохраняет близкие эмоциональные отношения с единственной подругой. После окончания школы поступила в педагогическое училище, где и учится в настоящее время. Учеба нравится. Проживает с родителями. Вредных привычек нет. В течение последних 2 лет увлекается популярным молодежным направлением “эмо”, разделяя их пессимистическую философию. Играет в рок-группе на синтезаторе.

Ранее психиатрами не наблюдалась. Антивитальные переживания отрицает, однако рассказывает о том, что в детстве,

когда старший брат, к которому была очень привязана, по долгу отсутствовал, очень переживала за него. Тогда впервые подумала о том, что если с ним что-то случится, то она дальше не сможет жить. Эти размышления не достигали степени суицидальных замыслов.

В возрасте 13 лет лучшая подруга пациентки решила покончить с собой из-за несчастной любви, и с суицидальной целью порезала себе вены. После этого в течение 3 дней находилась на стационарном лечении. Пациентка очень переживала за нее, боялась, что та умрет, представляла подробности совершения подругой суицидальной попытки. Вечером, закрывшись в ванной, “просто, чтобы понять, как это”, ножом нанесла царапины на левое предплечье. Стало очень больно, резать руку перестала. Рассказывает, что ярко представляла собственные похороны, казалось очень романтичным, что 2 подружки умерли вместе.

Сообщает, что в течение последних 2 лет играет в рок-группе, в лидера которой она влюблена. Однако о своих чувствах ему никогда не сообщала и надежды на взаимность не имела. За день до совершения суицидальной попытки этот молодой человек внезапно скончался по неустановленной причине (либо передозировка наркотиков, либо суицид). Сразу же внезапно решила, что “уйдет вместе с ним”. В день совершения суицида не пошла в училище, написала предсмертную записку, где просила прощения у родителей, и с суицидальной целью выпила 30 таблеток реланиума. Пациентку нашли родители, вызвали скорую помощь. Она была госпитализирована сначала в соматический, а затем в психиатрический стационар.

В приведенном примере ярко проявляются механизмы идентификации инфантильной незрелой личности, что нашло отражение в особенностях ее суицидального поведения. Это дало основания дифференцировать данную попытку как резонансный тип суицида.

4.8. Маскированный тип

Отличительной особенностью маскированного типа суицидального покушения является отсутствие осознанного суицидального намерения и его последующее

отрицание. При этом наблюдается снижение инстинкта самосохранения на фоне наличия фрустрированных потребностей и ослабления антисуицидальных факторов. Всего в нашем исследовании подобный тип суицидальных попыток установлен у 5,8% от общего количества суицидентов. Важно, что около половины из них были квалифицированы как условно психически здоровые. По нашему мнению, маскированный тип суицидального поведения представлен в популяции гораздо в большей степени, однако диагностика этих форм поведения как суицидальных крайне затруднена. В большинстве случаев они расцениваются как несчастный случай.

Среди лиц, совершивших маскированную суицидальную попытку, было 52,1% мужчин и 47,9% женщин. Представители возрастных групп “30–39” и “60–69” лет отсутствовали. По нашему мнению, эта особенность была случайной и объяснялась малым количеством наблюдений. Анализ социального статуса показал, что половина суицидентов была представлена пенсионерами и по 25% – безработными и студентами. 50% суицидентов не имели собственной семьи.

В досуицидальный период отмечалась склонность к алекситимии и, как следствие, к психосоматическим заболеваниям. Все пациенты с трудом вербализовали собственные ощущения, чувства и переживания. В ситуациях стресса наиболее характерными являлись психологические защиты по типам вытеснения и изоляции аффекта. Неприятная информация вытеснялась из сознания и легко забывалась. Однако негативный эмоциональный заряд продолжал “разрушительное” воздействие на психическую и соматическую сферы пациентов. У них имел место высокий уровень внутренней цензуры, не позволяющей “запретным” эмоциям и побуждениям подниматься на поверхность. Вытесненный эмоциональный фрагмент становился объектом сознания вторично в виде сновидений и непреднамеренных случайных действий,

что и ложилось впоследствии в основу формирования суицидального поведения.

Родительские семьи отличались достаточно строгим типом воспитания, с высокой степенью ориентации на социальные правила и нормы. В то же время в этих семьях не приветствовалось проявление ярких эмоций, которые необходимо было скрывать и не демонстрировать окружающим.

Так как маскированный суицид отличался отсутствием осознанной вовлеченности пациента в суицидальный акт, то описание субъективной картины пресуицидального периода было затруднено. Однако, как со слов самих пациентов, так и со слов ближайшего окружения, незадолго (от 1 до 3 месяцев) до “несчастливого случая” у пациентов отмечались депрессивные переживания разной степени тяжести. Другой особенностью пресуицидального периода было наличие объективной психотравмирующей ситуации, которую пациенты осознавали и оценивали как болезненную и бесперспективную. Разумеется, подготовка суицида отсутствовала. Психическое состояние незадолго до “несчастливого случая” пациенты описывали как тоску, тревогу, чувство бесперспективности. При обстоятельствах попытки всегда присутствовал элемент “вины” – забывание, игнорирование угрозы, умышленное несоблюдение техники безопасности и т.п.

Суицидальная попытка всегда выглядела как несчастный случай. Характерно, что и сами пациенты были убеждены в случайности произошедшего. Так, 3 человека “случайно” оставили включенным газ на ночь. Во всех случаях они находились дома одни. 1 пациент, находясь на садовом участке, ночью “по ошибке”, вместо заваренного настоя трав вышил жидкость для удобрения растений, другой – был сбит автомобилем при попытке перейти дорогу. 2 пациентов получили удар током во время ремонта электричества, не соблюдая технику безопасности. Еще 1, страдавший инсулинозависимым сахарным диабетом,

стал регулярно “забывать” делать себе инъекции. К летальному исходу все эти попытки не привели лишь вследствие вмешательства других людей.

По нашему мнению, маскированный суицид может принимать самые разнообразные формы, например, рискованное вождение автомобиля или управление им в состоянии алкогольного опьянения, занятие экстремальными видами спорта, передозировка лекарственных препаратов, игнорирование тяжелых соматических заболеваний и т.п. Эти реакции характеризуют большой пласт суицидального поведения, требующий более тщательного изучения.

Во всех случаях постсуицидальный период протекал с отрицанием суицидальной попытки. Однако пациенты признавали наличие у себя депрессивного или субдепрессивного фона; сообщали о воздействии тяжелых психотравмирующих ситуаций; не отрицали наличия антивитаальных переживаний и суицидальных мыслей, которые, однако, не достигали степени суицидальных замыслов. Риск повторных суицидальных действий был умеренным, но возрастал, если пациент оставался без психокоррекционной помощи.

В нозологическом отношении в половине случаев – 46,2% (мужчины – 33,3%; женщины – 57,1%) – был диагностирован депрессивный эпизод. Причем преимущественно он носил характер ларвированной (скрытой, соматизированной) депрессии.

Таким образом, особенностью маскированного типа суицидальной попытки было отсутствие осознанного суицидального намерения. Попытка бессознательно маскировалась под несчастный случай, который совершался на фоне выраженной фрустрации и ослабления действия антисуицидальных факторов. Период, предшествующий “несчастному случаю”, протекал на фоне депрессивных и субдепрессивных переживаний, сопровождался влиянием психотравмирующих ситуаций. Среди личностных особенностей отмечалась высокая склонность к реакциям

вытеснения, что проявлялось в алекситимии, склонности к соматическим заболеваниям, “ошибочным, “случайным” действиям. Постсуицидальный период протекал с отрицанием суицидальной попытки. Риск ее повторного совершения – умеренный.

Больная Т., 1958 года рождения.

Родилась в Москве, вторым ребенком в семье. Мать пациентки наблюдалась у психиатра по поводу депрессии, пыталась покончить с собой, когда дочери было 8 лет. Беременность матери протекала без особенностей, роды в срок, ранее развитие соответствовало возрастным нормам. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Училась посредственно, предпочитала точные науки. Себя характеризует спокойной, дисциплинированной, не склонной к лидерству, доброй. Обстановку в родительской семье описывает как некомфортную, отец был очень строгий и требовательный, бил мать и старшего брата. Мать была тихой, покладистой, тяжело переживала из-за сложного характера мужа, однако продолжала сохранять брак, так как считала, что сама не сможет материально обеспечить детей. Закончив 10 классов, пациентка поступила в технический институт, закончила его и с тех пор работает проектировщиком в строительно-монтажном управлении. В браке с 26 лет. От брака имеет сына 21 года. Отношение с мужем оценивает как крайне тяжелые, так как муж страдает алкоголизмом. Однако главная проблема пациентки – это сын, который страдает наркотической зависимостью с 16 лет. В анамнезе – бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, операции: холецистэктомия; удаление миомы матки. Вредных привычек нет.

Ранее психиатрами не наблюдалась. Когда пациентке было 8 лет, ее мать из-за конфликта с отцом совершила суицидальную попытку путем самоотравления: выпила нелетальную дозу снотворного на ночь. Утром отец не смог ее разбудить, вызвал скорую помощь, была госпитализирована в психиатрический стационар. Эта ситуация проходила на глазах у детей и произвела сильное впечатление на пациентку. В дальнейшем она часто задумывалась о том, что мать тогда могла умереть. Примерно с подросткового возраста ловила себя на мысли, что матери было бы лучше, если бы она тогда умерла, так как

мать была глубоко несчастна всю свою жизнь. Антивитальные переживания стали появляться 5 лет назад, когда сын стал употреблять наркотики. При этом резко ухудшилось собственное здоровье, обострились соматические заболевания. Муж продолжал пить. Когда становилось особенно тяжело, думала о том, что “ничего хорошего в жизни уже не будет”, размышляла “хватит ли у нее сил справиться со всеми испытаниями”. 3 года назад, во время операции, подумала о том, что под наркозом было бы хорошо умереть и больше ни о чем не беспокоиться. Однако мыслей о самоубийстве не возникало, так как считала, что без нее у сына никого не останется. Она единственный человек, который его кормит, содержит, пытается помочь избавиться от наркотической зависимости. За месяц до “несчастливого случая” сын перестал употреблять наркотики, пройдя дорогостоящий курс лечения. При этом он чувствовал себя нормально, пребывал в хорошем настроении. Пациентка решила, что “все плохое осталось позади”. Однако в день, когда произошел “несчастный случай”, узнала, что сын вновь вернулся к наркотикам. Проплакала весь день, так как “понимала, что сил больше нет”. Вечером, приготовив ужин, “случайно оставила включенным газ”, так как “была очень уставшей, разбитой, расстроенной” и легла спать. Соседка, почувствовав запах газа в 2 часа ночи, вызвала газовую службу, которая и обнаружила пациентку уже без сознания. После проведения необходимого лечения в соматическом стационаре была проконсультирована психиатром и направлена на лечение в психиатрический стационар. Пациентка категорически отрицает суицидальную попытку, утверждает, что “никогда не оставила бы сына одного”.

В приведенном примере прослеживается наличие суицидальных переживаний в досуицидальный период, имеет место суицидальный конфликт как повод для совершения суицида, неосознаваемые механизмы его совершения. Все это в совокупности с обстоятельствами “несчастливого случая” позволило диагностировать суицидальную попытку маскированного типа.

Сопоставление типов суицидальных попыток с клинической формой психической патологии показало, что

органические психические расстройства чаще встречались в группе суицидентов, совершивших витальный суицид. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, более характерны для лиц, совершивших суицидальную попытку аффективного и амбивалентного типов. Расстройства психотического спектра – витального и институционального типов. Аффективные (депрессивные) расстройства чаще всего встречались у пациентов с амбивалентным и маскированным типами суицидальной попытки, невротические расстройства – спонтанного типа. Расстройства личности оказались наиболее характерными для ситуационного и спонтанного типов суицидальной попытки. Причем в случае спонтанного суицида чаще диагностировалось расстройство возбудимого типа, а при ситуационном – истерического, эмоционально-неустойчивого и диссоциального. Умственная отсталость чаще встречалась в рамках аффективного типа суицидальной попытки.

Частотное распределение типов суицидального поведения в изучаемой группе суицидентов было представлено следующим образом: наиболее распространенными типами суицидальной попытки были амбивалентный – 33,9% и ситуационный – 32,5%. Достоверно реже выявляются витальный (12,6%) и спонтанный (10,1%). Примерно одинаково были представлены маскированный (5,8%) и аффективный (3,5%) типы. В единичных случаях были зарегистрированы институциональный (1,1%) и резонансный (0,5% случаев) типы суицидальной попытки.

Таким образом, мы рассмотрели 8 типов суицидальных попыток, базирующихся на ключевых параметрах мотива совершаемого поступка, изменениях в потребностно-мотивационной сфере личности и особенностях суицидогенеза. Общими для всех типов суицидальных попыток оказались такие социальные предпосылки, как отсутствие собственной семьи и профессиональная незанятость. Вместе с тем клинические и личностно-психологические предпосылки, а также особенности самого суицидального

поведения были различны, что и позволило провести определенные границы между ними.

В соответствии с результатами исследования определены взаимосвязи между типом суицидальной попытки и степенью риска повторных суицидальных действий (табл. 8).

Таблица 8

Оценка суицидального риска при различных типах суицидального поведения

Риск повторного суицида	Тип суицидальной попытки
Высокий	Витальный; институциональный
Умеренный	Амбивалентный; спонтанный; маскированный
Низкий	Аффективный; ситуационный; резонансный

Наиболее опасны витальный и институциональный типы, при которых риск повторных суицидальных действий можно квалифицировать как высокий. Умеренным риском обладают амбивалентный, спонтанный и маскированный типы. Наиболее благоприятными являются аффективный, ситуационный и резонансный типы, отличающиеся низким риском совершения повторных суицидальных действий. Полученные данные позволяют осуществлять дифференцированные подходы к реабилитации суицидентов и последующей профилактике у них повторных суицидальных действий.

Глава 5

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

5.1. Основные тенденции в профилактике суицидального поведения

Суицидологическая помощь является одним из самых трудоемких процессов во всей системе психологической, медицинской и социальной помощи населению (Enachescu C., Retezeanu A., 1992; Pallis D.J., 1996).

Прежде всего следует указать на трудности, которые существуют в суицидологической практике. Известно, что около 30% лиц, совершивших суицид или суицидальную попытку, в течение месяца до своего поступка обращались за медико-психологической или социальной помощью, хотя многие из них прямо не сообщали о своих намерениях (Williams J.M.G., Pollock L.R., 1993). Однако большинство авторов отмечают низкое выявление суицидальных тенденций, особенно врачами общей практики (Положий Б.С., 2012; Cattell H.R., 1988; и др.).

В рамках профилактического подхода принято выделять первичную, вторичную и третичную профилактику самоубийств. В.Ф. Войцех (2007), рассматривая все мероприятия по профилактике суицидов, подразделяет их на специализированные психиатрические (клинические), психологические – направленные на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов; общемедицинские – лечебные мероприятия, ориентированные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки; социальные, смыслом которых являются изменения социального статуса и социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов; информационно-обучающие – программы

для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, создание специальных программ для студентов медицинских вузов, врачей общей медицинской практики; информационно-корректирующие – направленные на формирование здорового образа жизни, недопустимости преждевременного ухода из жизни, информирование населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи, суицидологических центров.

Первичная профилактика суицидов, или превенция, направлена на предотвращение возникновения суицидального поведения как такового. По мнению D. Gunnell и G. Lewis (2005), мероприятия по первичной профилактике самоубийств должны концентрироваться на двух областях: предотвращении психических болезней, предшествующих самоубийству, и работе с такими специфическими факторами риска самоубийства, как влияние средств массовой информации и доступность средств совершения суицида.

В зарубежных странах суицидологическая служба представлена специализированными центрами профилактики суицидов, как Лос-Анджелесский Центр профилактики суицидов, организованный Э. Шнейдманом и Н. Фарбероу, или Центр предотвращения самоубийств в Японии. Другой моделью являются добровольные, часто религиозные организации. Антикризисную помощь оказывают также в больницах общего профиля, психиатрических клиниках, и т.п. Кроме того, существуют группы самопомощи для семей и друзей суицидентов (Lechleitner B., 1996).

В СССР в доперестроечный период система суицидологической помощи была основана на принципах интрамуральности по отношению к психиатрическому стационару (Лопатин А.А., 1998; Семке В.Я., 1999). Некоторые авторы негативно относятся к стационарному лечению больных с суицидальными проявлениями, высказывая мнение, что сама госпитализация в стационар может являться

суицидогенным фактором. Так, J. Paris (2004) отмечает, что при таком суицидоопасном психическом расстройстве, каким является пограничное расстройство личности, госпитализация пациентов не всегда способствует предотвращению у них самоубийства и даже, напротив, нередко может оказать суицидогенный эффект. В ряде публикаций анализируются случаи суицидов, совершенных сразу после выписки из психиатрического стационара. J. Meehan (2006), проанализировав 4859 случаев суицидов пациентов с психической патологией, установил что 23% из них были совершены в течение первых 3 месяцев после выписки из психиатрического стационара.

Собственно терапия суицидентов охватывает широкий круг вопросов помощи лицам, находящимся в пре- и постсуицидальном состоянии. Реабилитация строится на основании индивидуального клинικο-психологического статуса суицидента и включает не только медицинские, но и психологические, социальные, педагогические и другие формы воздействия. Большинство исследователей настаивают, что на первом этапе лечения прежде всего необходима адекватная медикаментозная терапия (Montgomery S.A., 1992; Krupinski M., Fischer A., Grohmann R. et al., 1998). В ближайший постреанимационный период, особенно после тяжелых интоксикаций, глубоких ранений с повреждением крупных сосудов, длительных асфиксий и т.п. обычно наблюдаются депрессии различной степени тяжести, астения, эмоциональная неустойчивость. Подобная симптоматика купируется комбинацией антидепрессивных препаратов с транквилизаторами или нейролептиками, выбор и доза которых зависят от преобладания аффективных, невротических или поведенческих нарушений (Coppin A. et al., 1991). G. Ott и J. Demling (1988) считают, что от 10 до 20% суицидальных попыток являются проявлением психических переживаний, в значительной степени поддающихся целенаправленной медикаментозной терапии. В этой связи авторы дают конкретные рекомендации относительно медикаментоз-

ного лечения таких больных в амбулаторных условиях. J.J. Mann (1987) большое значение в профилактике суицидального поведения психически больных придает медикаментозной коррекции серотонинергической активности мозга. Наиболее эффективным с этой точки зрения автор считает антидепрессанты из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. В целом ряде публикаций сообщается о превентивном эффекте препаратов лития при биполярном аффективном расстройстве, при этом отмечается, что данный эффект, по-видимому, не зависит от стабилизирующих настроение и профилактических свойств лития (Izometsa E. et al., 1992).

В отдельных случаях биологическая терапия необходима для коррекции аффективных расстройств в отдаленный постсуицидальный период. Однако ее применение бывает не всегда успешным из-за наличия побочных эффектов и индивидуальной непереносимости, поэтому в последнее время появляются немедикаментозные методы лечения депрессивных состояний. Сроки лечения и пребывания больных в стационаре в основном зависят от примененного способа попытки самоубийства и развития или отсутствия соматических осложнений. При этом особая роль отводится микросоциальному окружению, а именно, профессионализму персонала клиник (Пырков П.П., 1995).

Учитывая, что суицид – это прежде всего наличие внутриличностных конфликтов, то доминирующим методом коррекции суицидального поведения является психотерапия (Старшенбаум Г.В., 1991–2005). При выборе психотерапевтической тактики рекомендуется ориентироваться на особенности как клинического, так и личностного статуса суицидентов, используя “биопсихосоциально-духовную модель” психотерапии.

Все современные виды психотерапевтической помощи делятся на 2 большие группы: симптоматические и каузальные. Если цель первых – облегчить состояние больного, не вскрывая при этом первопричины наруше-

ния, то каузальная, или этиопатогенетическая психотерапия, основана на выявлении причин, приведших к появлению суицидальной симптоматики и нахождении путей преодоления этой проблемы. В суицидологии применяются оба этих подхода. Одним из важнейших разделов отечественной каузальной психотерапии является аксиопсихотерапия, основанная на углубленном анализе фактов, вызывающих и поддерживающих у суицидента мысли и тенденции к самоубийству. В сфере “значимого” выделяют 4 основные категории: индивидуальные потребности, ценности, значения и интериоризованные нормы. В зависимости от того, в сфере какой категории идет нарушение, и проводится психотерапия. На этом этапе происходит перестройка “отношений личности” с использованием таких методов, как ценностная переориентация, переакцентировка, или переключение, инженерия и девальюция (Гилинский Я.И., Юнацкевич П.И., 1999). Имеются данные о достаточно эффективной работе с пациентами методом терапии творческим самовыражением, разработанным отечественными психотерапевтами (Бурно М.Е., 1989; Васильев В.В., 2001). Указанный метод рассчитан на активную созидательную перестройку взаимоотношений и поведения. Некоторые авторы указывают на использование таких методов, как суггестия и обучение активной и пассивной мышечной релаксации (Исаев Д.С., 2000). Отдельная роль в диагностике, превенции и терапии суицидального поведения отводится типологии личности с целью помочь в самоопределении и выборе правильного жизненного пути.

Большинство авторов выделяют общие принципы психотерапии суицидентов. Это – ее раннее начало, непрерывность, последующий переход на амбулаторные формы, индивидуальность подбора психотерапевтических методик, комплексность (Анискин Д.Б., 1997; Кокорина Н.П. и др., 1997).

Существуют определенные правила консультирования лиц, у которых выявлены суицидальные тенденции.

С такими клиентами нужно чаще встречаться, обращать их внимание на позитивные моменты жизни, проявлять бдительность (Кочунас Р., 2000; Менингер К., 2000; Шнейдман Э, 2001).

Ряд исследователей указывает на преимущества групповой психотерапии, которая помогает человеку справиться с проблемой, учитывая и опираясь на опыт его товарищей. Членов группы ориентируют на активную позицию, повышение “поисковой активности” и уровня социализации (Кондаков В.С., Кошутина Е.И., Соколов О.А., 2000). Оптимальное количество членов группы 8–10 человек. После выписки из стационара желательно, чтобы пациент имел возможность посещать амбулаторные занятия, что создает необходимый в данном случае “эффект присутствия”. В результате психотерапевтических сеансов повышается самооценка больного, вырабатываются стойкие жизненные позиции.

Также следует отметить, что в психотерапии суицидального поведения одну из ведущих ролей должна играть семейная психотерапия, так как большинство пациентов находятся на поздних стадиях семейного конфликта. S.A. Barrero (2008) указывает на важность работы с семьей для предотвращения возможного самоубийства кого-то из ее членов. Э. Гроллман (2001) в своей работе дает ряд практических рекомендаций семье и друзьям потенциального суицидента по оказанию ему психологической помощи. Таким образом, семья способна оказать активную психоэмоциональную поддержку человеку с суицидальным поведением. Непосредственная психотерапия зачастую необходима и самим членам семьи, а также ближайшему окружению лица, отмечающего суицидальное поведение. Здесь необходимы меры экстренной профилактики, так как еще одной целью в данном случае является предупреждение возникновения “эпидемий”, особенно в подростковой и детской среде (Лопатин А.А., 1998). Целью семейной терапии является осознание членами семьи своих неадаптивных устано-

вок с последующей их коррекцией. Особое значение в практике психотерапии суицидального поведения следует отвести терапии семей, в которых уже имело место суицидальное поведение члена семьи. В этой ситуации необходимо работать с чувствами стыда, вины, страха, гнева, отрицания, которые, как правило, возникают у близких родственников.

Отдельно следует остановиться на этнокультуральной психотерапии, основная цель которой – разработка превентивных программ с учетом этнокультурального фактора. Этот вид психотерапии подразумевает интегративное понимание основ культуры, религии, мифологии и традиций в психическом состоянии человека (Положий Б.С., 2006).

Большое место в профилактике попыток самоубийства занимает телефонная психотерапия (Meyer D.J., Simon R.I., 2004). Авторы выделяют ее следующие виды: проблемная, неотложная, долгосрочная, поддерживающая. При этом подчеркивается, что телефонная терапия, действующая круглосуточно, является наиболее адекватной формой оказания неотложной помощи при ситуационных кризисах. При этом лица с острыми суицидоопасными реакциями составляют 13–18% всех первично обратившихся в телефонную службу (Амбрумова А.Г., Полев А.М., 1988). Необходимо внедрять и более современные средства коммуникации. Так, перспективным направлением является консультирование с помощью интернета (Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Калмыкова Ю.А., 2012).

Особую роль должна играть профилактика суицидальной активности населения. Отдельные авторы указывают на эффективность ограничения доступа к средствам совершения суицида (Chuang H.L., Huang W.C., 2004). В частности, M. Nordentoft (2007) сообщает о существенном снижении частоты суицидов в Дании, особенно среди женщин, после принятия мер по ограничению доступа к барбитуратам, а также по снижению содержания оки-

си углерода в автомобильном выхлопе и бытовом газе. T. Reisch и K. Michel (2005) приводят данные о существенном уменьшении числа самоубийств посредством падения с высоты в Берне после установки защитных ограждений в местах частого совершения суицидов.

Многие авторы подчеркивают важность повышения уровня просвещенности населения в отношении проявлений психических расстройств и методов помощи при них, а также психологической помощи людям, способным совершить суицид (Cross W. et al., 2007). Проведение психопрофилактической и психокоррекционной работы актуально не только со взрослыми, но и с людьми молодого возраста. Особое внимание следует обращать на выявление факторов риска суицидальной активности и прогнозирование возможности суицида.

В отдельных публикациях подчеркивается роль социальных служб в профилактике суицидов. Так, L. Farand (2004), отмечая, что по крайней мере треть всех случаев подростковых самоубийств в канадской провинции Квебек совершается подростками, находящимися под наблюдением органов охраны детства и правоохранительных органов по работе с подростками, полагает, что именно им принадлежит важная роль в предотвращении подростковых самоубийств. С этой целью данные органы должны пересмотреть стратегии своей работы с учетом ее суицидопревентивной направленности. Y. Motohashi и соавт. (2007) сообщают о снижении частоты суицидов с 70,8 до 34,1 на 100 000 населения в 6 городах Японии за 6 лет в ходе проведения комплексной социальной программы по их профилактике в населении, включавшей в себя пропаганду здорового образа жизни, повышение общественного сознания в области суицидологической превенции и создание сети общественной поддержки для пожилых людей.

Таким образом, несмотря на довольно значительное число исследований, посвященных проблемам суицида, имеющиеся сведения остаются противоречивыми и дис-

куссионными, касаются преимущественно отдельных аспектов проблемы, не рассматривая ее комплексно и многосторонне; в недостаточной степени затрагивают вопросы организации суицидологической помощи. Все это определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения проблемы суицидального поведения и разработки методов повышения эффективности его профилактики.

Необходимо указать на значительные трудности, существующие в практической деятельности по предупреждению самоубийств в современной России. Существующие суицидологические службы имеют разную ведомственную подчиненность, используют в своей деятельности различные (зачастую устаревшие и малоэффективные) методы и формы работы. Кадровый состав многих служб не позволяет решать современные задачи по оказанию суицидологической помощи. В частности, в ряде регионов она оказывается только психологами, причем не имеющими специальной подготовки по суицидологии, в других отсутствуют врачи, не говоря уже о врачах-психиатрах, прошедших специализацию по суицидологии. В ряде регионов суицидологическая помощь перекладывается на плечи общественных, молодежных, и других организаций. Наконец, существуют регионы, в которых суицидологические службы вообще отсутствуют.

Следует заметить, что даже относительно неплохо функционирующие службы практически не занимаются профилактической и реабилитационной работой. Нуждается в серьезном реформировании организационная система регистрации завершенных суицидов. Необходимо создание продуманной системы учета покушений на самоубийство. Остается нерешенным вопрос о специализированном лечении и дальнейшей реабилитации суицидентов, страдающих психическими заболеваниями. Чаще всего эти обязанности возлагаются на участкового врача-психиатра, однако в курировании таких пациентов имеется определенная специфика, учет

которой необходим в целях предупреждения последующих суицидальных действий. Все эти факты свидетельствуют о необходимости разработки новых организационных подходов к предупреждению суицидального поведения.

Учитывая вышеизложенное, были разработаны основные направления дифференцированной профилактики суицидального поведения. При их создании мы опирались на современную концепцию медицинской профилактики Всемирной организации здравоохранения, выделяющую 3 формы – универсальную, селективную и индикативную. С учетом динамики и клинических проявлений суицидального процесса выделено 4 формы профилактики суицидального поведения: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

5.2. Универсальная профилактика

Универсальная профилактика направлена на изначальное предупреждение возникновения суицидального поведения. Она ориентирована на общую популяцию, включающую все возрастные группы, и носит медико-социальный характер. Целью универсальной профилактики является предупреждение первичного возникновения суицидального поведения путем воздействия на основные “мишени” риска его развития. К ним относятся:

- недооценка (родителями и даже врачами) роли биологических (наследственных) факторов предрасположенности к развитию суицидального поведения. Согласно современным представлениям, риск суицидального поведения значительно выше у лиц с наследственной предрасположенностью к его возникновению;
- отсутствие психолого-психиатрического компонента диспансеризации детей и подростков. Следствие этого – низкий уровень выявления психических расстройств в данной возрастной группе населения, что

в последующем приводит не только к утяжелению психического заболевания, но и к формированию в его рамках суицидального поведения;

- патологическое воспитание в родительской семье. По данным литературы и наших собственных исследований, порядка 90% лиц с различными формами суицидального поведения получили в своих родительских семьях различные варианты патологического воспитания (гипоопека, гиперопека, безнадзорность, Золушка, кумир семьи, и др.);
- отсутствие умения конструктивно решать проблемы и совладать со стрессом;
- индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации (СМИ);
- отсутствие у населения минимально необходимых знаний о причинах, факторах риска, поведенческих проявлениях суицидального поведения, необходимых мерах в отношении лиц с суицидальным поведением;
- наличие психологического барьера перед обращением в психиатрические службы, вследствие чего остается крайне низким раннее выявление психических расстройств, в особенности депрессий, ведущих к возникновению суицидального поведения.

Исходя из вышеизложенного, мы выделили следующие формы универсальной профилактики суицидального поведения:

- активное дифференцированное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения суицидального поведения (в том числе наследственных, психопатологических, личностно-психологических); существования защитных (антисуицидальных) факторов, поведенческих проявлений суицидального поведения, телефонов служб экстренной медико-психологической помо-

пци, преодоления психологического барьера перед обращением в психиатрические службы;

- проведение дифференцированных образовательных программ для различных групп населения, акцентированных на признаках суицидоопасных состояний. В первую очередь это касается учащихся школ, средних и высших учебных заведений, педагогов, воспитателей детских учреждений, лиц, чья профессиональная деятельность связана с риском для здоровья и жизни;
- формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни у лиц различного возраста.

Универсальная профилактика суицидального поведения предполагает прежде всего активное и регулярное сотрудничество специалистов в области психического здоровья со всеми средствами массовой информации (телевидение, радио, Интернет, печатные издания). В работе со СМИ следует учитывать, что неправильно представленная информация о самоубийствах и суицидальных попытках может спровоцировать своеобразные “эпидемии” суицидов в определенных группах населения (Berman A., 1997; Вассерман Д., 2005). Подобные акты или попытки самоуничтожения называются кластерными (Gould M.S., 1990) и являются наиболее типичными для подростков (так называемый “синдром юного Вертера”). Исходя из этого, при освещении самоубийств средствами массовой информации необходимо избегать сенсационности в изложении материала, придания суициду некоего романтического либо героического оттенка, нельзя публиковать фотографии суицидента, указывать подробности суицидального акта. Вместе с тем желательно указывать на существование других (конструктивных) возможностей выхода из любой критической ситуации, подчеркивать негативную роль злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами в формировании суицидального поведения. В сообщениях обязательно должна

содержаться информация о доступных источниках помощи людям с признаками суицидальной настроенности.

Кроме работы со средствами массовой информации необходимо активное внедрение образовательных программ. Нарастающие темпы роста научно-технического прогресса, а также трансформация социокультурального мировоззрения предъявляют более высокие требования к адаптивным возможностям личности. Поэтому особую актуальность приобретают меры по предупреждению кризисных состояний, связанных с социально-психологической дезадаптацией личности.

Отдельная социальная проблема – растущий уровень самоубийств среди детей и подростков. Возрастной период до 21 года является своеобразным “кризисом развития”, когда на фоне физического, личностного и социального становления происходит заострение черт личности, что в свою очередь повышает риск социальной дезадаптации. Педагогам, психологам, социальным работникам необходимо понимать их сущность с целью последующего использования в педагогической и коррекционной деятельности. Кроме того, необходимо проведение просветительной работы с родителями, направленной на предупреждение невротизации ребенка, что является профилактикой развития суицидальных тенденций. В связи с этим профилактика суицидоопасных кризисных состояний требует комплексного многостороннего подхода. Форма проведения данной работы включает в себя лекции, семинары, тренинги, игровые группы. Указанные особенности рекомендуется внедрять в школах, детских садах, кабинетах психологической помощи и т.п.

Еще одно направление профилактической деятельности – проведение санитарно-просветительной работы в отношении предупреждения суицидов в медицинских лечебно-профилактических учреждениях. Здесь следует особо сказать о женских консультациях и детских поликлиниках, в которых должна проводиться работа по формированию представлений о гармоничном вос-

питании детей, начиная с их дошкольного возраста, и суицидальном риске патологических типов воспитания в родительской семье.

5.3. Селективная профилактика

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи ориентированной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска, и оказание им адекватной профилактической помощи, с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития суицидального процесса. Основными задачами селективной профилактики являются:

- раннее выявление лиц с наличием биологических, личностно-психологических и клинических (психические расстройства) детерминантов суицидального поведения (группы риска суицидального поведения);
- первичная диагностика суицидоопасных состояний в общей медицинской сети;
- обеспечение лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

В решении первых двух задач особая роль отводится врачам общей практики, поскольку именно к ним изначально обращается большинство лиц с повышенным суицидальным риском. Итогом такой работы должно быть направление пациента с риском развития суицидального поведения для последующего наблюдения и оказания квалифицированной профилактической помощи в суицидологическую или (в случае ее отсутствия) психиатрическую службу.

Зачастую в первичную медицинскую сеть обращаются пациенты на разных стадиях уже начавшегося суицидального процесса. В таких случаях необходима уже иная тактика обследования больного, которую врачи общей практики, как правило, не знают. Для облегчения этой

задачи был разработан алгоритм выявления суицидо-опасного состояния в условиях первичной медицинской сети, включающий в себя несколько этапов.

Первым из них является выяснение жалоб пациента. Собеседование следует начинать с общих вопросов. Например, попросить рассказать о себе, своих делах, а затем уже постепенно перейти к непосредственному выяснению жалоб. Это дает возможность “разговорить” пациента, создать условия для его большей открытости и откровенности, предоставить ему возможность описать свое состояние в форме рассказа или монолога. Наиболее типичными жалобами лиц с суицидальной настроенностью являются:

- утрата положительных эмоций (ангедония), которая является одним из самых первых и наиболее значимых признаков досуицидального периода. Пациент жалуется на то, что “все, что раньше радовало, приносило удовольствие и удовлетворение, перестало таковым быть. Пропал интерес к любимым делам и занятиям, не хочется общаться с друзьями и родственниками, не интересуют и даже раздражают интересная прежде работа. Перестал куда-либо ходить, хоть в гости, хоть на концерт или в кино, смотреть телевизор. Любая еда стала безвкусной, пропал аппетит. Исчезло желание выпить, а если такое и происходит, то алкоголь не оказывает эйфорического воздействия. Снизилось половое влечение”;
- в более тяжелых случаях пациент акцентирует внимание на снижении настроения. Предъявляются жалобы на стойкое ухудшение настроения, появление чувства тоски, иногда, носящей физический характер (“словно камень на сердце”), колебания настроения с его ухудшением в утренние часы и некоторым улучшением к вечеру, трудное засыпание и раннее (на 2 и более часов раньше обычного) просыпание, сонливость в дневное время, снижение

работоспособности, утомляемость, рассеянность внимания, затруднения при решении обычных профессиональных и бытовых задач, снижение аппетита и либидо. Перечисленные жалобы характеризуют проявления депрессивного синдрома, в подавляющем большинстве случаев предшествующего возникновению суицидального поведения;

- в пресуицидальный период появляются уже суицидально ориентированные депрессивные жалобы. К ним относятся: низкая самооценка, когда свое прошлое, настоящее и будущее пациент воспринимает как череду неудач, в которых виноват только он сам. При этом доминирующими в его высказываниях становятся чувства вины и ответственности за все неудачи в его жизни и жизни близких ему людей. Наконец, возможны и непосредственные высказывания пациента о смерти вообще, а также о собственной смерти, в том числе и посредством самоубийства. На более ранних стадиях суицидального процесса пациент говорит об этом с некоторой долей условности: “Если бы не дети (работа, жена, внуки и проч.), то убил бы себя”. На более поздних стадиях – “Мой уход из жизни всем во благо: и мне, и другим людям”;
- в ряде случаев пациенты с риском суицидального поведения предъявляют жалобы исключительно соматического характера. Сниженное настроение вербализуется ими через те или иные соматические нарушения: запоры или поносы, сухость во рту, сердцебиение, учащение пульса, головные боли, неприятные или болевые ощущения в различных органах, головокружение, отсутствие аппетита и т.д. Надо иметь в виду, что, с одной стороны, в рамках депрессии могут возникать реальные соматические симптомы; с другой – существует такая разновидность депрессии, как маскированная (ларвированная), клиника которой проявляется исключительно

соматоипохондрической симптоматикой. Помочь разобраться в этом вопросе может отсутствие объективных причин для возникновения предъявляемых больным жалоб, а также их “тусклость”, многочисленность, нереальность сочетаний;

- более простыми для выявления суицидоопасных состояний случаями являются такие, когда к врачу на прием попадает психически больной с ярко выраженной психотической симптоматикой. Например, больной с императивными галлюцинациями, утверждающий, что “голоса приказывают ему убить себя, выпрыгнуть из окна, и т.п.”

Следующим этапом является объективная клиническая оценка поведения пациента. В первую очередь необходимо обратить внимание на его внешний вид. С учетом разных вариантов депрессивного синдрома он может быть различным. Для классической (тоскливой) депрессии характерны неуверенная походка, понурая осанка, замедленность движений, заторможенный взгляд, бедная мимика, печальное или скорбное выражение лица. При тревожной депрессии движения пациента порывисты и суетливы, взгляд беспокойный. Поза носит напряженный характер. Лицо имеет однообразное тревожно-загнанное выражение. Такие больные не могут долго сидеть на одном месте, встают, делают несколько шагов, снова садятся. Обращаются к врачу с различными просьбами, сбивчиво и эмоционально излагают свои жалобы. При апатической депрессии отмечаются замедленные движения, вялая поза, тусклый взгляд, безрадостное выражение лица.

Далее следует целенаправленный опрос пациента. Он является важным звеном диагностического процесса, направленным на уточнение характера жалоб больного и выявление патогномоничных для суицидального поведения признаков. Сбор суицидологического анамнеза направлен на выяснение следующих вопросов:

- наличие суицидальных попыток в прошлом и их характеристики;
- продолжительность нынешних суицидальных мыслей и степень возможности их контролирования;
- наличие текущих утрат, особенно смерти или суицидов, в социальном окружении пациента;
- наличие намерений, указывающих на существование суицидального плана;
- выявление фактов завершения дел, подготовки завещания, логически необъяснимых фактов дарения имущества и т.п.;
- степень изолированности от социального окружения;
- наличие суицидов у родственников пациента;
- наличие психического заболевания, госпитализаций в психиатрический стационар;
- наличие хронического физического заболевания, особенно с хроническим болевым синдромом;
- наличие зависимости от психоактивных веществ (особенно от алкоголя).

Присутствие 3 и более из перечисленных факторов представляет умеренный или высокий риск суицида.

Дополнительно к этому в ходе собеседования с пациентом следует обратить особое внимание на наличие и выраженность у него лингвистических индикаторов суицидального поведения. К ним относятся:

- прямые высказывания, а также оговорки или незавершенные мысли, отражающие суицидальные тенденции;
- выраженный эгоцентризм в восприятии реальности;
- наличие множества глаголов директивного характера в контексте суицидальных высказываний;
- ослабление или выпадение лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления;

- наличие паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонаций и т.д.

Базируясь на полученных в результате обследования результатах, врач первичной медицинской сети должен принять клинически обоснованное решение по виду и форме дальнейшей специализированной помощи пациенту с суицидальным поведением. Существует 2 основных варианта:

1) В случае начальных проявлений суицидального поведения, при отсутствии (на момент обследования) риска реализации суицидальных намерений и совершения суицидальных действий пациент должен быть направлен на консультацию в суицидологическую (психиатрическую) службу. При этом обязательным условием является ее оперативное информирование с указанием всех необходимых паспортных данных пациента. Тогда в случае его неявки специалисты суицидологической службы обязаны в кратчайшие сроки посетить его на дому. При отсутствии суицидологической службы или ее амбулаторного звена пациент должен быть направлен в психоневрологический диспансер, куда также передается вся необходимая информация.

2) В случае наличия высокой степени риска реализации суицидальных намерений и совершения суицидальных действий, пациент должен быть экстренно госпитализирован по Скорой помощи в стационарное отделение суицидологической службы или в психиатрический стационар.

Следует подчеркнуть, что вышеперечисленное исчерпывает компетенцию врача общей медицинской сети в отношении лиц с суицидальным поведением или риском его развития. Таким образом, функции врача общей медицинской практики (в том числе и невролога) должны ограничиваться ранним выявлением лиц, подлежащих включению в группу суицидального риска или

оказанию специализированной помощи, и их направлением к специалистам – суицидологам или психиатрам. Дальнейшее расширение компетенции врачей первичной медицинской сети нецелесообразно и даже опасно для пациентов, поскольку оказание специализированной суицидологической помощи требует соответствующей профессиональной (психиатрической и суицидологической) подготовки.

В отношении лиц, входящих в группы риска суицидального поведения, специалисты амбулаторного звена суицидологических (психиатрических) служб должны проводить следующие профилактические мероприятия:

- профилактическое наблюдение лиц с суицидально отягощенной наследственностью;
- психологическая коррекция суицидоопасных черт личности, обучение конструктивным методам совладания со стрессом (копинг-стратегиям), психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением пациента;
- динамическое наблюдение и адекватное лечение психического заболевания (при его наличии).

5.4. Антикризисная профилактика

Антикризисная профилактика осуществляется в пре-суицидальный и ближайший постсуицидальный период суицидального процесса. Ее задачами являются:

- предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий) в пресуицидальный период;
- купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенное самоубийство, в ближайший постсуицидальный период.

Терапевтические мероприятия в этот период проводятся в условиях стационара и предусматривают постоянное наблюдение за пациентом. Осуществляют антикризисную

профилактику врачи-психиатры и психотерапевты, имеющие специальную подготовку в области суицидологии.

Целью антикризисной профилактики в пресуицидальный период является предупреждение реализации суицидальных намерений через преодоление суицидальной настроенности пациента. Показанием для проведения коррекционных мероприятий является наличие анти-витальных переживаний и суицидальных намерений. При выявлении психического заболевания необходимо проведение интенсивной психофармакотерапии в соответствии с имеющейся клинической симптоматикой.

При отсутствии противопоказаний целесообразно присоединение психотерапии. На ее первом этапе важно получить представление об отношениях пациента со значимыми людьми; постараться выяснить, что было подлинной причиной стресса и что его спровоцировало. Уже само разъяснение пациентам обстоятельств их жизни благоприятно сказывается на состоянии большинства из них. Следует внимательно рассмотреть способы, какими пациент в прошлом пытался преодолеть кризисные ситуации, выявить его ресурсы, то есть успешные в прошлом попытки преодоления стресса. Пациент должен понимать, что ему следует делать, и что он в состоянии исполнить. Такой психотерапевтический процесс соответствует стратегии “малых шагов”. Следующим этапом является рационально-дидактическая терапия, базирующаяся на представлении информации об общей природе стрессовых реакций, их роли в развитии суицидального поведения, а также на коррекции наиболее часто встречающихся ошибочных представлений по этой проблеме. Задача психотерапевтического воздействия на данном этапе заключается также в разрешении внутриличностных и микросоциальных конфликтов, имеющих место у всех пациентов с суицидальной настроенностью. Такой подход формирует стабильный базис для осознанного столкновения с конфликтами прошлого, способствует осознанию пациентом собственных переживаний и вытесняемых

комплексов, а, следовательно, приводит к ослаблению или исчезновению суицидальной настроенности и предупреждению перехода процесса на стадию суицидальных действий. На завершающем этапе психотерапевтического вмешательства рекомендуются закрепление и отработка полученных навыков, проецирование саногенных форм поведения на ситуации, возникающие в микросоциальном окружении.

Необходимо помнить о высоком суицидальном риске у пациентов в период заключительной фазы пресуицидального периода, поэтому переход на амбулаторные формы терапии возможен только при достижении стойкой дезактуализации суицидальных намерений.

Основная задача антикризисной профилактики в ближайший постсуицидальный период заключается в купировании суицидальных намерений и коррекции эмоциональных нарушений у лиц, совершивших покушение на самоубийство. Начинать ее проведение следует сразу же после купирования угрожающих жизни медицинских последствий суицида. В ходе настоящего исследования была разработана программа, включающая комплекс медикаментозных и психотерапевтических воздействий в постсуицидальный период. Этот комплекс базируется как на общих подходах к терапии суицидального процесса, так и учитывает индивидуальные характеристики пациентов и тип их суицидального поведения.

Медикаментозная (психофармакологическая) терапия в большинстве случаев должна начинаться уже в травматологических или реанимационных отделениях учреждений общемедицинской сети, куда поступают суициденты с тяжелыми физическими последствиями совершенной суицидальной попытки. Таким образом, психофармакотерапию можно начинать сразу же после купирования острых соматических нарушений. При этом надо иметь в виду, что психотропные средства назначаются с целью терапии психического расстройства, обусловившего возникновение суицидального поведения.

Согласно нашему опыту, наиболее эффективными средствами являются 4 группы препаратов:

- антидепрессанты, среди которых наиболее предпочтительны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). При этом терапия антидепрессантами должна проводиться в течение 4–6 месяцев пациентам с первым эпизодом депрессивного расстройства; 18–24 месяца – лицам, перенесшим второй эпизод; и более длительный период в качестве поддерживающей терапии лицам, перенесшим 3 и более эпизодов;
- транквилизаторы;
- нормотимики;
- нейролептики.

Выбор препаратов для конкретного суицидента обосновывается его психическим и соматическим состоянием, возрастом, а также особенностями совершенной попытки. В первые дни после совершенного покушения для снятия аффективного напряжения, упорядочения поведения, купирования активных суицидальных намерений можно применять небольшие дозы транквилизаторов-анксиолитиков или нейролептиков. Развившаяся астеническая симптоматика требует присоединения лекарственных средств общебиологического действия, оказывающих активирующее влияние на обменные и восстановительные процессы (витаминотерапия, АТФ, церебролизин, алоэ, ретаболил, и т.д.), а также ноотропы (пирацетам, ноотропил, энцефабол, пиридитол, и др.). Для снятия вегетативных расстройств используются малые дозы транквилизаторов. Препараты с выраженным стимулирующим действием, даже при депрессивных состояниях с психомоторной заторможенностью, должны применяться с осторожностью, так как они могут привести к усилению тревоги и активизации аутоагрессивных тенденций. Особого внимания заслуживает медикаментозное лечение пациентов, имеющих в анамнезе попытки

самоотравления лекарственными препаратами. В этих случаях применение психофармакотерапии в ближайший постсуицидальный период зачастую затруднительно. Кроме того, недопустимым является применение с лечебной целью лекарственных средств, которые были использованы пациентом с суицидальной целью.

Психофармакологическое лечение осуществляется и с учетом выделенных нами типов суицидальных попыток. Так, при амбивалентном типе предпочтение отдается антидепрессантам, воздействующим на депрессию с учетом ее клинической характеристики. При тревожно-тоскливом варианте – это сочетание средних доз антидепрессантов и транквилизаторов. При астенодепрессивном – комбинация антидепрессантов и транквилизаторов со стимулирующим эффектом. В случаях ситуационного суицида с ведущим астенодепрессивным синдромом назначаются небольшие дозы антидепрессантов в сочетании с препаратами, нормализующими поведение, или транквилизаторами с седативным компонентом. Антидепрессанты используются и при спонтанном суициде с целью коррекции ситуационной депрессивной реакции. При аффективном типе суицида наиболее эффективным является сочетанное применение транквилизаторов и корректоров поведения. В случаях витального, институционального и резонансного суицидов назначают небольшие дозы мягких нейролептиков, воздействующих на когнитивную, волевую и эмоциональную сферы. При маскированном суициде следует проводить лечение ларвированной депрессии сочетанием антидепрессантов и транквилизаторов.

Основной акцент в комплексе антикризисной терапии ставится на применение дифференцированных психотерапевтических программ. Их основные задачи:

- 1) углубление самопознания пациентом особенностей собственной личности, причин внутриличностного и микросоциального конфликтов;

- 2) развитие новых эффективных навыков общения и поведения в социуме, а также навыков саморегуляции;
- 3) определение антисуицидальных факторов, т.е. факторов, способных удерживать от суицидальных действий в дальнейшем.

Противопоказаниями для проведения психотерапии служат расстройства с психотической симптоматикой (вплоть до их стойкого купирования), а также умственная отсталость и деменция – состояния, при которых пациент утрачивает способность к правильной и адекватной оценке окружающего мира и собственной личности. В большинстве случаев время интенсивной психотерапии составляет 1–1,5 месяца. Занятия проводятся 2 раза в неделю. Форма проводимой психотерапии индивидуальная. Используемые нами психотерапевтические воздействия можно было условно разделить на 2 этапа: начальный и основной.

Главной задачей начального этапа является установление устойчивых психотерапевтических отношений и терапевтического контакта. Психотерапевтическая беседа основывается на доминировании гуманистических принципов и предполагает конгруэнтность и проявление эмпатии. Формируются рабочие отношения, вызывающие у пациента доверие и чувство безопасности, проявляются сочувствие, готовность откликнуться на его актуальное состояние. Основной психотерапевтической процедурой на этой стадии становится активное слушание с отражением чувств и содержания рассказа пациента. Мы старались соблюдать определенную осторожность в стимулировании отреагирования чрезмерных аффективных реакций, поэтому такую методику, как “молчание”, мы избегали. Следует указать, что имеется ряд трудностей, учет которых необходим при работе с пациентами, совершившими суицидальную попытку. Например, повод для совершения суицидальных действий часто не соответствуют реальному мотиву психотравмирующей

ситуации. Суицид нередко совершается по механизму последней капли, и далеко не всегда он совпадает с реальным суицидальным конфликтом. Поэтому необходима глубокая аналитическая работа по идентификации и обозначению реальных внутриличностных проблем, приведших к срыву адаптационных механизмов. Также следует учитывать трудности, связанные со спецификой ближайшего постсуицидального периода. Многие пациенты отказываются от сотрудничества, замыкаются в себе, просят “оставить их в покое”. В таком случае необходимы значительные усилия, чтобы вызвать их доверие, создать эмпатическое взаимодействие. Нередко для этого предпринимается несколько попыток к сближению с пациентом. На первоначальном этапе работы необходимо установление доверительного контакта, выяснение причин суицидальной настроенности, проведение психодиагностических мероприятий, получение согласия и формирование мотивации на участие в дальнейшей лечебной работе. Следует иметь в виду, что состояние пациента нередко осложняется соматическими последствиями предпринятой суицидальной попытки. Поэтому уже при первичной беседе необходимо создать у пациента позитивную мотивацию на преодоление нежелательных последствий осложнений.

Далее проводится основной психотерапевтический комплекс, учитывающий как общие принципы, так и индивидуальные особенности суицидального поведения. Среди общих принципов можно выделить выработку у пациента нового оптимистического мировоззрения, проработку позитивных моделей будущего, а также способов и путей их достижения. Для решения этих задач целесообразна работа с “временной линией” пациента, так как достаточно часто суицидальная попытка совершается в результате оценки им своего будущего как бесперспективного и мрачного.

В некоторых случаях “временная линия” пациента относительно его будущего вообще отсутствует. Такое

состояние служит серьезным фактором суицидального риска и требует обязательной проработки. Для этого нами применяется техника работы с формированием “побуждающего будущего”. На начальном этапе необходимо помочь пациенту спланировать конкретные и достижимые цели на ближайшее и отдаленное будущее. После того как цели определены, нужно чтобы пациент выбрал для себя методы их достижения. Без проработки этого этапа большинству пациентов достаточно сложно перейти к следующему – практической реализации поставленных задач. Необходимо также помочь пациенту осознать реальные саногенные ресурсы своей жизни, используя которые он сможет добиться положительного результата.

Еще одним важным составляющим звеном, актуальным при всех формах суицидального поведения, является психотерапевтическая работа с психологическими защитами. Известно, что эти механизмы в определенной степени способствуют стабилизации Я пациента, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения. В системе адаптивных реакций личности суицидентов механизмы психологических защит тесно связаны с механизмами совладания (копинг-поведения). Цель его коррекции – приобретение психического равновесия, эффективного приспособления к жизни, оптимальной адаптации.

Таким образом, наиболее продуктивны в психотерапевтическом отношении – активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде; проблемный анализ суицидального конфликта и его последствий, разумная степень игнорирования конфликта, терпеливость, сохранение самообладания и эмоциональная разрядка.

В зависимости от типа суицидального поведения применяются специальные психотерапевтические подходы, базирующиеся на выявленных особенностях суицидального процесса. При этом используется интегративный подход. Так, при витальном и амбивалентном типе суицидов ядром кризисного состояния является так называемый

экзистенциальный вакуум, проявляющийся в ощущении пустоты и бессмысленности существования. Именно он не позволяет пациентам достойно противостоять жизненным трудностям. В силу этого наиболее эффективными оказались экзистенциально-гуманистические формы психотерапии, основная цель которых состоит в обретении смысла существования, доступном каждому нормальному человеку. При этом подчеркивается, что смысл существования всегда индивидуален, и каждый человек должен найти его сам, не уходя от ответственности за осмысление своей жизни перед собой или другими в любых жизненных обстоятельствах.

В исследовании мы использовали технику логотерапии, разработанную В. Франклом (1961), которая помогала пациенту справиться с рефлексией – постоянной концентрацией внимания на собственной персоне. Происходило переключение внимания с внутренних переживаний на реальную действительность, активное сотрудничество, практическую помощь другим. Чем больше человек выходил из пассивного переживания своих проблем и переключался на активную полезную деятельность, тем более полноценным и психологически адекватным он становился. С логотерапией перекликается применяемый метод психотерапии мирозерцанием В. Марциновского (1913). В этом случае в процессе психотерапевтического воздействия, наполненного живыми беседами с врачом, происходит стремление к конечной цели – “созданию личности сильной, внутренне свободной и независимой от своей участи”, “личности, преисполненной высоких и чистых идеалов и нравственных требований”. Пациент поднимается в душе над своей “обиженной маленькой личностью” и начинает воспринимать себя как частицу превосходящего нас целого – своей семьи, своего народа, человечества, всего живого. Таким образом, пациент побуждается к идеалистическому, иной раз религиозному мироощущению, что помогает сформировать действенные антисуицидальные факто-

ры. Значительный вклад в поиск новых смыслов своего существования вносит и использовавшаяся в работе с пациентами психотерапия творческим самовыражением (Бурно М.Е., 1995). Ее основной лечебный механизм заключается в том, что пациент, переживая в творчестве свои духовные особенности, как бы возвращается из душевной неопределенности, аморфности, беспомощности к себе самому, своему Я.

При ситуационном типе суицидального поведения акцент ставится на улучшение понимания пациентом самого себя, своих побуждений, а также на улучшение качества межличностных отношений. В таких случаях оптимальны психотерапевтические направления, подробно описывающие типологические особенности личности и микросоциальных контактов. В частности, мы использовали элементы транзактного анализа (Берн Э., 1995). В ходе проведения этого вида психотерапии происходит анализ фиксированных экзистенциальных позиций – основных представлений человека о себе и своем месте в обществе и окружающем мире; структурный анализ, исследующий составные части личности и их взаимодействие, как осознаваемое, так и бессознательное; анализ взаимодействий, посвященный вариантам межличностного общения; анализ психологических игр, определяющий особые варианты межличностного и внутриличностного взаимодействия; анализ неосознаваемых планов в жизни или жизненных сценариев. Конечной целью психотерапии является принятие ответственности, овладение собой, достижение автономии, отказ от неуместного “здесь и теперь” поведения, самостоятельное определение своей судьбы. В ходе терапии происходит коррекция основной жизненной установки пациентов как совокупности базовых представлений о себе, значимых других, окружающем мире, и дающих основания для главных решений и поведения. Анализ структуры личности суицидентов демонстрирует гипертрофированное развитие так называемого “внутреннего ребенка” при

недостаточном развитии “взрослого”. Эта особенность определяет повышенную эмоциональность, инфантильность, беспомощность, склонность к автоматическому бездумному реагированию, что проявляется в суицидальном поведении. Соответственно психотерапия направляется на развитие “взрослой” части в структуре личности, что повышает степень ответственности человека перед собой и другими людьми. Также проводится подробный анализ жизненного сценария и ролевых игр, характерных для пациента. Нередко покушение на самоубийство (у многих – повторное) при ситуационном суициде носило манипулятивный характер, когда пациент стремился извлечь так называемые “вторичные выгоды” из своего поведения. Исходя из этого, особое внимание уделялось коррекции этих установок.

При лечении спонтанного и аффективного типов суицидального поведения акцент ставится на задачах научения пациентов самостоятельному распознаванию спонтанных эмоциональных импульсов и управлению их проявлениями. Предпочтение отдается суггестивным методам психотерапии, а также обучению методам самовнушения. Введение пациента в гипнотическое состояние позволяет повысить действенность лечебного внушения и, тем самым, добиться необходимого психотерапевтического эффекта. Выбор методики гипнотизации является произвольным, однако мы использовали метод эриксоновского гипноза, предложенный М. Эриксоном (1995). Предпочтение этому методу отдавалось в силу его “мягкости”, что было более адекватным при работе с суицидальными больными. Важное преимущество этого метода состоит в возможности пациента активно участвовать в процессе гипнотизации, что, помимо основного лечебного эффекта, позволяет получить информацию для дальнейшей аналитической работы. Важным было и то, что этот метод гипнотизации не провоцирует уязвимые черты личности пациента, что выгодно отличает его от классического (директивного) гипноза, использо-

вание которого нельзя признать целесообразным для коррекции суицидальных состояний. При эриксоновском гипнозе формулы внушения ненавязчиво “вплетались” в основную “паутину слов”, и у пациента создавалось ощущение непосредственного участия в процессе лечения. Активизировались потенциальные возможности и способности личности, расширялись резервы ее адаптации, появлялась реальная возможность скорейшего купирования острых эмоциональных состояний, отсутствовали осложнения гипнотизации. Длительность гипнотических сеансов составляла 30–45 минут. Важно отметить, что при проведении эриксоновской терапии использовались и методики нейролингвистического направления (Бендлер Р., Гриндер Д., 2008), позволявшие пациенту получить доступ к своим внутренним ресурсам и сформировать новые саногенные механизмы реагирования.

Для пациентов, совершивших попытку суицида спонтанного и аффективного типов, также эффективно обучение методикам самовнушения, которые могут быть использованы ими самостоятельно в дальнейшей жизни. В таких случаях пациентов обучают регистрировать объективные признаки эмоций через наблюдение за напряжением и расслаблением соответствующих групп мышц. Достижимое снижение нервно-мышечного напряжения позволяет им самостоятельно регулировать свое эмоциональное состояние.

При проведении психотерапии у лиц с институциональным и резонансным типами суицидального поведения основным является разрушение ложной психопатологической конструкции. Предпочтение следует отдать рациональной психотерапии. В процессе ее проведения используются законы логического мышления, с помощью которых проводится критический разбор ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины его неправильного поведения, показывается зависимость между неверным пониманием причин болезни и ее динамикой. Таким образом, действующими факторами

являются логическая аргументация, разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция личности, дидактические и риторические приемы. При институциональном суициде психотерапия протекает с планомерным убеждением пациента в ошибочной трактовке актуальных вопросов, связанных с его убеждениями. Следует указать, что лечебный эффект при проведении этой терапии наступает относительно медленно. Важная особенность резонансного типа суицида состоит в сложности, возникающей у пациента в процессе самоидентификации, четком ощущении своих психологических границ. Зачастую причины этих нарушений уходят корнями в раннее детство пациентов. Работа с ними строилась на основе принципов психодинамики, позволяющей глубоко и полно проанализировать особенности раннего детского развития и сформировать новые саногенные формы поведения.

При проведении психотерапии лиц, совершивших маскированный суицид, основной целью было установление продуктивного контакта между сознательным и бессознательным пациента, достижение возможности осознанного понимания им собственных подсознательных импульсов и побуждений. В отношении таких пациентов возможно применение разных психологических методик, однако все они требуют длительной психотерапевтической работы, что в большинстве случаев невозможно. Наиболее приемлем метод катативно-имажинативной психотерапии или символдрамы (Агеенкова Е.К., Василец Т.Б., Винов И.Е., 2001). В ходе работы с пациентом происходит активация его бессознательного путем фантазирования, представления образов как спонтанных, так и предлагаемых (луг, текущий ручей, гора, дом, опушка леса, пещера, и т.п.). Такое разворачивание грез наяву и их дальнейшая творческая проработка способствуют прояснению эмоций, “проживанию” негативных аффектов, регрессии к фазам основных нарушений в раннем возрасте. Все это формирует относительно стабильный базис для осознанного

столкновения с конфликтами прошлого и настоящего, способствует осознанию пациентом собственных внутриличностных конфликтов и вытесняемых комплексов.

5.5. Индикативная профилактика

Индикативная профилактика начинается в отдаленный постсуицидальный период и продолжается не менее 1 года. Ее целью является предупреждение рецидивов суицидального поведения и повторных суицидальных действий.

К основным задачам индикативной профилактики относятся:

- динамическое наблюдение и лечение суицидента по поводу психического заболевания (в случае его наличия);
- укрепление антисуицидального барьера личности суицидента;
- психокоррекционная работа с его ближайшим микросоциальным окружением.

Учитывая, что более 90% лиц, совершивших покушение на самоубийство, страдают теми или иными психическими расстройствами, сыгравшими важную роль в развитии у них суицидального поведения, первичная задача индикативной профилактики состоит в обеспечении суицидентам адекватной психиатрической помощи. Для лиц с психотическими и хроническими формами психических заболеваний (шизофренией, эпилепсией, рекуррентным и биполярным депрессивными расстройствами и др.) это предусматривает динамическое наблюдение и амбулаторное (а при наличии показаний, и стационарное) лечение в условиях региональной психиатрической службы. При этом особое внимание следует уделять психопатологической симптоматике, предшествовавшей возникновению суицидального поведения у пациента, а также иной потенциально суицидоопасной симптоматике.

Для суицидентов с непсихотическими формами психической патологии необходимо консультативное наблюдение в амбулаторном звене суицидологической службы или (при ее отсутствии) – в психоневрологическом диспансере. В первый месяц после выписки из стационара целесообразно еженедельное посещение пациентом суицидолога, далее – ежемесячное; через 1 год с момента покушения можно решать вопрос о необходимости и характере дальнейшего консультативного наблюдения. В этот период контролируется степень суицидального риска, уточняется первоначальный диагноз. Важным при работе с суицидентами на этапе консультативного наблюдения является формирование у них так называемого эффекта “присутствия суицидолога”, когда пациент знает о службе суицидологической помощи и имеет возможность обратиться в нее при ухудшении психического состояния. При этом необходимо отметить, что даже при наличии хорошо функционирующей системы суицидологической помощи необходимы ее взаимодействие и преемственность в работе с психиатрической службой.

Другая важнейшая задача индикативной профилактики – укрепление антисуицидального барьера личности суицидента. Она предполагает продолжение и углубление начатых в ближайший постсуицидальный период психотерапевтических мероприятий, направленных на тренинг конструктивных способов адаптации, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции неадаптивных установок, достижение стойкого критического отношения к суицидальным формам реагирования, мобилизацию психологических защит.

Третья задача – психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением суицидента – направлена на выработку у родных и близких адекватного отношения к случившемуся, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия суицидента.

Основным направлением такой психокоррекционной работы является сфера межличностных взаимоотношений в семьях суицидентов. Согласно современным представлениям (Фарберов Н., 1961; Шнейдман Э., 2001; и др.), семья может выступать и как травмирующий, и как поддерживающий фактор при развитии суицидального процесса.

В нашем исследовании общение с членами семей было предпринято у 316 суицидентов. Прежде всего удалось установить, что в большинстве своем родственники не могут своевременно идентифицировать суицидальное поведение у своего близкого. Так, в 68% всех случаев предпринятый суицидальный эксцесс был для них абсолютно неожиданным, даже если пациент тем или иным способом сообщал о своих намерениях. Особенно часто это наблюдалось в семьях пациентов, совершивших спонтанный суицид. В случае ситуационного суицида родственники, как правило, говорили о том, что попросту не придавали значения угрозам и жалобам пациента. Родственники лиц, совершивших покушения институциональным, резонансным и маскированным типами, утверждали, что, по их мнению, попытка суицида осуществлялась на фоне относительного психологического благополучия будущего суицидента. Таким образом, при работе в семьях суицидентов необходимо в первую очередь проводить с родственниками разъяснительную работу о признаках и проявлениях суицидального поведения.

Другой важной особенностью членов семей суицидентов оказалось выраженное чувство вины перед ними, о котором сообщили 73% опрошенных, поэтому при проведении работы в таких семьях было необходимо снять с них ответственность за произошедшее. Достаточно часто (21% случаев) родственники испытывали чувство гнева по отношению к суициденту, осуждая его за совершенную попытку. Наиболее часто это было при совершении их близким аффективного и ситуационного типов суицида. В таких случаях родственникам разъяснялись необходи-

мость оказания суициденту психологической поддержки, информируя их, что суицидальный поступок – это не результат слабости или плохого поведения, а следствие серьезных психологических нарушений или психического расстройства.

Достоверно реже (6% семей) члены семьи испытывали по отношению к суициденту безразличие. Чаще всего это наблюдалось в семьях лиц, совершивших суициды витальным и амбивалентным типами. Как правило, в этих семьях пациент был изолирован, чувствуя при этом свое одиночество. В таких семьях было наиболее сложно проводить психокоррекционную работу и оказывать минимальную степень поддержки пациенту.

Условно выделены 3 варианта коррекции внутрисемейных отношений:

- 1) суицидент является супругом (супругой);
- 2) суицидент является ребенком (находится в детском или подростковом возрасте);
- 3) суицидент является родителем.

Согласно этой схеме были разработаны дифференцированные программы коррекции семейных отношений.

1. Суицидент – супруг (супруга)

Именно при этом варианте наблюдалось максимальное количество межличностных проблем. Нашей задачей было разъяснение всех вопросов, возникающих у родственников и в первую очередь – у супруга(и) суицидента, а также формированию у них адекватного отношения к нему.

Это достигалось следующими приемами:

- проведением бесед с мужем (женой) суицидента в форме вопрос – ответ. Особый акцент ставился на проявлениях депрессивных и иных суицидоопасных состояний, необходимости корректности и осторожности в общении со своим близким, настороженности в отношении совершения им повторных суици-

дальних действий. При этом родственникам разъяснялись, что лица с суицидальным поведением склонны диссимулировать свое состояние, поэтому важно уметь вовремя распознать ухудшение их психического состояния;

- проведением семейной психотерапии с целью улучшения психологического микроклимата в семье и формирования в ней гармоничных взаимоотношений.

2. Суицидент – ребенок

Родителям ребенка, совершившего суицидальные действия, сообщали основные особенности суицидального поведения у детей и подростков. При этом акцентировали внимание на необходимости найти адекватный уровень заботы о ребенке, не трансформируя ее в гиперопеку.

При данном варианте коррекция семейных отношений включала в себя:

- разъяснение родителям ребенка, совершившего суицидальную попытку, особенностей развития и проявлений его суицидального поведения;
- требование отказаться от поиска “виновных” в случившемся;
- возложение на родителей обязанностей контроля за регулярным и своевременным посещением ребенком суицидолога, соблюдением им рекомендованного режима дня, приемом лекарственных препаратов (в случае их назначения);
- проведение семейной психотерапии, направленной на гармонизацию взаимоотношений между всеми членами семьи (отцом, матерью, братьями, сестрами и др.).

3. Суицидент – родитель

Особенность психокоррекции семейных взаимоотношений при данном варианте состояла в формировании

у родственников суицидента понимания того, что в течение некоторого периода времени им будет затруднительно в полной мере исполнять свои родительские обязанности.

Основным методом было проведение семейной психотерапии, направленной на адекватное восприятие психического состояния своего отца (матери) взрослыми детьми и доступное – детьми младшего и подросткового возраста. Другим аспектом стало обучение взрослых детей суицидента навыкам распознавания у него ухудшения состояния и появления признаков суицидального риска, а также мерам экстренной помощи.

Длительность общения представителя суицидологической службы с семьей могла быть различной: от единичной консультации до долговременного контакта. К участию в мероприятиях по индикативной профилактике суицидального поведения при необходимости привлекали социальных работников для решения профессиональных проблем суицидента, а также организовывали юридические консультации, как для самого пациента, так для его родственников.

5.6. Организационные формы профилактики

Наш опыт свидетельствует, что наиболее адекватной организационной формой для решения задач дифференцированной профилактики суицидального поведения могут быть специализированные Кабинеты (отделения) профилактики суицидов. Они должны входить в структуру существующей психиатрической службы, а размещаться вне ее стен – либо автономно, либо на базе крупного многопрофильного общемедицинского стационара или больницы скорой медицинской помощи. Была разработана действующая организационная модель такого суицидологического подразделения.

Задачи его деятельности следующие:

1. *Профилактика первичных суицидальных действий*, включающая консультирование лиц с началь-

ными проявлениями суицидального поведения из числа как самостоятельно обратившихся за помощью, так и находящихся на стационарном лечении. По результатам консультаций проводятся необходимые диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, включая психотерапевтические сессии. Другим направлением деятельности является работа с врачами-психиатрами стационара, а также с врачами общей практики территориальных общемедицинских учреждений, в задачи которой входит повышение уровня их знаний в области суицидологии и получение практических навыков оценки факторов суицидального риска.

2. Профилактика повторных суицидальных действий. Это – динамическое наблюдение и лечение пациентов, совершивших суицидальные действия. В процессе наблюдения корректируется первоначальный диагноз, контролируется степень суицидального риска, начинается реализация первого этапа индикативной профилактики.

3. Информирование населения об особенностях и проявлениях суицидального поведения. В рамках этой задачи проводятся беседы с родственниками суицидентов, лекции в производственных и учебных коллективах, выступления в средствах массовой информации.

Внедрение программ дифференцированной профилактики суицидального поведения позволило определить обязанности врача Кабинета профилактики суицидов:

- консультирование амбулаторных пациентов с признаками суицидального поведения (как лиц, направленных врачами медицинских учреждений, так и лиц, самостоятельно обратившихся в Кабинет);
- консультирование лиц, госпитализированных по поводу суицидальной попытки; представление лечащему врачу стационара рекомендаций по терапии пациентов в ближайший постсуицидальный период;

- консультирование находящихся на стационарном лечении больных с психическими расстройствами и риском совершения суицидальных действий; представление лечащему врачу стационара рекомендаций по предупреждению суицидальных действий;
- запись в историю болезни (амбулаторную карту) результатов обследования, включая оценку степени суицидального риска и рекомендуемые терапевтические и профилактические мероприятия;
- проведение (с учетом клинических показаний) психо- и фармакотерапии пациентам с суицидальным поведением;
- участие в работе врачебно-экспертных комиссий стационара по поводу решения вопросов о выписке пациентов, совершивших суицидальные попытки, или с иными проявлениями суицидального поведения.

По результатам работы Кабинета были разработаны программы дифференцированной профилактики суицидального поведения в условиях общемедицинской сети и специализированных (суицидологических, психиатрических, медико-психологических) служб.

Таким образом, разработанная система дифференцированной профилактики суицидального поведения позволила создать программы, направленные на комплексное воздействие на суицидальный процесс. Следует отметить, что превенция, интервенция и поственция суицидальных действий носят комплексный характер и включают в себя работу как стационарных, так и амбулаторных звеньев медицинской сети. На разных этапах профилактики происходит привлечение различных специалистов – врачей-суицидологов, психиатров и психотерапевтов, врачей общей практики, медицинских психологов, социальных работников, юристов. Реализация такого многоуровневого дифференцированного подхода позволит существенно повысить эффективность предупреждения суицидального поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный взгляд на проблему суицидального поведения как на процесс, включающий в себя последовательно развертывающиеся периоды: досуицидальный, пресуицидальный, реализации суицидального замысла и постсуицидальный, позволил не только расширить научные взгляды на его природу, но и разработать новые профилактические возможности в суицидологии.

Проведенные нами исследования позволили выделить 3 группы детерминантов суицидального поведения. Первая группа (детерминанты I ранга) включает в себя *основные* факторы возникновения суицидального процесса. К ним относятся:

- биологические факторы – наследственная отягощенность по психическим заболеваниям (особенно по депрессивным расстройствам) и суицидам;
- клинические факторы – наличие психических заболеваний, среди которых наиболее наиболее суицидоопасны депрессивные расстройства, шизофрения и расстройства личности; низкий уровень выявления психических расстройств в населении; наличие нарушений развития в детском возрасте (преимущественно в форме патологических привычных действий, невроза страха и энуреза); злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков, наличие хронических соматических заболеваний (особенно сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем). Психопатологические факторы, в частности, такие как тяжелые депрессии различного генеза, бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения, императивные галлюцинации суицидального содержания, изменения личности при шизофрении, декомпенсации личностных расстройств, алкогольная или наркотическая абстинен-

ция и т.д., отражают суицидальную направленность болезненных переживаний пациента;

- личностно-психологические факторы – аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс, отсутствие или недостаточная приоритетность высших личностных потребностей, эгоцентризм, импульсивность, ригидность поведенческих стереотипов, высокий уровень тревожности; избегающие формы поведения.

Детерминанты II ранга обозначены нами как *способствующие* возникновению суицидального процесса. В эту группу вошли:

- этнокультуральные факторы, характеризующиеся наличием культурально обусловленных представлений о допустимости совершения самоубийства, исторически сложившейся толерантностью этноса к такой форме поведения, отсутствием антисуицидальных установок;
- социальные факторы, включающие в себя макросоциальные (социальное неблагополучие в обществе, финансовые и экономические кризисы, утрату или угрозу утраты работы, тяжелое материальное положение, а также профессиональную занятость в частном предпринимательстве, торговле и финансовой сфере; вынужденные смены места работы) и микросоциальные (патологическое воспитание в родительской семье, конфликтные отношения в собственной семье, отсутствие или утрату собственной семьи, одиночество, бездетность, узость или утрату социальных контактов) факторы.

Детерминанты III ранга – *реализующие*. Сюда относятся факторы, вызывающие осуществление суицидальных намерений и совершение суицидальных действий. Зачастую они неверно оцениваются в качестве основной и единственной причины суицида. Как правило, эти факторы представлены стрессами личной жизни – психо-

травмирующими и личностно значимыми для суицидента ситуациями, переводящими суицидальный процесс на стадию суицидальных действий. Данные факторы могут быть как объективно (смерть близкого человека, неизлечимое заболевание, те или иные катастрофические ситуации), так и субъективно тяжелыми, т.е. неадекватными с позиций стороннего человека, но личностно глубоко значимыми для суицидента.

Также основываясь на полученных в ходе исследования клинических, клинико-динамических, клинико-социальных и клинико-психологических данных была предпринята попытка выделить типы суицидального поведения с учетом наличия и взаимодействия следующих параметров: нарушения в сфере потребностей личности; наличие и выраженность антисуицидальных факторов; характер психопатологической симптоматики; обстоятельства совершения суицидальной попытки. На основе этих параметров была разработана клинико-психологическая типология суицидальных попыток, включающая в себя их *витальный, ситуационный, амбивалентный, спонтанный, аффективный, институциональный, резонансный и маскированный* типы. Для каждого из них была разработана адекватная их проявлениям психотерапевтическая программа. При *витальном* и *амбивалентном* типах суицидальных попыток ядром кризисного состояния является так называемый, экзистенциальный вакуум, характеризующийся ощущениями пустоты, и бессмысленности существования. В силу этого наиболее эффективными оказались экзистенциально-гуманистические формы психотерапии. При *ситуационном* типе суицидальное поведение всегда было спроецировано на окружающих суицидента людей. Акцент проводимой терапии ставился на улучшение понимания пациентом самого себя, своих побуждений и на улучшение качества межличностных отношений. При *спонтанном* и *аффективном* типов суицидальных попыток осуществляемые действия были результатом

необходимости моментального удовлетворения при снятии напряжения на фоне отсутствия этапа планирования суицидальных действий. В данных случаях при проведении психотерапии первостепенной была задача научить пациентов самостоятельно распознавать спонтанные эмоциональные импульсы, а также управлять их проявлениями. При совершении *институционального* и *резонансного* типов суицидальных попыток основным было построение суицидентом ложной доказательной конструкции. Наиболее эффективной у таких пациентов оказалась рациональная психотерапия. Особенностью совершения суицидальной попытки *маскированного* типа было отсутствие осознанного суицидального намерения. Попытка бессознательно маскировалась под несчастный случай, который совершался на фоне выраженной фрустрации и ослабления действия анти-суицидальных факторов. При проведении психотерапии целью было установление продуктивного контакта между сознательным и бессознательным пациента, дающее ему возможность осознанно понимать собственные под-сознательные импульсы и побуждения. Таким образом, подробное изучение каждого из типов суицидального поведения позволило разработать дифференцированные программы психотерапии и психопрофилактики, а также успешнее оценивать факторы дальнейшего суицидального риска.

Знание детерминантов суицидального поведения и их роли в динамике суицидального процесса позволило разработать дифференцированный подход к профилактике самоубийств и создать модели дифференцированной профилактики. С этой целью выделено 4 уровня превенции суицидов: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

Универсальная профилактика направлена на из-начальное предупреждение суицидального поведения. Она ориентирована на общую популяцию, включающую все возрастные группы, и носит преимущественно соци-

альный характер. Целью универсальной профилактики является снижение риска возникновения суицидального поведения. Она предполагает активное сотрудничество специалистов в области психического здоровья со средствами массовой информации.

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи ориентированной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска, и оказание им адекватной профилактической помощи с целью предупреждения или дальнейшего развития суицидального процесса. В решении поставленных задач особая роль отводится учреждениям и врачам общемедицинской практики.

Антикризисная профилактика осуществляется в пре-суицидальный и ближайший постсуицидальный периоды суицидального процесса и основывается на применении комплексного подхода, включающего в себя психотерапевтический и психофармакологический компоненты.

Индикативная профилактика проводится в отдаленный постсуицидальный период, будучи направлена на предупреждение повторных суицидальных действий и рецидивов суицидального поведения. На этом этапе профилактики целесообразно привлекать психологов и социальных работников.

Таким образом, определение детерминантов и клинико-психологических типов суицидального поведения, анализ его динамических особенностей позволили разработать действенную систему дифференцированной профилактики суицидов. Авторы надеются, что данная книга может принести пользу врачам-психиатрам, медицинским психологам и специалистам других специальностей, сталкивающимся с проблемами суицидов и суицидального поведения. Основная цель нашей работы – внести свой посильный вклад в оптимизацию суицидологической помощи и улучшение суицидальной ситуации в стране.

Л и т е р а т у р а

Абрамова Н.М. Личностные и этнокультуральные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 24 с.

Агеенкова Е.К., Василец Т.Б., Винов И.Е. и др. Символдрама: Сб. научн. тр. – М.: Европейский гуманитарный университет, 2001. – 416 с.

Адлер А. Понять природу человека. – СПб., 1997. – 156 с.

Амбрумова А.Г., Гилод В.М. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – №5. – С. 76-81.

Амбрумова А.Г., Полев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методические рекомендации. – М., 1986. – 25 с.

Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение подростков. – Л., 1991. – С.29-36.

Анискин Д.Б. Самоубийство как социально-психиатрическая проблема: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 17 с.

Анощенко Ю.Д., Смирнов С.В. Медико-социальный статус пострадавших от ожогов вследствие суицидальной попытки (случай самосожжения) // Журнал невропатол. и психиатр. – 1995. – №4. – С.72-74.

Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ. – Терапевтический архив. – 1996. – 34. – С.71-73.

Бендлер Р., Гриндер Д. Структура магии. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 384 с.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Библиотека психологии и психотерапии/ Под ред. В.В. Макарова и Б.И. Хасана. – Красноярск: Фонд Ментального Здоровья, 1995. – 172 с.

Бехтерев В.М. О причинах самоубийств и возможной борьбе с ним: Речь, сказанная на съезде психиатров и невропатологов, бывшем в Москве в сентябре 1911 г. // Вестник знания. – 1912. – №2, 3. – С.131-141, 253-264.

Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение больных с аддиктивными расстройствами и созависимых родственников (клиника, лечение, реабилитация): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. – 50 с.

Бойко И.Б. Суицид как социально-медицинская проблема в современном обществе и его предупреждение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Рязань, 1998. – 52 с.

Бруг А.В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 17 с.

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.–Екатеринбург, 1999. – 364 с.

Васильев В.В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 23 с.

Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения (На материале среднего города Западной региона Российской федерации): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 1997. – 22 с.

Веселовский К.С. О самоубийствах в России: опыт нравственной статистики // Журнал Министерства внутр. дел. – Ч.18, №5. – М., 1847. – С.179-242.

Витер В.И., Прошутин В.Л., Дремина Н.А. и др. Системный подход к изучению проблемы самоубийства и перспективы его использования // Суд. мед. экспертиза. – 1997. – №33. – С.39-40.

Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – №3. – С.14-21.

Гилинский Я., Проскурина Н., Смолинский Л. Отклоняющееся поведение молодежи. – Таллинн: Институт истории, 1979. – С. 91-104.

Гладышев М.В. Клинико-социальные характеристики психически больных, совершивших завершённые суициды // Второй национальный конгресс по социальной психиатрии “Социальные преобразования и психическое здоровье”. – М., 2006. – С.102-103.

Гнездилов А.В. Анализ суицидных тенденций среди онкологических больных // Юбилейный сборник научных работ Онкологического диспансера Санкт-Петербурга. – СПб., 1996. – С.279-281.

Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 270-352.

Гурин И.В., Агеев С.Е. Суицидальный риск у лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2005 – С.138.

Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 10-36.

Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и

увеличению продолжительности жизни населения // Вестник Российской Академии медицинских наук. – М., 2006. – №8. – С. 18-22.

Дубравин В.И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 31с.

Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 247.

Ефремов В.С., Точилов В.А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб.: Изд-во ВМедА, 2000. – С.35-38.

Жерехова Е.М. Клиническая характеристика и типология суицидального поведения у больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 24с.

Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Калмыкова Ю.А. Интернет-консультирование, как профилактика суицидального поведения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием “Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России”. Казань, 2012. – С. 328.

Зиньковский А.К. “Стоимость” стресса и “цена” психического здоровья// Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Материалы юбилейной конференции / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 1996. – С. 27-29.

Зулкорнеева З.Р., Менделевич Д.М. Клинико-социальные аспекты аутоагрессивного поведения больных с органическим поражением головного мозга // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии “Психическое здоровье и безопасность в обществе. – М., 2004. – С. 54.

Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Методические рекомендации. – Самара, 2000. – 16 с.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – М., 1994. – Т.1 – С.49-110.

Кензин Д.В. Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 18 с.

Коваленко И.З. Опыт изучения покушений и законченных самоубийств среди городского населения // Профилактическая медицина.– 1926. №10. – С.45-48.

Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Угушев Е.В. Научно-организационные основы психиатрической помощи. – Сургут–Томск, 1998. – 132 с.

Колесников Д.Б. Идеи вины в структуре депрессивных расстройств как один из факторов суицидального риска // Аффективные и шизоаффективные психозы: (Современное состояние проблемы): Материалы научно-практической конференции. – М., 1998. – С.12-124.

Колотилин Г.Ф., Маклашова А.Т. Аутоагрессивные и общественно опасные деяния у женщин в послеродовом периоде // Материалы международной конференции психиатров. – М., 1998. – С.141-142.

Кондаков В.С., Кошутина Е.И., Соколов О.А. Эффективность комплексного лечения больных невротическими расстройствами в этнокультуральном аспекте // Психотерапия и клиническая психология: метод, обучение, организация. Материалы Российской конференции “Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике” – Иваново, 1999. – С.56-63.

Коновалов А.Ю. Клинико-социальные характеристики и реабилитация лиц с суицидальными попытками в условиях многопрофильного соматического стационара // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 16-19.

Конончук Н.В., Мягер В.К. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями: Методические рекомендации. – Л., 1983. – 17с.

Корнетов Н.А., Попова Н.М., Цубрович А.В. Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока / Материалы конференции. – Сургут–Томск, 1998. – 140 с.

Кучеренко Ю.В. Организационно-методические основы кризисно-суицидологической помощи: (На примере Санкт-Петербурга): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 25с.

Кочунас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999. – 206 с.

Левина С.Д. Феномен несуйцидальной аутоагрессивности у больных пшизофренией //XIV Съезд психиатров России. – М., 2005. – С.443.

Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни //Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. – № 8. – С.1527-1530.

Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.

Марциновский Я. Нервность и мирозерцание: Пер. с нем. – М., 1913. – 174 с.

Меньшиков Г.И., Никитин Л.Н. О суицидальном поведении у психически больных //Первый Съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. – Чебоксары, 1995. – С.57-58.

Меннингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО – Пресс, 2000. – С.19-90.

Мельтцер Г., Фатеми Г., Самоубийство при пшизофрении: лечебный эффект клозапина //Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – №2. – С.86-91.

Мельчихин С.И., Шайдукова Л.К. Суицидальные тенденции в структуре депрессивных расстройств у женщин, больных алкоголизмом, в ситуации одиночества //Первый национальный конгресс по социаль-

ной психиатрии "Психическое здоровье и безопасность в обществе. – М., 2004. – С. 82-83.

Мишина Т.М., Самохина Т.В. Социально-психологическое исследование родительских семей суицидентов //Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института. – Л., 1980.– Т.93. – С.105-109.

Мовчан В.Н. Факторы риска развития суицидов у лиц позднего возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 1998. – 19 с.

Москаленко В.Д. Ребенок в "алкогольной" семье: психологический портрет. – Вопросы психологии. – №4. – 1991. – С.69-73.

Морозова Н.М. Проблема суицидов и психические болезни // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии: Материалы 24 областной научно-практической конференции. – Пенза, 1995. – С.31.

Мухамадиев Д.В. Социально-демографические, этнические и клинические характеристики женщин-таджиков, совершивших аутоагрессивные действия путем самосожжения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 22 с.

Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России (общественное объединение фонд "Здоровье и окружающая среда" (Серия докладов "Здоровье для всех – все для здоровья России"). – М., 1995. – №2. – С.26.

Никаноров А.И. Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (клинический и социально-психологические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 16 с.

Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18-20.

Панченко Е.А. Этнокультуральные аспекты психотерапии суицидального поведения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2003. – 23с.

Патрина С.И. Суициды в пожилом возрасте // Здоровье пожилых людей: проблемы, пути решения.– Хабаровск, 2000. – С.126-129.

Пащенко И.Е., Рыжкова М.Г., Левинсон А.Н. Клинико-социальные и психологические особенности аутоагрессивного поведения лиц, в прошлом перенесших черепно-мозговую травму //Первый национальный конгресс по социальной психиатрии "Психическое здоровье и безопасность в обществе. – М., 2004. – С. 94.

Перехов А.Я. Психиатрическая этика самоубийств: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2005. – С.146.

Полищук Ю.И. О так называемых непатологических суицидоопасных ситуационных реакциях // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – №3. – С. 156-158.

Положий Б.С. Клиническая суицидология: Этнокультуральные подходы. – М.: РИО ФГУ "ГНЦ ССП им. В.П. Сербского", 2006. – С.162-180.

Положий Б.С. Культуральная психиатрия: Взгляд на проблему // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 3. – С.156-158.

Положий Б.С. Региональные особенности распространенности суицидов в России // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №1. – С.38-41.

Положий Б.С. Социально-экономические и этнокультуральные детерминанты распространенности суицидов в России // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии “Психическое здоровье и безопасность в обществе. – М., 2004. – С. 100-101.

Посвянская А.Д. Суицидальные попытки у больных с депрессивными расстройствами // Второй национальный конгресс по социальной психиатрии “Социальные преобразования и психическое здоровье” – М., 2006. – С.130-131.

Потешных Е.С. Самоубийство и ВИЧ-инфекция // Русский медицинский журнал. –1997. – С.659.

Пурич-Пейакович Йу, Дуныч Душан Й. Самоубийство подростков: Пер. с сербск. – М.: Медицина, 2000. – С.142-149.

Пырков П.П. Особенности лечения суицидентов в соматической больнице // Арх. психиатрии. – 1995. – №9. – С.82-83.

Руженков В.А. Суицидоопасные невротические и психогенные реакции у больных язвенной болезнью (клиника, терапия и профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. –50 с.

Савченков В.Н. Самоубийство среди учетных психических больных // Труды врачей и фармацевтов Могилевщины. – Могилев, 1999. – С.563-565.

Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – 480 с.

Ситченко Н.М. Суицидальные попытки лиц, страдающих психопатией. // Харьковский медицинский журнал. – 1995 – №3-4. – С.76-77.

Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М.: Изд. “Берег”, 2000. – 160 с.

Сотникова Ю.А., Баширова А.Р., Соколова Е.Т., Штарк Л.Э. Теоретико-экспериментальная модель изучения механизмов психологической защиты суицидентов // 15 съезд психиатров России. – М., 2005. – С.447-448.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: “Когито-Центр”, 2005. – 376 с.

Тараканова Е.А. Суицидальное поведение у лиц, перенесших алкогольные психозы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2005 – С.151.

Тиунов С.В. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: (Клиническая феноменология, прогноз, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 21 с.

Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству // Экологическая генетика. – 2007. – С. 22-43.

Тихоненко В.А. Покушения на самоубийство и их профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1981. – 42 с.

Тихоненко В.А., Цупрун В.Е. Факторы суицидального риска в популяции больных психоневрологического диспансера // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 133-141.

Трайнина Е.Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и аффективных расстройств при некоторых формах полинаркомании и токсикомании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 19 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001.

Фромм Э. Человек для самого себя. – М.: АСТ, 2009. – 768 с.

Харченко Е.Н. Сравнительная характеристика некоторых психофизиологических личностных особенностей при непсихотических острых аффективных реакциях, сопровождающихся суицидальными попытками (Клинико-психофизиологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1992. – 30 с.

Хензлер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. – М., 2001. – Т.2. – С.88-102.

Хилиман Д. Архетипическая психология. – СПб., 1996. – 427 с.

Хорни К. Собрание сочинений. – М., 1997. – Т.3. – 481 с.

Шамиев Р.Х. Суицидальные тенденции в картине эндогенных и возрастнo-органических депрессий позднего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 22с.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: “Смысл”, 2001. – 315 с.

Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: “Когито-Центр”, 2005. – С.25-27.

Эриксон М. Мой голос останется с вами. – СПб., 1995. – 255 с.

Юнг К.Г. Душа и миф: шесть архетипов. – Киев, 1996. – 386 с.

Юрева Л.Н. Суицидальный риск в субкультуре психиатров: 15 съезд психиатров России. – М., 2005. – С.450.

Barber M.E., Marzuk P.M., Leon A.C., Portera T.L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior // American journal of psy. – 1998. – V.155. – P.385-389.

Barrero S.A. Preventing suicide: a resource for the family // Ann. Gen. Psychiatry. – 2008. – Vol. 7, N 1. – P. 63-71.

Boxer P.A., Burnett C., Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature //J. Occup. Environ-Med. –1995, Apr. – V.37, №4. – P.442-452.

Brodsky B.S., Malone K.M., Elliss P., Dulit P.A., Mann J.J. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior // *American journal of psychiatry*. – 1997. – V.154. – P.1715-1719.

Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – №111. – P.198-202.

Bujisic G., Selakovic-Bursic S. Life-events scale in suicidal and non-suicidal patients // *Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts*, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.68.

Burnley I.H. Socioeconomic and spatial differentials in mortality and means of committing suicide in New South Wales, Australia, 1985–91 // *Soc-Sci-Med*. – 1995 Sep. – V. 41, №5. – P.687-698.

Cattell H.R. Elderly suicide in London: An analysis of coroners' inquests // *Int. J. Geriatr. Psychiatr*. – 1988. – Vol. 3, № 4. – P. 251-261.

Chuang H.L., Huang W.C. A Multinomial Logit Analysis of Methods Used by Persons Who Completed Suicide // *Suicide Life Treat. Behav*. – 2004. – Vol.34, N 3. – P. 298-310.

Cohen L.J., Test M.A., Brown R.L. Suicide and schizophrenia: Data from a prospective community treatment study // *Am. J. Psychiatry*. – 1990. – Vol.147, № 8. – P. 1110.

Conway M.A., Pleydell-Pearce C.W. The construction of autobiographical memory in the self-memory system. // *Psychological Review*. – 2000. – Vol.107. – P. 261-288.

Coombs D.W., Miller H.L., Alarcon R. et al. Presuicide attempt communications between parasuicides and consulted caregivers // *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. – 1992. – №22. – P.289-302.

Coppen A., Standish-Barry H., Bailey J. et al. Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders? // *J. Affect. Dis-ord*. – 1991. – Vol.23, № 1. – P. 1-7.

Cross W., Matthieu M.M., Cerel J., Knox K.L. Proximate Outcomes of Gatekeeper Training for Suicide Prevention in the Workplace // *Suicide and Life-Threatening Behavior* – 2007. – Vol. 37, N 6. – P. 659-670.

Dublin L.I. Suicide. A sociological and statistical Study. – N.Y. – 1963. – P.66-136.

Enachescu C., Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the suicidal syndrome // *Rom-J-Neurol-Psychiatry*. – 1992 Apr–Jun. – V.30, N2. – P.141-146.

Esquirol E. Des maladies mentales. – Paris, 1838.

Farand L., Chagnon F., Renaud J., Rivard M. Completed Suicides Among Quebec Adolescents Involved with Juvenile Justice and Child Welfare Services // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2004. – Vol. 34, N 1. – P. 24-35.

Farberow N., Shneidman E. The Cry for Help. – New York: Ve Graw – Hill, 1961.

Fujimori H., Sakaguchi M. Der Suizid schizophrener Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1986. Bd.54.– №1– S.1-14.

Goto H., Nakamura H., Miyoshi T. Epidemiological studies on regional differences in suicide mortality and its correlation with socioeconomic factors // Tokushima-J-Exp-Med. – 1994, Dec. – V. 41, №3–4. – P.115-132.

Gould M.S., Petrie K., Kleinman M.H. et al. Clustering of attempted suicide: New Zealand national data // Int-J-Epidemiol. – 1994 Dec. V.23, № 6. – P.1185-1189.

Grollman E. A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention – Beacon: Hill Press, 1988. – 2-nd ed. – 457 p.

Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence // British Medical Journal. – 1994, №308. – P.1227-1233.

Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // The British Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol.187, Sep. – P. 206-208.

Hawton K. Assessment of suicide risk // Brit. J. Psychiatry. – 1987. – Vol.150, №2. – P. 145-153.

Healy D. Harris M., Tranter R. et al. Lifetime study rates in the cause of treatment of schizophrenia in North Wales: cohorts for 1875–1924 and 1994–1998 // Brit. J. of Psychiatry – 2006. – Vol. 188. – P. 223-228.

Heikkinen M., Aro H., Lonngvist J. Recent life events, social support and suicide // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – V.377 – P.65-72.

Henderson D., Hargreaves I., Gregory S., Williams J.M.G. Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse // British Journal of Clinical Psychology. – 2002. – Vol. 41. – P. 129-141.

Isometsa E., Heikkinen M., Henriksson M. et al. Differences between urban and rural suicides // Acta-Psychiatr-Scand. – 1995 Apr. – V.95, №4. – P.297-305.

Korn M.L., Kotler M., Molcho A. et al. Suicide and violence associated with panic attacks // Biol –Psychiatry. –1992, Mar. – V.15. – №31. – P.607-612.

Krupinski M., Fischer A., Grohmann R. et al. Psychopharmacological therapy and suicide of inpatients with depressive psychoses // Archives of Suicide Research. – 1998. – V.4, N2. – P.143-155.

Krug E.G., Leventhal R.M., Khan S., Brown W. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database // Journal of Affective Disorders. – 2002. – №68. – P.183-190.

Lambert M.T., Fowler D.R. Suicide risk factors among veterans: risk management in the changing culture of the Department of Veterans Affairs // J.Ment. Health. Adm. – 1997, Summer. – V.24, N3. – P.350-358.

Lechleitner B. Establishing a volunteer-based community support system // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.94.

Lykouras L., Moussus G., Botsis A. Risk of suicidal and violence in chronic alcoholics // *Suicide Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts*, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.88.

Mann J.J. Psychobiologic predictors of suicide // *J. Clin. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 48, Suppl. – P. 39-43.

Mann J.J., Stanlev M., McBride P.A., McEwen B.S. Increased serotonin and b-adrenergic receptor binding in the frontal cortices of suicide victims // *Arch. Gen. Psych.* – 1986. – Vol. 43. № 10. – P. 954-959.

Maris R.W. Societal and cultural forces in suicide, 1965–1995 // *Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts*, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.3.

Meehan J., Kapur N., Hunt I.M. et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey // *The British Journal of Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188, Feb. – P. 129-134.

Meyer D.J., Simon R.I. Psychiatric malpractice and the standard of care in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry*. Edited by Simon R.I., Gold L.H. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. – 2004. – P. 185-203.

Montgomery S.A. Suicide and antidepressants // *Drugs.* – 1992. – V.43, Suppl.2. – P.24-30.

Mosciki E.K. Gender differences in completed and attempted suicide // *Ann. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 4, N 2. – P. 152-158.

Motohashi Y., Kaneko Y., Sasaki H., Yamaji M. A Decrease in Suicide Rates in Japanese Rural Towns after Community-Based Intervention by the Health Promotion Approach // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2007. – Vol. 37, N 5. – P. 593-599.

Neaton J.D., Blackburn H., Jacobs D. et. al. // *Arch Intern Med.* – 1992. – 152 – P. 1490-1500.

Neeleman J., de Graaf R., Vollebergh W. The suicidal process prospective comparison between early and later stages // *Journal of Affective Disorders.* – 2004. – №82. – P.43-52.

Nordentoft M., Qin P., Helweg-Larsen K., Juel K. Restrictions in Means for Suicide: An Effective Tool in Preventing Suicide: The Danish Experience // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2007. – Vol. 37, N 6. – P.688-697.

Reisch T., Michel K. Securing a Suicide Hot Spot: Effects of a Safety Net at the Bern Muenster Terrace // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2005. – Vol. 35, N 4. – P. 460-467.

Roosa M.W. The children of alcoholics life events schedule: a stress scale for children of alcohol-abusing parents // *J. Stud. Alcohol.* – 1988. – Vol. 49. – N5. – P. 422-429.

Oldman J.M. Borderline Personality Disorder and Suicidality // *American Journal of Psychiatry.* – 2006. – №163. – P.20-26.

Olkinuora M., Asp S., Juntunen J. et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finish physicians // *Scand-J-Work-Environ-Health*. – 1992. – V.18, (Suppl) №2. – P.110-112.

Ott G., Demling J. Der suizidale Patient in der Sprechstunde // *Forschr. Med.* – 1988. – Bd. 106, № 14. – P. 301-302.

Paeregaard G. Suicide in Denmark: A statistical review for the past 150 years // *Suicide Life Treat. Behav.* – 1980. – Vol. 10. – P. 150-156.

Pallis D.J. Clinical problems in assessing suicide risk // *Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts*, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.23.

Paris J. Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? // *Journal of Personality Disorders*. – 2004. – Vol. 18, N 3. – P. 240-247.

Ponizovsky A., Safro S., Ginath Y. et al. Suicide ideation in recent immigrants: an epidemiological study // *Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts*, Athens 16–19 May. – Athens, 1996. – P.91.

Preti A. The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy // *J- Affect-Disord.* – 1997. – V.44, №2–3. – P.123-130.

Rock N.L. Suicide and suicide attempts in the army: A 10-year review // *Milit. Med.* – 1988. – Vol. 153, № 2. – P. 67-59.

Roy A. A family history of suicide // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1983. – Vol.51. – P. 971-974.

Shneidman E. Definition of Suicide. Jason Aronson. Inc. – 1994. – P.203.

Shmidtke A., Schaller S. The role of mass media in suicide prevention. In K. Hawton and K. van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. – New York: Wiley, 2000. – P.675-697.

Sibthorpe B., Drinkwater J., Gardner K., Bammer G. Drug use, binge drinking and attempted suicide among homeless and potentially homeless youth // *Aust-N-Z-J-Psychiatry*. – 1995 Jun. – V.29. – №2. – P.248-256.

Skog O.J. Alcohol and suicide in Denmark 1911–1924: experiences from a “natural experiment” // *Addiction*. – 1993. – №88. – P.1189-1193.

Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M. et al. Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study // *American Journal of Psychiatry*. – 2000, №157. – P.601-608.

Stengel E. Old and new trends in suicide research // *Brit. J. Med. Psychol.* – 1960. – V.33, №2. – P.283-286.

Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // *J. Psychiat.* – 2003. – Vol.48. – P. 292-300.

Violanti J.M. Trends in police suicide // *Psychol-Rep.* – 1995, Oct. – Vol.77, №2. – P.668-690.

Weyerer S., Wiedenmann A. Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989 // Psychol-Rep. – 1995, Jun. – Vol. 76, №3. – P.1331-1341.

Waldroni I., Eyer J. Socioeconomic causes of recent rise in death rates for 15–24 year olds // Soc. Sci. Med. – 1975. – Vol.9. – P.383-386.

Wasserman D. Epidemiology of suicide in Europe: an international and national perspective // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16–19 May 1996. – Athens, 1996. – P.5.

Worcman M, Beer J. Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home // Psychol-Rep. – 1992, Apr. – Vol.70, N2. – P.503-511.

**Суицидальное поведение
(детерминанты, клиническая динамика,
типология, профилактика)**

Монография

Доктор медицинских наук
Б.С. Положий

Кандидат медицинских наук
Е.А. Панченко

Редактор

Компьютерная верстка

Л.Б. Абрамова

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 9.12.15 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 15,6

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК