В.В. Колягин, В.В. Колягина

СУИЦИДЫ ТЕОРИИ, ПРИЧИНЫ, ПСИХОЛОГИЯ, ПРЕВЕНЦИЯ, ПОМОЩЬ

Пособие для врачей



Иркутск ИГМАПО 2013 УДК 614.25 ББК 51.1(2)п+88.48 К62

Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 30.05.2013 г.

Рецензенты:

В.С. Собенников – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО ИГМУ;

О.П. Ворсина – д-р мед. наук, главный психиатр министерства здравоохранения Иркутской области, зам. гл. врача по лечебной работе ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

К62 Колягин, В.В.

Суициды. Теории, причины, психология, превенция, помощь: пособие для врачей / В.В. Колягин, В.В. Колягина. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 44 с.

Рассмотрен широкий круг проблем, связанных с теорией, причинами, психологией, превенцией и помощью при суицидах.

Предназначено для врачей всех специальностей, психотерапевтов, психологов, социальных работников и студентов медицинских вузов.

УДК 614.25 ББК 51.1(2)п+88.48

- © Колягин В.В, Колягина В.В, 2013
- © ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013

Формат 60х84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi. Уч.-изд. л. 2,5. Тираж 100. Заказ 1/75.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. 664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.

Тел (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru

Оглавление

Введение	4
Теории суицида	5
Современная классификация суицидального поведения	14
Отношение к суициду в различных культурах	16
Суицид – причины, психология, превенция, помощь	17
Виды суицидов	21
Общие особенности суицида	22
Призывы к вмешательству при суицидальном настрое	23
Восприятие суицидогенной ситуации индивидом	23
Суициды детей и подростков	25
Посмертные записки	26
Суициды «для себя» и суициды «для других»	27
Депрессия – синдром самоубийства	28
Превенция суицида	29
Суицидальное поведение пациентов детского психиатрического стационара	32
Пациенты с суицидальным поведением в отделении пограничных состояний	35
Заключение	38
Список рекомендуемой питературы	39

Частоту саморазрушения можно четко связать с определенными социальными условиями Э. Дюркаейм. Самоубийство

Можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству Николай Бердяев

Введение

«Россия является второй в мире страной после Литвы по количеству суицидов, и в нашей стране на 100 тысяч жителей приходится 36,1 случая суицида», - заявил руководитель отделения экологических и социальных проблем Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени Сербского Борис Положий на пресс-конференции в РИА «Новости». Среди регионов, где отмечается наибольшее количество самоубийств, эксперт назвал Корякию (133,5 случая на 100 тысяч жителей), Коми (110,3), Алтай (101,9), Ненецкий автономный округ (95,7) и ряд других. Лучше дела обстоят на юге России, отметил эксперт. В Ингушетии на 100 тысяч жителей приходится 1,1 случая суицида, Дагестане – 3,2, Северной Осетии – 4,8. В Москве показатель самоубийств равен – 11, в Санкт-Петербурге – 17,8. В качестве основных причин самоубийств назвал проблемы, эксперт «личные одиночество, несостоявшиеся мечты, эмоциональную и психологическую незрелость молодежи».

суицидологии НИИ СВОЮ руководитель отделения очередь, Минздрава РΦ, руководитель Федерального психиатрии научнометодического центра суицидологии Минздрава Владимир Войцех сообщил, что основной пик самоубийств приходится на 45-55 лет и 70 лет. Однако в последнее время участились случаи суицида у людей среднего возраста, а также у детей и подростков. Так, самоубийства среди детей от 9 до 15 лет составляют 5-8 % от общего количества суицидов в стране. Одной из причин такой ситуации Войцех назвал отсутствие государственной программы по борьбе суицидами. «Необходима программа, счет финансировались бы центры психиатрии во всех регионах. Это помогло бы сократить число суицидов в стране», - считает Войцех. Данная ситуация в РФ сохраняется многие годы, до настоящего времени.

По данным ВОЗ, число самоубийств зачастую недооценивается. Степень этой недооценки является различной в разных странах в зависимости от способов регистрации ими случаев суицида. В число других причин недооценки уровня самоубийств входят социальная стигматизация, социальные и политические факторы, законодательство о страховании жизни, под влиянием которых некоторые самоубийства случаев регистрируются ПОД видом несчастных или смертей неизвестных причин. Считается, что степень недооценки уровня суицидов достигает 20-25 % среди лиц пожилого возраста и 6-12 % в других возрастных группах. Официальных данных о распространенности в мире суицидального поведения, не приведшего к смертельному исходу (суицидальных попытках), не существует, в основном потому, что только 25 % лиц, пытавшихся покончить с собой, нуждаются в медицинской помощи.

Таким образом, большинство попыток самоубийства остаются не зарегистрированными [13]. Эти сведения в полной мере относятся к регистрации суицидов в РФ, в данную категорию попадает только часть смертей и попыток, связанных с суицидальными действиями.

По статистике:

- средний показатель зарегистрированных суицидов по России 38, а среди мужчин 60 на 100 тыс. населения (ВОЗ считает критической цифрой 20 самоубийств на 100 тыс. населения). В США с 1980 г. до настоящего времени этот показатель также стабильно выше критического 30 на 100 тыс. населения;
- каждый восьмой из совершивших суицидальную попытку в течение двух лет повторит ее и достигнет желаемого;
- 80 % суицидентов, покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом, по крайней мере, однажды;
- люди, которые в прошлом совершали попытки к самоубийству или тесно контактировали с суицидентами, являются самыми уязвимыми в этом плане. Надо серьезно относиться к каждой суицидальной попытке, какой бы безвредной и легкомысленной она не казалась. «Оставшись в живых, покушавшиеся раскаиваются не в том, что совершили безнравственный поступок, а в том, что выбрали неразумный способ» [1].

Теории суицида

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом, встречается во всех культурах. Люди, совершающие самоубийство, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Они часто страдают психическими болезнями, особенно большой депрессией, и смотрят в будущее без надежды.

В долгой истории суицидального поведения людей, чтобы объяснить проблему самоубийства, всеобщие усилия были сосредоточены на двух идеях: депрессия; психические заболевания.



Древнегреческий философ *Плутарх* (46–127) в качестве причины суицида предполагал депрессию.

Крупнейший французский психиатр, любимый ученик Филиппа Пинеля, знаменитый **Эскироль Жан-Этьен Доминик** (1772–1840) считал, что суицидальная смерть является результатом психического заболевания.

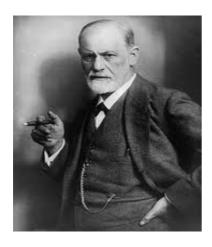


Почти все медицинские работники приняли эти две объяснительные модели, хотя большинство жертв суицида в США не психически больные, не больные с депрессией и даже не получали психотерапии. По современным данным известно, что попытки самоубийства чаще совершают психически здоровые люди, находящиеся в трудоспособном возрасте, а суицидальное поведение не всегда и не всецело определяется тяжестью жизненной ситуации. Развитие суицидальных реакций, а нередко И самих психотравмирующих ситуаций, связано с наличием внутриличностных определенных факторов. неадаптивных установок, которые неблагоприятных условиях МОГУТ провоцировать возникновение межличностных конфликтов и суицидального поведения.

Представители различных научных направлений, последователи многочисленных психологических школ рассматривают самоубийство под различными углами зрения.

Например, из фрейдизма. *Различные формы самоубийства – это осуществление сексуальных желаний:*

отравиться— забеременеть; утопиться— быть беременной; броситься со скалы— родить ребенка.



Зигмунд Фрейд (1856–1939) — австрийский психолог, психиатр, основатель психоанализа.

Работа Фрейда «Печаль и меланхолия» посвящена его теории суицида. Он говорил, что, по-видимому, самоубийство является отрицанием жизни из-за страстного желания смерти, а позже писал о существовании инстинкта смерти. Есть два вида влечений:

один из них – инстинкт жизни, Эрос (энергия либидо);

другой — это влечение к смерти, разрушению и агрессии, Танатос (энергия мортимо). Существуют постоянные колебания между силой этих двух противоположных инстинктов.

По Фрейду – смерть бывает желаема. Эрос со временем стареет, вечный же Танатос остается в высшей степени напористым «до самого конца, на всем протяжении жизни человека, достигая своей цели лишь приводя его к смерти».

Суицид и убийство представляют собой проявления импульсивного и разрушительного влияния Танатоса.



Карл Меннингер (1893–1990) – американский психоаналитик, как и Фрейд, считал в жизни человека, существует напряженная борьба между инстинктами самосохранения и саморазрушения.

Исследовав глубинные мотивы самоубийства, он выделил *три* составных части суицидального поведения (для того чтобы совершить самоубийство, необходимо иметь):

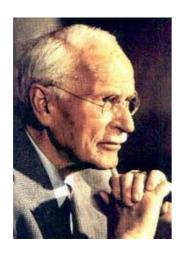
- 1. Желание убить. Оно, например, проявляется в ярости младенцев, если их желания фрустрируются. «Подобно грудным детям, противящимся отнятию от груди и чувствующим, что у них забирают нечто, на что они имеют право, эти люди (суициденты), будучи в большинстве своем инфантильными, могут не выдержать помех на пути исполнения их желаний». Желание убить в этом случае обращается против «желающего» и реализуется путем самоубийства.
- 2. Необходимо испытывать желание быть убитым. Убийство является крайней формой агрессии, а желание быть убитым представляет собой крайнюю форму подчинения. Чтобы быть наказанным из-за нарушения моральных норм, люди часто ставят себя в ситуацию, в которой они вынуждены страдать. В конце концов, они искупают свою вину только тем, что должны быть убиты.
- 3. Желание умереть. Оно очень распространено среди душевнобольных, особенно тех, которые считают, что смерть является единственным лекарством от их душевных мучений. Желание умереть стремления некоторых отчаянных водителей или альпинистов, которые буквально нуждаются в том, чтобы подвергать себя постоянной опасности.



Альфред Адлер (1870–1937) — австрийский психолог, психиатр и мыслитель, один из предшественников неофрейдизма, создатель системы индивидуальной психологии.

Основным положением «индивидуальной психологии» А. Адлера «Быть является тезис человеком означает ощущать СВОЮ неполноценность». Стремление разрешить определенные проблемы побуждает людей к преодолению своей неполноценности. Если некоторым индивидам это не удается, они начинают испытывать потребность уничтожить окружающих. Суицид в этом контексте становится скрытой атакой на других людей.

Посредством саморазрушения человек стремится вызвать сочувствие к себе и осуждение тех, кто ответственен за его сниженную самооценку. Адлер описывал чувства собственной неполноценности у суицидальных людей, которые «вредят другим своими мечтаниями о ранах или наносят их себе».



Карл Густав Юнг (1875–1961) — швейцарский психиатр, основоположник одного из направлений глубинной психологии, аналитической психологии.

Юнг указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, это стремление может стать важной причиной суицида. Люди не только желают уйти от невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство. «Суицид -- это метафорическое возвращение в чрево матери, только после этого они превратятся в детей, вновь рожденных в безопасности». В образном языке символической мудрости веков — так называемые «архетипы», есть знаменитое Распятие: после смерти человека ожидает награда в виде новой жизни вследствие воскресения.



Карен Хорни (1885–1952) принадлежит к плеяде выдающихся деятелей мирового психоанализа. В двадцать восемь лет стала доктором медицины, а к тридцати была признанным преподавателей Берлинского института психоанализа. Она считала, что если бы детям обеспечили окружение, свободное от тревоги, то они бы росли и процветали. Однако культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в сговор с целью искажения развития личности ребенка. Чувствуя себя в опасном окружении, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни, и это вызывает у них появление «основной тревоги».

По Хорни, суицид может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности по сравнению с «идеализированным образом» о самом себе.

Самоубийство может быть также «суицидом исполнения», из-за возникновения чувства несоответствия себя стандартам ожидаемым обществом.

Суицид является результатом сочетания внутренних характеристик личности и факторов окружающей среды.



Герри Стек Салливен (1892–1913) – американский психолог и психиатр, представитель неофрейдизма.

В психологии Салливен разработал теорию межличностного общения: «Личность не может быть изолирована от комплекса межличностных отношений, в которых человек существует».

Человек реагирует на других значимых ему людей, таким образом, взаимоотношения индивида с другими людьми является важнейшим моментом жизни.

Человек оценивает себя, главным образом, в соответствии с отношением к нему других людей.

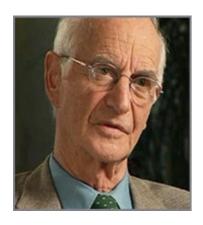
По Салливену, каждый человек имеет три олицетворения «Я»:

- 1. Когда человек чувствует себя в безопасности, он является «хорошим Я».
 - 2. Когда человек в состоянии тревоги, он становится «плохим Я».
 - 3. В психотических кошмарах индивид превращается в «не-Я».

Если возникнет угроза безопасности из-за неразрешенного кризиса, то конфликт и тревога могут стать для человека невыносимыми. В этих обстоятельствах у него может возникнуть желание перевести свое «плохое Я» в «не-Я» и таким образом совершить суицид.

Для индивида в состоянии депрессии саморазрушение является привлекательной альтернативой.

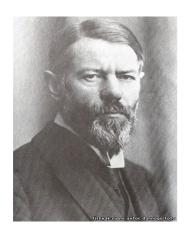
По мнению Салливена, суицид отражает враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру, переориентированное на себя.



Джеймс Хиллмен (1926–2011) – американский психолог.

Последователь Юнга психоаналитик Джеймс Хиллмен относится к последовательным защитникам самоубийства. Он считал превентивные подходы юриспруденции, медицины и теологии в отношении суицида препятствиями для его адекватного понимания.

Хиллмен указывал, что слишком долго воззрения на суицид были моралистическими и иррациональными, что его следует предотвращать. Считал, что суицид является важным и законным способом обретения смерти, который «освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души». Он цитировал английского философа Дэвида Юма: «Когда я падаю на свой меч, то этим я принимаю смерть от руки божества настолько же, как если бы она была следствием нападения льва, падения в пропасть или лихорадки».



Эмиль Дюркгейм (1858–1917) — французский социолог и философ, проследил ряд существенных закономерностей в распространении, динамике самоубийств, их взаимосвязь с рядом индивидуальных, социодемографических, природных факторов и предложил определение самоубийства и классификацию суицидальных проявлений, которые во многом актуальны до сих пор.

В работе «Самоубийство» (1897) он утверждал, что самоубийство, которое в то время считалось чисто личностным феноменом, может быть лучше объяснено как реакция человека на особенности мира, в котором он живет. Дюркгейм установил взаимосвязь суицида, поступка конкретного

индивида, с окружением, в котором он существует. Согласно теории Дюркгейма *существует три вида сущидов:*

- 1. Большинство сущидов эгоистичны индивид чувствует себя отчужденным и разъединенным с обществом, семьей и друзьями.
- 2. Альтруистическое самоубийство, при котором индивид жертвует собой на благо общества из-за утраты своей идентичности.
- 3. Аномическое самоубийство (аномия «бесправие») человека дезадаптируют социальные изменения общественные кризисы и экономические депрессии, или подъёмы экономики и процветание, с новыми стандартами и требованиями бытия.

Американские ученые Джек Р. Гиббс и Мартин Т. Уолтер в социологическом исследовании «Интеграция состояния и самоубийства» (1964) пытались построить представления о суициде на работах Дюркгейма, расширили его теорию состоянием интеграции и пришли выводу, что частота самоубийств изменяется обратно пропорционально стабильности и прочности социальных отношений в населении.



Виктор Эмиль Франкл (1905–1997) — австрийский психолог и психотерапевт, создатель логотерапии и экзистенциального анализа, рассматривал самоубийство в контексте смысла жизни и свободы человека, а также психологии смерти и умирания.

Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия, но он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях:

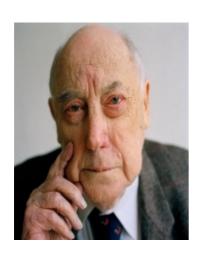
- 1. Терпит поражения.
- 2. Страдает.
- 3. Должен умереть.

Его задача – осознать экзистенциальную ограниченность, перенести неудачи и страдания.

Идея самоубийства прямо противоположна тому, что жизнь при любых обстоятельствах полна смысла для каждого. При наличии идеи

самоубийства, возможность принять радикальный вызов самому себе отличает человеческий способ бытия от существования животных.

В случае суицида жизнь становится поражением. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и развиваться дальше. Самоубийца не боится смерти, он боится жизни.



Эдвин Шнейдман (1918–2009) – ведущий американский суицидолог и танатолог, пионер научного исследования самоубийств и подготовки специалистов по их профилактике, первый директор Центра исследований и профилактики суицидов в Лос-Анджелесе.

В 1957 г. в соавторстве с Норманом Фейбероу он выпустил книгу «Приметы самоубийства», а в 1961 г. – «Крик о помощи». Эти издания считаются классическими в области суицидологии.

В книге «Смерти человека» (1980) Шнейдман приводит типологию индивидов, играющих непосредственную, часто сознательную роль в приближении своей смерти:

- 1. Искатели смерти расстаются с жизнью преднамеренно, причем таким образом, что спасение является невозможным или невероятным.
- 2. Инициаторы смерти: к ним относятся неизлечимо больные, лишающие себя систем обеспечения, отсоединяя иглы или канюли.
- 3. Игроки со смертью делают свою жизнь ставкой в ситуации с относительно низкой вероятностью выживания, как, например, в «русской рулетке» шансы погибнуть составляют пять из шести.
- 4. Одобряющие смерть, не играющие активной роли в ее приближении, но честно заявляющие, что желали бы своего конца.

Суммируя, можно сказать словами Шнейдмана «смерть приближается из-за неосторожности, опрометчивости, безрассудства, забывчивости человека или вследствие других сходных психологических механизмов».

Норман Фейбероу – психолог-исследователь, организатор более 200 центров профилактики самоубийств в США.

Совместная монография Н. Фейбероу и Э. Шнейдмана «Крик о помощи» посвящена людям, отчаявшимся и страдающим от одиночества.

Именно одиночество он рассматривал, как наиболее значимый фактор, потенцирующий суицидальное поведение.

Фейбероу в книге «Многоликое самоубийство» (1980) впервые описал формы саморазгружающего поведения, которые до этого не относились к суицидальным. В его концепции это не только завершенные самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения, которые опасны возможностью краха личности. К ним он относил:

- алкоголизм, наркотическую зависимость, токсикомании;
- пренебрежение врачебными рекомендациями;
- трудоголизм;
- склонность к риску. Рискованные виды спорта. Прыжки с парашютом. Прыжки в воду с большой высоты. Полет на параплане-крыле или хэнг-глайдинг;
 - опрометчивый азарт;
 - проституцию;
 - делинквентное поведение.

Фейбероу так комментирует эти рискованные увлечения: «Общество ценит опасные и рискованные поступки, так как они придают интерес жизни, способствуют проявлению интенсивных эмоций, а также стимулирует исследование неизвестного и познание всего нового».

Сейчас к формам аутоагрессивного поведения с уверенностью можно относить роуп-джампинг и его несколько подвидов: бридж свингинг-роуп — прыжки с моста; крайн свининг-роуп — с подъёмного крана; рок свининг-роуп — прыжки со скал; зацепинг — катание на поездах и т. п.



Элизабет Кюблер-Росс (1926–2004) — американский психолог швейцарского происхождения, создательница концепции психологической помощи умирающим больным.

Бестселлер «О смерти и умирании» (1969), а также широко известные семинары и лекции сделали ее одним из выдающихся исследователей горя.

Элизабет Росс изучала психологию этапов переживания приближения смерти:

- 1. Отрицание действует подобно буферу после неожиданно потрясающего известия: «Это не может случиться со мной, это ошибка, вы, наверное, говорите о ком-то другом».
- 2.Гнев проявляется в ярости, зависти или возмущении и может быть адресован группе или отдельному человеку, часто на медицинский персонал больниц: «От врачей нет никакой пользы. Они только и думают о футболе (хоккее). Они не так обследуют и назначают неправильное лечение».
- 3. Сделка, в которой ставкой становится чья-либо жизнь: «Если вы меня вылечите, я обещаю никогда не обманывать мою жену»; «Давайте бросим карты. Если выпадает козырная карта, я останусь жить, а если нет то умру».
- 4. Депрессия (может быть формой предсмертного горя) вокруг все мрачное, человек чувствует себя незащищенным, обреченным.
- 5. Принятие скорбя о грядущей потере, начинает думать о смерти, ожидать ее. Абрахам Маслоу использует термин «самоактуализация» для характеристики этого состояния: «Я прожил полную и завершенную жизнь. Теперь я могу умереть». По мнению многих психиатров, эту стадию переживают менее 2 % населения.
- В бывшем СССР широкие междисциплинарные исследования в области суицидологии были свернуты вскоре после 1917 г.

В начале 30-х годов был ликвидирован сектор социальных аномалий при Центральном статистическом управлении, а статистика самоубийств была закрыта для широкого пользования до начала 90-х годов.

Тем не менее с начала 70-х годов систематические исследования суицидального поведения проводятся в отделе экстремальных состояний (кризисный центр) Московского НИИ психиатрии. Эти исследования связаны, прежде всего, с именем профессора А.Г. Амбрумовой.



Айна Григорьевна Амбрумова (1919–1999) была одним из основоположников суицидологии в СССР и первым руководителем Всесоюзного научно-методического суицидологического центра.

А.Г. Амбрумовой Согласно концепции (1971)самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации условиях переживаемого ею конфликта. Объективно поведения проявляется (вплоть дезадаптация изменением до его патологической трансформации) ухудшением социального И функционирования.

К суицидальному поведению причисляют любые наружные и затаенные формы психических проявлений, подталкиваемые представлениями о лишении себя жизни.

Показные признаки суицида заключаются в попытке самоубийства, включая законченное лишение себя жизни.

Скрытые признаки суицидальных поступков характеризуются суицидальными мыслями, проигрываниями, душевными терзаниями и еще суицидальными тенденциями (наружными и скрытыми).

В соответствии с образом суицидальное действие подразделяется на настоящее и парасуицидальное.

Суицид относится к одной из форм аутоагрессивного поведения, под которым представляют акты, приводящие создание любого вреда своему телесному или умственному здоровью.

Аутоагрессивное поведение подразделяют на несколько групп:

- ✓ самоуничтожающее намерение совместно с продуманными актами, подразумевающее добровольное отнимание у себя бытности. К данной вариации относится саморазрушительное действие, добавляющее к самоубийствам парасуициды;
- ✓ самоуничтожающие формы поведения, задачей которых не преследуется цель самоубийства.

Варианты самоуничтожающих поступков:

- ✓ суицидальные эквиваленты и девиантное поведение подсознательные поступки (могут быть умышленными), намерением которых не является добровольное окончание жизни, но ведущие к телесному (психологическому) нанесению вреда или к самоуничтожению;
- ✓ несамоубийственное вредоносное для себя поведение. Разные типы умышленных причинений вреда (в том числе отравления), смыслом которых не является добровольная кончина, реализация которых заведомо невредна для жизни. Временной отрезок реализации аутоагрессивных поступков может быть от минут (прыжки с высоты, удушение, огнестрел и другое) или нескольких суток (отказ от пищи) и до месяцев (ПАВ).

Героический, самоотверженный акт — добровольное, обдуманное окончание жизни ради других людей, представлений и т. д. (например, поступок майора Солнечникова, закрывшего собой гранату) не может расцениваться как суицид в принятом значении этого понятия.

Московской школой разработана концепция суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. На основе данной

теоретической базы создана комплексная служба диагностики, превенции и терапии кризисных состояний.

Анализ теорий суицидального поведения (психопатологической, социальной, психологической) приводит к нескольким выводам:

- 1. Суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека, независимо от наличия психической патологии.
- 2. Суицидальное поведение является результатом множества взаимовлияющих факторов психологической, биологической и социальной природы.
- 3. Для развития и реализации суицидальных интенций необходимым условием является конфликт, который может носить реальный или «псевдореальный» (в случае психической патологии) характер. Суицидальное поведение можно рассматривать как вариант или как следствие «социально-психологической дезадаптации личности».
- 4. Психическую патологию нельзя рассматривать как непосредственную причину суицидального поведения, а лишь как существенный фактор риска суицида (30—50-кратное повышение риска суицида у депрессивных больных и при шизофрении).
- 5. Дальнейшее развитие суицидологии может быть обеспечено только при комплексном, мультидисциплинарном подходе, объединяющем усилия специалистов разного профиля.

Таким образом, суицидология XX века развивалась в основном под влиянием идей психологической и социологической школ. Кроме названных выше ученых суицидология XX века связана с именами таких исследователей как *Н. Крейтман* (США), *Э. Штенгель* (Великобритания), *Э. Рингель* (Австрия), *Ж. Субрие* (Франция) и других.

Современная классификация суицидального поведения



Современная классификация суицидального поведения, профессора психиатрии, руководителя программы по биполярному расстройству клинической больницы при Барселонском университете) Эдуарда Виета включает в себя:

- ✓ мысли о смерти;
- ✓ суицидальные мысли;
- ✓ суицидальные планы;
- ✓ суицидальные действия;
- ✓ суицидальные попытки;
- ✓ незавершенный суицид;
- ✓ завершенный суицид;
- √ расширенный суицид.

В соответствии с тяжестью поведения суицидальность может быть классифицирована следующим образом:

Мысли о смерти: человек может думать о смерти и желать смерти, но не о совершении самоубийства.

Суицидальные мысли: человек думает о самоубийстве.

Суицидальные планы: человек выбрал для себя способ совершения суицида (например, запланировал день и метод).

Суицидальные действия: человек прерывает суицидальную попытку (например, может подняться на крышу, посмотреть вниз, но не спрыгнуть).

Суицидальная попытка: преднамеренное нанесение самоповреждений, с потенциальным риском смерти.

Незавершенный суицид: суицидальная попытка с крайне высокой вероятностью наступления смерти, которой не происходит по случайности (например, человек прыгает с высоты и выживает).

Завершенный суицид: также называемый просто «суицид»: наступление смерти вследствие нанесения самоповреждений.

Расширенный суицид: убийство близкого человека перед совершением самоубийства (например, мать прыгает с высоты с ребенком в состоянии послеродовой депрессии).

Оценка суицидальности:

- ✓ намерение;
- ✓ летальность;
- ✓ подготовка;
- √ насильственность;
- √ метод:
- √ спасение;
- √ сообщение;
- √ анамнез.

Оценка суицидального поведения включает ряд показателей, имеющих значение в принятии последующих решений (например, госпитализация):

Намерение: в какой степени самоповреждение связано с выраженным или слабым желанием вызвать наступление смерти.

Петальность: в какой степени использованный метод нанесения самоповреждения может привести к наступлению смерти или тяжелых последствий для здоровья.

Подготовка: в какой степени совершенное действие сознательно планировалось заранее.

Насильственность: степень жестокости использованного метода – насильственный (например, прыжок с высоты, выстрел...) или пассивный (передозировка лекарств).

Метод: передозировка, повешение, прыжок с высоты и др.

Спасение: насколько были предусмотрены варианты плана спасения или соответствующего поведения (например, после передозировки лекарств совершают телефонный звонок и предупреждают кого-то).

Сообщение: наличие и содержание заметок, писем или символов, которые позволяют предположить о субъективных мотивах суицидента.

Анамнез: наличие в семейном и личном анамнезе суицидального поведения. Наиболее важным предиктором суицидального поведения является наличие его в прошлом, в особенности суицидальных попыток [22].

Отношение к суициду в различных культурах

На протяжении веков изменялось отношение к суициду.

В Античном Египте суицид рассматривался, как способ избежать невыносимых условий жизни.

В Японии во все времена люди уважительно относились к случаям харакири (ритуальное самоубийство кинжалом), как к способу потерпевших неудачу или опозоренных людей оправдать себя. В течение Второй мировой войны японские пилоты-камикадзе рассматривали суицид путем взрыва вражеской цели своим самолетом как высокую честь.

В Индии когда-то ожидалось, что женщина сожжет себя на ритуальном пире в память об умершем муже, этот обычай известен как сати.

Суицид строго осуждался или объявлялся вне закона во многих других культурах.

Греческий философ Платон строго осуждал суицид.

Как нежелательное явление рассматривали суицид античные римские правительства, так как он приводил к потере солдат и рабов.

Суицид достаточно ясно запрещает иудаизм. Но есть одно исключение: воин, захваченный врагом, должен убить себя. Пример этого массовый суицид в Массаде (в 73-м г. н. э. 960 евреев убили себя в знак протеста порабощения их Римом).

Христианство осуждает СУИЦИД покушение как на СВЯТОСТЬ человеческой жизни. Святой Августин в IV в. н. э. определил суицид как грех. В средние века Римско-католическая церковь запретила хоронить жертв суицида в освященной земле. Английское законодательство заслуживающее рассматривало СУИЦИД как деяние, конфискацией имущества, безотносительно был ли суицид результатом безумия или болезни. Такая точка зрения на суицид была также утверждена законом в некоторых штатах колониальной Америки.

Сегодня, сообразуясь с современной точкой зрения на возможные психические болезни и заботясь о правах выживших после суицида, большинство традиционных религий относятся к таким жертвам сострадательно и хоронят последних по традиционным обрядам [19].

Но есть эпохи, когда целое поколение оказывается между двумя эпохами, между двумя укладами жизни в такой степени, что утрачивает всякую естественность, всякую преемственность в обычаях, всякую защищенность и непорочность! Герман Гессе. Степной волк

Суицид – причины, психология, превенция, помощь

Суицид осуждают основные мировые религии, и поэтому важным критерием отношения к нему является религиозное мировоззрение — нравственная сила личности с антисуицидальной направленностью. В прошлые времена в России, когда церковь резко осуждала любые суицидальные действия и люди без сомнений придерживались этих взглядов, вера являлась важнейшим атрибутом сознания человечества. В конце XIX в. уровень самоубийств в России был самым низким в Европе. С XX в. вера переживает свой кризис и перестает быть мощным регулятором поведения, который мог бы снизить вероятность суицида.

Наше общество во времена СССР имело главный элемент психического здоровья – будущее. Этот, пусть мифический, ориентир движения вперед, был смыслом жизни нескольких поколений нашего отечества.

Резкий слом религиозного, а затем атеистического мировоззрения в России отразился на психологической устойчивости граждан, т.к. способствовал идеологической и социальной их дезадаптации.

Сейчас, когда внедряется психология индивидуализма, личного успеха, а забота о других только декларируется через СМИ, но совершенно не обеспечивается в жизни, происходит катастрофическое расслоение общества.

работящие, Одни, не самые талантливые, И образованные, не знают, куда развернуть свои материальные ресурсы, доставшиеся им по случаю либо полученные по коррупционным схемам, противоправно, не по закону. Умножают материальные блага любыми, даже самыми аморальными способами, беззастенчиво разворовывают бюджет и делают бизнес на всем, что дает прибыль (производство псевдолекарств, наркотических средств и др.). Проживание в России считают временной необходимостью «в поле для охоты». Регистрируют оффшорные компании, открывают счета в зарубежных банках и уводят деньги из страны. Они независимо от пола развлекаются в меру своих понятий и даже наркотизируются или спиваются элитными алкогольными напитками, беспардонно, хамски ведут себя (в быту, самолетах, на отдыхе

за границей, автодорогах и др.) и «не видят окружающее их быдло» (быдло – слово польского происхождения, означает «рабочий скот», безвольное и покорное стадо, рабов, крестьян). Их лозунг – «живем один раз». С этими «русскими» в отелях за границей туристы из других стран стараются не останавливаться.

Другие, среди которых образованные специалисты, ученые, с высоким морально-этическим личностным уровнем, заложенным хорошей наследственностью воспитанием родителей-идеалистов. И психически надломленные нищетой творящейся несправедливостью, живут в обществе, в котором их ни во что не ставят, где «власть и деньги решают все», а громадные средства сосредоточены в руках немногих. В стране, в которой отсутствует национальная идея, заброшена деревня, «население не знает, куда идет», постоянно меняются законы, а любые регулярно предпринимаемые высшими чиновниками «благонамеренные» шаги и инициативы, широко рекламируемые СМИ, вскоре «увязают в бюрократической трясине», они бесправно существуют, тяжело страдают за себя и свое отечество, не видят выхода и смысла своего бытия.

Еще более худшие условия у людей из общества нижнего уровня, с накапливающейся в поколениях плохой наследственностью, с семейными обидами, драмами И смертельными С низкой профессиональной квалификацией, не имеющего «социальных лифтов». Это так называемые люмпены (от нем. lumpen – «лохмотья», термин, введённый К. Марксом для обозначения низших слоев пролетариата) – люди без социальных корней, нравственного кодекса, деклассированные элементы, готовые безрассудно повиноваться обладающему в данный момент реальной властью [16]. Они, маргинальные слои общества (от лат. margo – край), являются главным источником отклоняющегося поведения, активно суицидируют, убивают себя безрассудным поведением, алкоголем и наркотиками (саморазрушающее поведение, парасуициды), из-за социальной безысходности, нищеты ведут себя асоциально. К массовому безрассудному поведению в стране, вероятно, можно отнести ежегодные выезды весной на тонкий лед для отдыха и рыбалки, невзирая на опасность, ограничения и запреты («рыбки хочется»).

Уже почти два десятилетия в нашей стране число самоубийств критический порог сохранения генофонда обозначенный Всемирной организацией здравоохранения, а алкоголизм и наркомания выше всех мыслимых и немыслимых критериев. Наркотизация алкоголизация являющиеся следствием и причиной социальной нестабильности И микросоциальных конфликтов, рассматриваются современными авторами как своеобразный уход от действительности – социально-экономические населения на увеличивающая социальный дистресс и усиливающая риск суицидального использованием брутальных способов самоубийства, приводящих к завершённым суицидам [3, 4].

В условиях социального неравенства и морального кризиса происходит люмпенизация общества – распространение психологии люмпенов и увеличение доли этих слоев в населении. Отмечаемая центральной властью ГОДЫ стабилизация численности населения за последние обеспечивается преимущественно маргинальным представителями перенаселенных республик Северного Кавказа («мягкое подбрюшье России» – образное выражение политиков) и Закавказья, традиционного перемещающимися мест проживания, И3 оседающими в стране гастарбайтерами (от нем. «приглашённые рабочие» трудовые мигранты), по количеству которых Россия занимает первое место в Европе. Все происходящее серьезно ухудшает тяжелую криминогенную ситуацию и межэтническую напряжённость и, соответственно, способствует росту суицидов в стране.

При сегодняшней мировой глобализации, даже в странах с самой развитой и самой продвинутой демократией, явно проглядываются чьи-то экономические интересы (ради таких интересов россияне распрощались с социалистическими идеями). Например, американцы, стабильно уверенные и гордящиеся своей свободой выбора, двести лет ограничены «слоном» и «ослом». Обе эти силы – если не близнецы, то братья, хоть порой и драчливые по отношению друг к другу. Обе имеют общего духовного предшественника одного И3 отцов-основателей США Томаса Джефферсона, автора знаменитой Декларации независимости принятой наследниками первых поселенцев, прибывших в Новую Англию. Неудивительно поэтому мнение, что на самом деле между конкурирующими партиями нет серьёзных различий. Отсюда и популярная в США фраза: республиканец (эмблема "слон"), мол, это разбогатевший и постаревший демократ ("осёл").

К настоящему времени почти во всех странах самоубийство занимает третье место в статистике смертей вслед за гибелью в результате болезни и несчастного случая, а последние часто связаны с алкоголизацией и наркотиками.

Нравственная сторона самоубийства в XXI в. стала более видимой – любое социальное потрясение, любое массовое изменение общественного статуса, снижение привычных экономических возможностей влечет за собой всплеск суицидов. При, безусловно, большей свободе выбора решений, действий и поступков наш современник стал гораздо более зависим от социума.

Человек может утрачивать чувство нужности своего существования, терять точку опоры, перспективу будущего, уверенность в завтрашнем дне автоматизации развития общества, производства экономических кризисов. Через аппарат массовой культуры постоянно навязывается некий стандарт жизненного успеха, несоответствие которому воспринимается как трагедия, и чем комфортнее становится быт человека, увеличивается число значительнее суицидов. Это «Суициды исполнения» (с точки зрения выдающегося психолога, психоаналитика, психиатра XX в. Карен Хорни), когда возникает непереносимое чувство

несоответствия себя своему «идеализированному Я», отвечающему стандартам, предъявляемым обществом, тогда и совершается самоубийство.

Согласно теории межличностного общения, разработанной американским психологом и психиатром Салливеном, «личность не может быть изолирована от комплекса межличностных отношений, в которых человек существует». Человек оценивает себя, главным образом, в соответствии с отношением к нему других людей, что имеет важнейшее значение в жизни, а суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных (фрустрированных) психологических потребностей. В прежние времена стрессов было не меньше, чем сейчас, но люди были менее изнежены, психологически устойчивей, а выживание требовало значительно больше усилий, и это делало жизнь более ценной, так как человеку свойственно дорожить только тем, что дается с трудом.

Если в XX в. считалось, что враждебность является доминирующей эмоцией при суициде, то сегодня указывают и на другие глубокие эмоции: стыд, чувство вины, фрустрированная зависимость, приводящие к чувству внутренней опустошенности, беспомощности, безнадежности, смятения и тревоги, которые являются преобладающими в суицидальном состоянии.

К настоящему времени одним из основных наиболее объективных показателей и индикаторов социального благополучия, общественного психического здоровья и качества жизни населения считается частота суицидов [5, 12, 2].

Таким образом, причины суицида кроются в сочетании внутренних особенностей личности и факторов окружающей среды, общественной жизни, социальных условий, а самоубийство можно понимать как действия человека с целью самоуничтожения в ответ на возникшие проблемы, протекающие трудности, на фоне негативных состояний. эмоциональных и психологических В наше время изменившихся бытия проблема суицида приобрела условиях колоссальный масштаб.

РΦ большую многонациональным населения составом предрасположенность к суицидам и суицидальным действиям имеют финно-угорские и монголоидные группы коренных национальностей, что, этнокультуральными факторами связано с религией, обеспечивающими выраженность тревожно-депрессивных состояний. являющихся предиспозицией суицидального поведения [15, данным отечественных суицидологов, уровень суицидов выше у атеистов по сравнению с верующими, среди которых в лидерах находятся буддисты, далее христиане и «аутсайдеры» – мусульмане [12, 7, 15].

Почти 60 лет назад крупнейший ученый, директор Института экспериментальной медицины и хирургии (ныне Международный институт стресса) в Монреале Ганс Селье писал: «Тревога перед неопределенностью и расплывчатостью заставляет человека искать жесткой определенности, и мы видим проявления этого в широком распространении фундаменталистских религиозных сект и во всевозможных тоталитарных

духовных движениях», что также в полной мере относится к нашему российскому обществу. В истории периоды неуверенности всегда порождали религиозный фундаментализм (лат. fundamentalis — лежащий в основании, беспрекословное следование религиозным догматам). Люди спасаются от неуверенности своего реального мира, отступая в уверенность какого-нибудь религиозного мира. Религиозный фундаментализм теперь растет повсюду, утверждая абсолютный авторитет Божественного откровения, выраженного в Священном Писании, Коране и иных канонических религиозных текстах Священное Предание, законы шариата). Фундаменталисты проповедуют, что всякий, кто следует их религиозно предписанному пути, будет спасен. Те же, кто не следует их предписаниям, заслуживают наказания. Религиозные войны, активно действующие во всех частях света, усиливают нестабильность социума.

Виды суицидов

- В зависимости от вызывающих самоубийство причин, от особенностей самого человека, избравшего способ уйти из жизни, выделяются несколько видов суицидов. Эмиль Дюркгейм выделил три вида суицидов [6]:
- 1. Эгоистический суицид в наше время встречается наиболее часто. Чувство отчужденности и разъединенности с обществом, семьей и друзьями причина суицида. Состояние своего сознания становится единственным предметом наблюдений и анализа человек в состоянии меланхолии не думает о том, что не касается его, и не обращает внимания во вне. При усилении этого состояния нарастает чувство одиночества, он точно определяет час своей смерти, составляет подробный план исполнения и совершает суицид спокойно, умиротворенно. В случаях скептического и рассудочного хладнокровия человек думает о своей судьбе без грусти и относится к ней весело. Такая «возвышенная форма эгоистического самоубийства» встречается у хорошо поживших людей, утрачивающих положение в социуме, убивающих себя с ироническим равнодушием и спокойствием.
- 2. Альтруистическое самоубийство, при котором авторитет группы над индивидом является столь большим, что он теряет свою идентичность и в силу этого жертвует собой на благо общества. В отличие от эгоистических суицидов, характеризующихся упадком сил, альтруистические суициды совершаются с проявлением энергии. Человек убивает себя, потому что так велит его сознание поступок характеризуется твердостью и чувством исполняемого долга. Когда порыв веры и энтузиазма толкают человека на смерть, альтруизм принимает особенно острые формы, а самоубийство совершается более страстно и менее рассудочно.
- 3. Аномическое самоубийство (фр. anomie отсутствие закона, бесправие) человек терпит неудачу в адаптации к социальным изменениям, часто во времена общественных кризисов, экономической

депрессии или, наоборот, во времена процветания. Суициды совершают не только потерпевшие разорение, утраты, но и нувориши (от франц. nouveauriche – новый богач, в том числе разбогатевший на социальных переменах, спекуляциях, разорении других, пробившийся в высшие слои общества), которые не могут приспособиться к новым для них стандартам жизни. Человек, вырванный из привычных условий бытия, может впасть в отчаяние и обращается в сторону реальной или воображаемой причины, которой он приписывает свое несчастье. Человек направляет гнев против себя самого, если считает себя ответственным за случившееся. Если виноват не он, то — против виновного, а после убийства или другого проявления насилия против отравившего жизнь субъекта совершается самоубийство.

В настоящее время кроме трех названных вариантов суицидов психологи выделяют смешанные виды, когда признаки нескольких эмоций могут встречаться одновременно в одном самоубийстве. Так, например, в случаях аномического самоубийства человек лишает себя жизни в гневном состоянии, а гнев часто комбинируется с другими эмоциями.

Аномия с альтруизмом (альтруизм от лат. alter – другой, другие) – приношение в жертву своих выгод в пользу блага другого человека, других людей или ради общего блага в сочетании с возбужденным отчаянием.

Аномия и эгоизм — микст возбуждения и бесстрастия. Суицид, в котором возбуждение чередуется с подавленностью, порывы желаний — с меланхолическими размышлениями.

Эгоизм и альтруизм – сочетание меланхолии и моральной твердости – также могут привести человека к суициду.

Таким образом, психологическая сторона самоубийства представляет собой сложное, неоднородное явление.

Общие особенности суицида

Общие особенности суицида включают:

- √ общую цель суицида нахождение выхода из невыносимой ситуации, дилеммы, проблемы, психологического кризиса. Суицид не случайный поступок, он оказывается единственно доступным ответом человека на труднейшую ситуацию;
- ✓ общее состояние психики при суициде преходящее аффективное сужение сознания с ограничением вариантов выбора поведения («туннельность»). «Все или ничего» (дихотомическое мышление) пресуицидальное состояние человека с последующим отчаянием, порожденным видением только двух альтернатив;
- √ общее отношение к суициду амбивалентность. Человек должен совершить суицид и при этом желает и даже планирует посторонние вмешательства;
- ✓ общее коммуникативное действие сообщение о суицидальных намерениях. Намеревается совершить самоубийство и ищет возможности спасения, сознательно или безотчетно подает сигналы бедствия,

беспомощности, взывает о помощи;

- ✓ общее действие при суициде эгрессия или бегство, преднамеренное стремление из зоны бедствия. Например, уход из дома или семьи, увольнение с работы;
- ✓ общий смысл самоубийства окончательная смена декораций. Суицид это бегство от душевной боли и движение к полному прекращению потока сознания невыносимой душевной боли. Почти никто не совершает самоубийства от радости или в состоянии блаженства (как исключение, в мании, при БАР І типа, когда возможная фабула суицида «Остановись, прекрасное мгновение»);
- ✓ общую закономерность сущида соответствие сущидального поведения характеру, жизненному стилю, личности человека. Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются «последней каплей» в ситуации постепенно ухудшающейся адаптации.

Призывы к вмешательству при суицидальном настрое

Среди тех, кто намерился совершить суицид, трое из четверых тем или иным образом раскрывают свои стремления. Люди бессознательно призывают к вмешательству, защите, помощи, и если не находится никого, действительно заинтересованного им помочь, могут выбрать способ самоубийства и наметить время его исполнения. Часто их высказывания завуалированы и замаскированы: «Скоро будет все позади и эта боль закончится»; «Я хочу уснуть и никогда не проснуться»; «Когда я их покину, они будут очень сожалеть»; «Я не хочу быть им в тягость, быть источником проблемы». Иногда это едва уловимые намеки. Часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Возможны и прямые утверждения, когда говорят о своих намерениях открыто и ясно: «Я хочу покончить с собой»; «Я не хочу больше жить».

Суицидальными людьми руководят амбивалентные чувства, они испытывают безнадежность, и в то же самое время надеются на спасение. В течение ближайших недель 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают своих врачей и работников социальных служб, они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто врачи, соцработники и семья не слушают их. Часто желания за и против суицида настолько уравновешены, что если близкие в эти минуты проявят теплоту, заботу и проницательность, то человек выберет жизнь.

Восприятие суицидогенной ситуации индивидом

Суицидальное поведение свойственно не только душевнобольным, но и лицам с пограничными расстройствами психики и психически здоровым людям. Психологический кризис, порождаемый неблагополучием или конфликтом, зависит не столько от содержания суицидогенной ситуации,

индивидом. восприятия Даже У душевнобольных СКОЛЬКО OT ee в большей мере системой личностных суицидальность опосредована характеристик больного И особенностями его взаимоотношений ближайшим окружением И меньшей мере связана психотической симптоматики. Душевнобольные лишают себя жизни не обязательно по бредовым мотивам, их может побудить к этому стигмаоскорбительный статус «психа», «сумасшедшего», «ненормального» отношение к ним как к неполноценным членам общества. Мотивом может быть осознание того, что состояние может ухудшиться вплоть до появления дефекта и придется находиться многие месяцы в психиатрическом стационаре, среди тяжелых душевнобольных.

Особенности здоровых лиц и больных с пограничными расстройствами (акцентуации характера, расстройства личности) лишь создают условия для возникновения психологического кризиса, но не влекут за собой с фатальной неизбежностью спонтанных суицидальных действий. Прежде чем решиться на суицид, человек мысленно перерабатывает альтернативные варианты выхода из кризисной ситуации и в большинстве случаев находит адекватные способы реагирования.

межличностных конфликтов лишение рассматривается либо как бегство от травмирующей ситуации, либо как последний и самый веский аргумент в столкновении сторон, доказывающий правоту суицидента. Покушение на свою жизнь совершается не только под влиянием жизненной драмы, решение нередко принимается под влиянием литературных образов или стереотипов, создаваемых СМИ. Д.Р. Филипс (1982) обнаружил, что уровень самоубийств бывает повышенным в течение 10 дней после телевизионных сообщений о случае суицида [20]. Как и в случае с прессой, наиболее сильное воздействие оказывают широкое освещение реальных историй самоубийств на многих ТВ-каналах или передачах – особенно, если речь идет о знаменитостях. Существует немало свидетельств, подтверждающих, что некоторые формы документальных сообщений о самоубийствах в СМИ связаны со статистически достоверным ростом уровня самоубийств. Это может быть подражанием, копированием поведенческих образов, присутствующих на страницах литературных произведений, демонстрируемых с экранов телевизоров. СМИ, изображая самоубийц лицами с тонкой душевной организацией, побуждаемых к суициду обстоятельствами, придают таким поступкам таинственно-привлекательный романтизируют, делают СИМВОЛОМ чести, долга, ПОДЛИННЫХ твердости характера. Легче всего суицидальные поведения воспринимаются и усваиваются наиболее восприимчивыми к новым поведенческим образцам, социально незрелыми людьми, в том числе Инфантилы разрешении подростками. В жизненных руководствуются подобными стереотипами и рассматривают с позиций эффективности посягательство на свою жизнь. Ряд новых вопросов возник в связи с использованием сети Интернет, в которой существуют сайты с осуществлению способствующими планов лиц, размышляющих о самоубийстве.

Один из самых ранних известных случаев установления связи между информацией в СМИ и уровнем самоубийств был связан с публикацией в 1774 г. повести И. Гете «Страдания юного Вертера». В этом произведении герой кончает собой, стреляясь из-за несчастной любви. Вскоре после выхода повести в свет появилось множество сообщений о самоубийствах, совершенных юношами тем же способом. В результате книга была запрещена во многих странах [20]. После этого возник термин «эффект Вертера», используемый в специальной литературе для обозначения имитационных (подражательных) самоубийств.

Таким образом, самоубийство может становиться моделью для последующих отдельных суицидов (имитация), а также серии самоубийств (кластер) и способствовать возникновению последующих суицидов, независимо от непосредственной или опосредованной осведомленности о предшествующем самоубийстве («заражение»).

Суициды детей и подростков

Статистика самоубийств показывает, что, как правило, попытки суицида не совершают дети младше 11 лет.

Внушаемость, впечатлительность, импульсивность, наклонность ситуативным колебаниям настроения, способность К переживать, ярко чувствовать фрустрацию и низкая критичность к поведению являются основными психологическими особенностями детей и подростков из группы риска суицида. В детском возрасте поведенческие проблемы или конфликты, приводящие, в том числе, к прогулам школы, уходам из дома, побуждают к суицидальному поведению, так как сопровождаются страхом, гневом, тревожными и депрессивными состояниями, желанием наказать себя или других.

В случаях депрессии у детей выявляются нарушения сна, снижение аппетита, веса, утрата интереса к учебе, беспокойство, агрессивность, чувство неполноценности, печали, бессилия, страха или отвергнутости сверстниками, возможны и соматические жалобы. Подростки, не имея жизненного опыта, воспринимают возникающие перед ними сугубо личные причины переживаний и трудностей как нечто непреодолимое, абсолютно неразрешимое. Они склонны к крайностям и нередко в качестве решения проблем используют радикальный способ – уход из жизни, туда, где нет никаких проблем.

Желание смерти – достаточно распространенная реакция подростков на возникновение стрессовой ситуации. Даже массовые самоубийства не являются редким явлением у детей подросткового возраста.

В основе механизма так называемых «скопированных» самоубийств, когда группа детей одновременно или вслед друг за другом совершает самоубийство, лежит склонность подростков с повышенной внушаемостью к подражанию. Взрослые зачастую очень удивляются, когда узнают, что

толкнуло ребенка совершить суицид. Причина может быть столь незначительной, что взрослый человек не обратил бы на нее особого внимания, а для ребенка она глобальна. А.Е. Личко к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит [11]:

потерю любимого человека;

уязвленное чувство собственного достоинства;

различные формы страха, гнева и печали по разным поводам;

состояние переутомления;

разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;

отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство.

Суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии, то есть области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. По наблюдению автора, лишь 5 % суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии приходится 20–30 %, а все остальные — на так называемые подростковые кризы.

Не существует какой-либо одной причины или мотива самоубийства, в различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения:

манипулировать другим;

протест;

месть;

призыв проявить внимание, оказать помощь;

избежание наказания, страдания;

самонаказание;

стремление наказать других;

отказ от существования.

обобщенного психологического портрета подросткасуицидента, описанного разными авторами, характерны как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это эмпатичный человек со сниженной способностью сенситивный, переносить боль, его отличают высокая тревожность, пессимизм, самообвинению, склонность тенденция К К (дихотомическому) мышлению, трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем. В предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном – «сексуальные» и «любовные». Еще ОДНИМ важным фактором выступает влияние подростковой субкультуры [14].

В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями.

Посмертные записки

Каждый шестой суицидент без учета возраста оставляет посмертную записку. Часто его внимание сконцентрировано на проблемах текущей жизни, при этом он отвергает не саму жизнь, а ее нежелательный вариант, предлагаемый судьбой, и в записках обычно указывается на какое-нибудь совершившееся несчастье, неблагополучие или внутренний разлад.

В случаях ситуаций коммуникативного срыва в посмертных записках отражается состояние смятения, усталости от жизни, угнетение от надвигающейся беды и вывод о полной бесперспективности существования.

По мнению австрийского психолога, психиатра и мыслителя Альфреда Адлера, в ситуациях, когда индивид чувствует свою неполноценность и не может ее преодолеть, суицид может становиться скрытой атакой на других людей. Суицидент своим саморазрушением стремится вызвать сочувствие к себе и осуждение ответственных за его сниженную самооценку. В посмертных записках возможна следующая фабула: «В моей смерти прошу винить Клаву К.».

Основой суицидального поведения у пожилых и старых людей является не только физическое недомогание, но и мысль о том, что они обременяют собой других членов семьи.

В ситуации одиночества, изоляции от мира, когда не сохранились или разорваны связи с близкими людьми, самоубийцы изредка оставляют записки без конкретного адресата, в которых стремятся выразить обиду или претензии к жизни.

Суициды «для себя» и суициды «для других»

Законченные самоубийства и покушения на самоубийство (по не зависящим от него причинам человек остается в живых) являются реальными стремлениями к лишению себя жизни. Часто встречаются так называемые демонстративные угрозы и попытки, направленные на изменение условий, а не на лишение себя жизни. В этом плане предлагается подразделение на суициды «для себя» и суициды «для других».

Фактически поводами для суицидального решения являются все сочетания жизненных проблем и трудностей, с которыми встречаются люди с отрочества и до глубокой старости, а особо значимыми для суицида являются интрапсихические и средовые влияния.

К интрапсихическим факторам, оказывающим дезадаптирующее влияние, относятся:

- ✓ акцентуированные черты личности и искажения познавательной деятельности, дезадаптирующие индивида;
 - ✓ нарушения нормальных форм психологической адаптации у

больных психическими заболеваниями;

✓ подростковый и старческий возраст («группы суицидального риска»). Первый отличается несформированной адаптационной системой, а второй – ее нарастающими ограничениями.

К средовым факторам, оказывающим дезадаптирующее влияние, относятся:

- ✓ психотравмирующие воздействия;
- ✓ одиночество;
- ✓ падение социального статуса;
- ✓ миграции и др.
- ✓ суицидально опасная референтная группа:
- ✓ сверхкритичные к себе;
- ✓ лица, страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;
 - ✓ люди, страдающие от болезней или покинутые окружением;
- ✓ молодежь с нарушением межличностных отношений; «одиночки»; злоупотребляющие алкоголем или наркотиками; отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;
- ✓ подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.

Депрессия – синдромом самоубийства

Частой причиной суицидов является депрессия, которую в связи с этим называют синдромом самоубийства. Формированию депрессии могут способствовать тяжелые соматические заболевания:

язвенная болезнь с частыми обострениями;

туберкулез легких;

хронические гинекологические заболевания;

нарушения деятельности эндокринной системы и др.

Суициды как одна из форм реагирования соматических больных, также находятся в определенной зависимости от их личностных особенностей. Преимущественно это сенситивные, тревожно-мнительные, тормозимые, эмоционально-неустойчивые личности, а также акцентуированные пациенты, лица с патологическим развитием и психопатоподобными состояниями.

Критерии для распознавания суицидальных устремлений у соматических больных, позволяющие лечащему врачу заподозрить у больного суицидальный кризис. Подозрительным в поведении больного следует считать:

- ✓ нарастающую замкнутость, отгороженность;
- ✓ снижение (утрату) интереса к родным, близким, окружающим;
- ✓ безучастность к текущим событиям (перестают читать, смотреть

телепередачи) или появление растерянности, тревоги, импульсивности;

- ✓ безнадежность своего состояния, безысходность, крах жизненных планов в высказываниях больных и загруженность этими переживаниями;
- ✓ заторможенность, вялость, гипомимия, монотонность речи, негативизм, невнимание к своему виду либо состояние внутренней напряженности, элементы двигательного беспокойства (мечется, не находит себе места) и др.

Суицид может подготавливаться скрытно, постепенно и явиться полной неожиданностью для окружающих — «логическая» форма суицида. Либо суицид может реализоваться на фоне аффективного взрыва. Торпидный и взрывной варианты суицида чаще возникают на фоне адекватных психологических сдвигов (преимущественно при гиперсоматонозогнозиях) или у больных с психопатологическими формами реагирования.

Выделяют также «логические» суициды на почве разочарования и опустошенности и «суицид-бегство», который включает в себя:

- ✓ нозофобические суициды многочисленные разновидности ухода из жизни в предвидении болезни и уродства;
 - ✓ суициды в ситуациях наказания, одиночества и т. п.

Превенция суицида

Суицидальная превенция (от поздне-лат. praeventio — опережаю, предупреждаю; англ. prevention) представляет собой процесс прекращения акта саморазрушения. Превенция заключается в непосредственном контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, и психологическом кризисе [18].

Суицидальная превенция предполагает знание и способности распознать признаки возможного суицида, которые включают:

- ✓ предшествующие попытки самоубийства;
- ✓ изменения поведения и личности человека;
- ✓ депрессию;
- ✓ проявления беспомощности и безнадежности;
- признаки одиночества и изолированности;
- ✓ суицидальные угрозы;
- ✓ приготовления к суициду.

При наличии представленных признаков следует допустить возможность суицида, а субъекта оценивать суицидальной личностью.

Из-за социального табу многие люди испытывают неловкость при разговорах о суициде, также распространено представление, что нельзя обсуждать эту тему в присутствии людей, склонных к депрессии, так как такие разговоры могут стать причиной их раздумий о суициде. Но большинство психиатров и психологов считают, что лица, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах.

Столкнувшись с суицидальной угрозой, друзья и родственники, желая помочь, часто используют высказывания, которые способствуют обратному эффекту, вызывают у страдающего еще большую подавленность и блокируют дальнейшее обсуждение:

«ты живешь намного лучше других»;

«ты имеешь гораздо больше многих»;

«у тебя есть все»;

«тебе надо радоваться и благодарить судьбу».

Уместнее максимальное внимание, забота, ободряющие воздействия, направленные на поддержку отчаявшегося человека, а не поучения, нравоучения, морализирование и рекомендации типа «взять себя в руки», «у других хуже бывало и ничего».

Окружающие, воспринимая совершающих или пытавшихся совершить суицид как «ненормальных», отгораживаясь от них, стигматизируют и усугубляют негативное состояние суицидентов.

Нельзя относиться к суициду с осуждением или безразличием. Такие заявления резко контрастируют с душевной болью суицидента, уничижают чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужным и бесполезным.

Таким образом, подтверждается их представление о суициде как о единственно правильном и адекватном способе прервать свое «бессмысленное» и «никому не нужное» существование.

При работе с человеком в состоянии душевного смятения, с выраженными суицидальными тенденциями, нецелесообразно и бесполезно воздействовать на них непосредственно, путем увещеваний, разъяснительных бесед, порицания, давления или другим аналогичным образом.

Внимательное отношение, категорический отказ осуждать человека за его душевную боль, способность вовремя прийти на помощь, в том числе в эффективном поиске возможных путей разрешения проблем, позволит избежать непоправимых последствий.

Наиболее эффективным путем снижения интенсивности страдания человека является непрямое воздействие посредством уменьшения смятения и эмоционального напряжения. Необходимо предпринять попытку увеличить число вариантов выбора, раздвинуть психические шоры, таким образом противодействовать «туннельности» — сужению мыслей суицидального человека. Снизьте интенсивность страдания, и человек выберет жизнь.

Суициденты в случаях депрессии бывают не настроенными принять советы, им нужно больше говорить самим. Доказательством заинтересованного и заботливого отношения может быть молчание. Выслушав слова, выражающие чувства гнева, вины, печали или страха суицидента, можно оказать ему эффективную помощь.

Нельзя при разговоре с потенциальным самоубийцей проявлять излишнюю эмоциональность, агрессию или выражать непонимание и

недоумение, говорить: «Подумай, что будет с родными, какую боль причинит им твоя смерть?».

Не следует дискутировать. *Вступая в дискуссию с суицидентом,* можно не только проиграть спор, но и потерять его самого.

Значительно снизит угрозу самоубийства беседа, проводимая со вниманием, заботой и любовью.

Следует спокойно задать прямые, а не косвенные вопросы:

- ✓ Ты думаешь о самоубийстве?
- ✓ Есть ли конкретные соображения, как покончить с собой?
- ✓ C каких пор ты считаешь свою жизнь бессмысленной или безнадежной?
 - ✓ Как думаешь, почему появились эти мысли и чувства?

Это лучший способ вмешаться в эмоциональный кризис человека. Суицидент находит того, кому небезразличны его переживания, кто согласен обсудить эту тему, и у него появляется возможность понять свои чувства. Согласие выслушать и обсудить то, чем хочет поделиться с вами отчаявшийся человек, будет большим облегчением для него, испытывающего боязнь, что вы его осудите.

Помочь определить источник психического дискомфорта является наиболее важной задачей профилактики суицида. «Когда ты почувствовал себя хуже?»; «Что с тобой случилось за последнее время?» – могут быть наиболее подходящими вопросами.

Потенциального самоубийцу нужно подтолкнуть к тому, чтобы он как можно точнее определил проблему и то, что ее усугубляет. Следует выяснить, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения настоящего конфликта. Существует преемственность в том, как человек справлялся с подобными трудностями раньше. Поэтому при работе с суицидентами необходимо:

- ✓ вернуться к их предыдущим состояниям душевного волнения;
- ✓ оценить способность переносить психическую боль и наличие тенденций к суженному (дихотомическому) мышлению;
- \checkmark попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы (от греч. $\pi\alpha$ рά δ ειγμα пример, модель, образец) бегства.

Попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, не приходили суициденту в голову. Следует задать вопросы типа:

К кому ты бы мог обратиться за помощью?

Каким образом ты бы смог изменить ситуацию?

Что следует тебе предпринять?

Возможен поддерживающий совет, предложение какой-то альтернативы, которые вселят надежду и помогут выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

В работе с суицидентом многое зависит от качества установленных с ним взаимоотношений, от позиции его принятия. Он нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии, а не в формальном отношении к своей персоне. Неформальной эмпатии должны

соответствовать вербальные и невербальные сигналы. В случае с банальными утешениями человека можно довести до суицида.

Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций. В человеческом существовании являются неразделимо переплетенными счастье и страдание, тыма и свет, радость и печаль, и смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль.

Никто из людей не является абсолютно суицидальным. Даже самое страстное желание умереть по своей психологической сущности амбивалентно — часть личности хочет жить, другая стремится уйти. Суицидальная настроенность преходяща, чувства могут появляться, исчезать, возникать снова — эта закономерность является основой суицидальной превенции.

Очень важно:

- ✓ поддержать, укрепить силы и возможности человека;
- ✓ представить основания для реалистичной надежды убедительно, без нажима, честно;
- ✓ внушить, что кризисные проблемы обычно уходят, а самоубийство окончательно;
- ✓ определить серьезность возможного суицида. Намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой возможности и кончая разработанным планом суицида. Чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск.

Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, например, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свои любимый айпад, айфон или компьютер, с которым он ни за что бы не расстался. В таких случаях следует убрать возможные орудия самоубийства (оружие, ножи), лекарства, отравляющие вещества, веревки. Пока не разрешится кризис или не прибудет помощь, нельзя оставлять человека одного в ситуации высокого суицидального риска.

Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди СВОЮ проблему, страдание тревоги. подготовленных к работе с суицидентами психиатров и клинических психологов будет очень значимой и ценной. Они, благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию, необходимыми возможностями понимать человека, определить его потребности ожидания, и сокровенные чувства ситуации суицидальной угрозы.

Для того чтобы показать суициденту, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, можно заключить с ним договор связаться в будущем, для того чтобы еще раз обсудить возможные альтернативы поведения перед тем, как он решится на суицидальные действия.

Даже если критическая ситуация миновала, нужно сохранять настороженность, обращать внимание на любые изменения в поведении, например на повышение активности.

Накануне самоубийства суициденты могут просить прощения у тех, кого обидели, рассчитаться со всеми обязанностями и долгами, вызвать успокоение у родных и ослабить бдительность.

Оказание помощи суициденту не означает соблюдать молчание и обещать полную конфиденциальность в решении проблемы. Эмоциональные нарушения, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, они требуют длительного использования комплексных, в том числе психотерапевтических и психофармакологических мероприятий.

Суицидальное поведение пациентов детского психиатрического стационара

В марте 2012 г. проведено исследование на наличие суицидального поведения в анамнезе и в период настоящей госпитализации всего контингента пациентов (возраст детей от 11 до 16 лет) 10-го детского отделения Иркутской ОКПБ № 1. На стационарном лечении находилось 60 пациентов, у 25 % (15 чел.) больных выявлены различные виды суицидального поведения. Мальчиков было 9 (60 %), девочек — 6 (40 %). При этом распределение по полу зависело от возраста. Так, в старшем возрасте (14—16 лет) количество девочек преобладает — 5 девочек и 3 мальчика. И наоборот, чем младше ребенок (11—13 лет), тем чаще суицидальное поведение прослеживается у мальчиков — 6 мальчиков и 1 девочка [17].

Соотношение детей, проживающих в сельской местности и в городе, приблизительно одинаково – городских 8 (53 %), сельских 7 (47 %). Имеют инвалидность по психическому заболеванию 3 человека. Все дети учатся, но у подавляющего большинства имеется школьная дезадаптация (прогулы в школе, отказ от учёбы, нарушение дисциплины, конфликты с учителями и одноклассниками).

Трое детей воспитываются в семье, проживают в благоустроенных квартирах, имеют свои комнаты. Остальные дети (12 человек - 80 %) поступили в отделение из учреждений временного содержания: социальнореабилитационные центры - 7; школа-интернат - 1; детские дома - 2 и опека в другой семье - 2. Определившись с программой обучения, детей из социально-реабилитационного центра распределяют по детским домам и школам-интернатам, где они находятся до 18 лет. Такие дети к моменту учреждения временного содержания поступления νже эмоциональные, поведенческие нарушения, в том числе с расстройством влечений (бродяжничество, употребление табака. алкоголя, каннабиоидов).

Среди 3 детей, воспитывающихся в семьях, только в одной семье были и мать и отец, но ребёнок воспитывался в условиях гиперопеки. В двух других семьях были мать и отчим. Именно эти дети совершили суицидальные попытки (прием лекарств).

При анализе внутрисемейных отношений за «внешней причиной» на самом деле оказывалась недостаточная социализация, нередко связанная с дефектами семейного и школьного воспитания, во всех семьях нарушены отношения детей с родителями (эмоциональная холодность, отгороженность), напряжённые отношения между родителями, их алкоголизация и/или наркотизация.

У детей из социальных учреждений родители в большей части живы, но лишены родительских прав, имеют низкий образовательный уровень, ведут асоциальный образ жизни, злоупотребляют алкогольными напитками, употребляют наркотики.

Распределение пациентов по диагнозам:

- √ умственная отсталость легкая с нарушением поведения умственная отсталость умеренная с нарушением поведения (F 70.19–71.10), 8 человек (53,3 %);
- ✓ расстройство личности, расстройство адаптации (F 60.22, F 43.2), 4 человека (26,6 %);
- ✓ несоциализированное расстройство поведения (F 91.1), 2 человека (13,3%);
 - ✓ шизофрения (F 20), 1 человек (6,6 %).

Среди детей с умственной отсталостью суицидальное поведение аутоагрессии _ нанесение виде многочисленных, поверхностных порезов, царапин на тыльной и наружной поверхностях предплечий – 6 случаев (40 %). Таким образом, снималось нервное напряжение после конфликтов с ровесниками, воспитателями. Данное поведение проявлялось неоднократно. Также среди данного контингента детей были часты угрозы выпрыгнуть из окна, как реакция на отказ в выполнении желаний («хочу гулять, не хочу учиться»). В связи с внушаемостью, подчиняемостью таких больных были случаи массовых самоповреждений (наносили себе порезы в компании сверстников). Некоторые не могли объяснить своё поведение либо объясняли тем, что «заставили» так сделать ребята (F 71). Основной причиной госпитализации детей с умственной отсталостью, как правило, являлось психопатоподобного поведения характера. количество детей с олигофренией (53 %) среди исследуемых связано с тем, что данная категория пациентов составляет (75 %) от общего в отделении (данный показатель пациентов стабильным в течение трех последних лет и составляет 73,5-75 %).

В 2 (13,3 %) наблюдениях больных (F 91.1; F 20) отмечались суицидальные попытки – прием большого количества случайно найденных лекарственных средств (феназепам, депакин). Поводом послужили: отказ родителей в выполнении просьбы; намерение родителей развестись. В

обоих случаях была оказана медицинская помощь в токсикологическом отделении детской клинической больницы.

В 9 (59,4 %) случаях (F 70.19–71.10 – 7 больных; F 91.1 и F 60.22 по 1 больному) суицидальное поведение проявлялось в виде суицидальных мыслей (думают о смерти, но не о совершении самоубийства), при этом в 6 случаях с аутоагрессией. Данная форма дезадаптации наблюдается у эмоционально незрелых, эгоцентричных личностей, склонных к аффективному типу мышления, способных создавать и провоцировать конфликтные ситуации.

Проведённое исследование позволило выявить следующие особенности суицидального поведения детей и подростков, находящихся в отделении:

- ✓ подавляющее большинство из обследованных пациентов поступили из госучреждений;
- ✓ половина больных с суицидальным поведением были дети с умственной отсталостью (53 %). Суицидальное поведение у них было в психопатоподобного синдрома. Их госпитализации повторными, а самоповреждения – многократными. Именно из этих детей, Как правило, причиной имели инвалидность. суицидального поведения являлись конфликты CO сверстниками, родителями, воспитателями. Среди самоповреждений преобладало нанесение многочисленных царапин, порезов верхних конечностей (предплечья). Основными мотивами такого поведения являлись «протест», «призыв»;
- ✓ суицидальные попытки в виде отравления случайно найденными лекарственными средствами были присущи больным с расстройством личности и шизофренией.

Результаты данного исследования свидетельствуют о что профилактика суицидоопасных кризисных состояний многостороннего системного подхода. Необходимы психосоциальные мероприятия, направленные на семью, на устранение депривации при воспитании детей, профилактику наркоманий и алкоголизма. Это возможно при использовании в комплексе мероприятий, семейной психотерапии. С раннего возраста необходимо развивать навык адаптивного поведения, умение преодолевать конфликтные ситуации. Социальная адаптация госучреждений возможна при проживании И3 условиях, максимально приближенных к реальным условиям жизни и быта в благополучной семье, а не носить характер гиперопеки. Должна быть создана комплексная система помощи детям и подросткам, которые имеют Необходимо наклонности. сотрудничество суицидальные преемственность между педагогами, ШКОЛЬНЫМИ психологами, социальными работниками, детскими психиатрами.

Пациенты с суицидальным поведением в отделении пограничных состояний

Значимое влияние на уровень опасности совершения суицида, по большинства исследователей-суицидологов, ΜΟΓΥΤ жизненные ценности личности и окружающая его социальная структура. Человек чувствует себя частью большой группы, и степень его социальной интеграции, согласно Э. Дюркгейму, находится в обратном соотношении с возможностью совершения им суицида. Другими словами, самоубийство при недостатке социальных отношений вероятно столкновения личности С непреодолимым препятствием ПУТИ на удовлетворения важнейших жизненных целей.

Событие, вызывающее психологический кризис, воспринимается как провал, неуспех или утрата — «ключевая ситуация», ведущая к нарушению адаптации в социальной среде. К разновидностям утрат относятся:

- *утрата значимого объекта:* уход любимого, потеря близкого человека;
- *утрата необъектная:* снижение самооценки или уважения, вследствие унижения, оскорбления;
 - псевдоутрата: неправильная оценка события;
 - потенциальная или гипотетическая утрата;
- ожидаемая или предвидимая утрата (оцениваемая как реально произошедшая);
 - неоправдавшееся ожидание: разочарование;
- *переоценка «Я–концепции»:* переоценка какого-либо компонента личности.

В кризисном состоянии пациенты испытывают тревогу, беспокойство, ощущение бессилия, подавленности, пониженное настроение, также могут быть соматовегетативные (цефалгии, абдоминалгии, кардиалгии, сердцебиение, боли в груди, нарушения сна) и другие связанные со стрессом симптомы. При обнаружении таких симптомов необходимо оказывать адекватную медико-психологическую помощь пациенту.

Продолжительность течения психологического кризиса в типичных случаях составляет от одной до шести недель. Его благоприятный исход способствует личностному росту с повышением адаптационного уровня и способности противостоять новым кризисам.

В случаях усложнения и стабилизации симптомов кризисного состояния мобилизация личностных ресурсов затрудняется, пессимистические концепции будущего подкрепляются, и формируется тенденция к развитию хронического суицидального риска. В ситуациях кризисного негативного исхода состояния ведет К патологической дезадаптации C возникновением очерченных индивида психопатологических состояний И расстройств, последующим С присоединением коморбидной психической и соматической патологии, суицидальности.

В соответствии с тяжестью поведения суицидальность может быть классифицирована следующим образом [22]:

- *мысли о смерти:* человек может думать о смерти и желать смерти, но не о совершении самоубийства;
 - суицидальные мысли: человек думает о самоубийстве;
- суицидальные планы: человек выбрал для себя способ совершения суицида (например, запланировал день и метод);
- суицидальные действия: человек прерывает суицидальную попытку (например, может подняться на крышу, посмотреть вниз, но не спрыгнуть);
- суицидальная попытка: преднамеренное нанесение самоповреждений, с потенциальным риском смерти;
- *незавершенный суицид:* суицидальная попытка с крайне высокой вероятностью наступления смерти, которой не происходит по случайности (например, человек прыгает с высоты и выживает);
- *завершенный суицид:* также называемый просто «суицид»: наступление смерти вследствие нанесения самоповреждений;
- расширенный суицид: убийство близкого человека перед совершением самоубийства (например, мать прыгает с высоты с ребенком в состоянии послеродовой депрессии).

В аспекте вышеописанных представлений проводилось исследование больных дневного отделения № 14 Иркутской ОКПБ № 1 [10]. Общее количество пациентов, курируемых врачом в марте-апреле 2013 г., было 70, среди них выявлены 13 больных с суицидальным поведением в течение жизни, что составило 19 % от общего числа пациентов. Возраст больных составил от 22 до 59 лет. Мужчин было 2 (15 %), женщин – 11 (85 %). В соответствии с классификацией ВОЗ возрастных групп оказалось, что в молодом возрасте (18-30 лет) был только 1 мужчина, а в зрелом (31-59 лет) – остальные 12 больных, из них: мужчины – 1, женщины – 11. Количество повторных и первичных больных было близким – 6 (46,1 %) и 7 (53,9 %) соответственно. Подавляющее число больных – городские жители: 12 (92,3) %), сельские – 1 (7,7 %). Пациенты с высшим образованием – 11человек (84,6%); со средним специальным – 1 (7,7%); с начальным – 1 (7,7%). По пациенты с суицидальным поведением распределялись: расстройство адаптации – 5 человек; органическое поражение головного мозга – 4; БАР и шизофрения – по 2. Инвалидность была у 4 (30,3 %). Все пациенты с органическим поражением ЦНС имели высшее образование (4 человека). Из 13 человек проживают с супругами – 5; с детьми – 1 больная; 2 - холостяка; 5 пациенток недавно разведенные с мужьями. При анализе отношений внутрисемейных ОСНОВНЫМИ причинами суицидального поведения были: алкоголизация супругов и/или измена, конфликты.

Представлены были следующие виды суицидального поведения:

Мысли о смерти — 6 женщин. В половине этих случаев была недавно выявлена коморбидная онкологическая патология. Пациентки проходили химиотерапию и поступили на лечение с диагнозом «Расстройство адаптации». Еще 2 женщины поступили впервые в связи с разводом, с таким

же с диагнозом. Одна пациентка имела сына-инвалида 1-й группы по психическому заболеванию.

Суицидальные мысли выявлены у 4 пациентов (3 женщины и 1 мужчина). Мужчина с диагнозом «Органическое поражение ЦНС» поступает неоднократно в связи с финансовыми проблемами (провал бизнеса, непогашенный кредит). Одна женщина имеет мужа и зятя алкоголиков. Муж не работает, «деградировал как личность, тянет деньги, бомжует». Другая связывает суицидальные мысли с состоянием здоровья (постоянные головные боли, выраженное снижение памяти), у обеих органическое поражение ЦНС. У третьей женщины с биполярным аффективным расстройством (БАР) суицидальные мысли связаны с депрессией.

Суицидальные планы имели 2 пациента. У больного молодого возраста с диагнозом «Органическое поражение ЦНС» и 2-й группой инвалидности данное состояние связано с тяжелым материальным положением (живет на пенсию по инвалидности), имеет родственников с попытками суицида. Одна пациентка с повторными суицидальными планами, возникшими после убийства 19-летней дочери, получает лечение в связи с тяжелым депрессивным эпизодом в рамках БАР.

Незавершенный суицид имел место в одном случае у женщины в связи с разводом и трудной финансовой ситуацией. Поступила на лечение из токсикоцентра (отравление таблетками), диагноз «Расстройство адаптации».

Таким образом, на основании данных клинического материала определено, что суицидальную настроенность имеют преимущественно пациенты зрелой по возрасту группы с подавляющим преобладанием лиц женского пола. Основными причинами суицидального поведения являются различные состояния, относящиеся к утратам, приводящим к дезадаптации наших пациентов в социальной среде. Комплексным терапевтическим подходом является: психотерапия и психофармакотерапия с акцентом на применение нормотимиков-вальпроатов и/или антидепрессантов группы СИОЗС (золофт, ципралекс).

Заключение

Создав культурную диссоциацию, общество не смогло предложить нашим детям ничего взамен. Множество противоречивых культурных установок влияют на незрелую личность и создают такую же множественность ее собственных побуждений и внутренних условий. Это объясняет неустойчивость и противоречивость мнений и действий личности, ее психическую неуравновешенность и ее чувство вины.

Ролло Мэй (1909–1994) – известный американский экзистенциальный психолог и психотерапевт, дезинтеграцию внутри человеческой психики, проявляющуюся постоянной «плавающей» тревогой, требующей своего послабления и редукции (посредством различных форм зависимости и угрожающих целостности личности поступков), объяснял распадом (диссоциацией) традиционной культуры. Профилактика в обществе,

которое мы по-прежнему считаем демократическим, должна быть направлена на становление независимой личности.

В этом столетии исполняется 2000 лет великим словам одного из наиболее выдающихся раннехристианских писателей и теологов Тертуллиана (Квинт Септимий Флоренс Тертуллиан,155/165 — 220/240): «Душа человеческая по природе своей — христианка». Как только мы всерьез начинаем задумываться о профилактике суицидов и зависимостей, то приходим к необходимости идентифицировать себя с определенной духовной традицией. До 1917 г. проблема такой идентификации у мыслящих людей России сомнений не вызывала. Наша система «хорошо—плохо» исправно работала, так как опиралась на четко осознаваемые представления о нормальном человеке, заданные духовной традицией православного христианства.

После проповеди Христа 2000 лет назад появилось представление о человеке как отдельной личности, свободной в своих поступках, несущей ответственность перед Богом, главной обязанностью которой является любовь к ближнему. Это представление о человеке вбирает в себя большинство заповедей Моисея — если ты любишь ближнего своего, то ты не можешь у него украсть и не возжелаешь его жены. Именно это христианское представление о человеке создало современную демократию и коммунизм.

Исходя из вышепредставленного, религия — это удел не только священников. В христианстве все мы, врачи, учителя, социальные работники и священники, равно ответственны перед Богом. Христианство было образующей силой нашей истории и культуры. И мы, светские люди, имеем право в своих лекциях, уроках, психотерапии, воспитании детей, поведении в быту и социуме пользоваться тем духовным багажом, который оставили нам наши предшественники.

Воспитание в молодом человеке гордости за свое духовное прошлое является лучшим способом профилактики суицида и парасуицидального, в том числе, наркотического поведения.

Список рекомендуемой литературы

- 1. Амбрумова, А.Г. Мотивы самоубийства / А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова // Социологические исследования. 1987. № 6. С. 52–60.
- 2. Войцех, В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 22–27.
- 3. Войцех, В.Ф. Клиническая суицидология / В.Ф. Войцех. М.: Миклош, 2007.– 277 с.
- 4. Говорин, Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. Чита: РИО ЧГМА, 2008. 178 с.
- 5. Дмитриева, Т.Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению

- продолжительности жизни населения / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Вестник российской АМН. 2006. № 8. С. 180–220.
- 6. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социологический этюд: пер. с фр. с сокр / Э. Дюркгейм;,; под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 399.
- 7. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. СПб.: Диалект, 2004. 479 с.
- 8. Колягин, В.В. Суицид причины, психология, превенция, помощь / В.В. Колягин, В.В. Колягина // Кризисные состояния: клиника, диагностика, лечение и профилактика: материалы межрегион. науч.-практ. конф. Иркутск: РИО НЦРВХ СО РАМН, 2013. С. 64–86.
- 9. Колягин, В.В. Теории суицида. Классификации суицидального поведения / В.В. Колягин, В.В. Колягина // Актуальные проблемы суицидологи: сб. материалов науч.-практ. конф. Иркутск: РИО НЦРВХ СО РАМН, 2012. С. 5–18.
- 10. Колягина, В.В. Пациенты с суицидальным поведением в отделении пограничных состояний / В.В. Колягина, В.В. Колягин // Кризисные состояния: клиника, диагностика, лечение и профилактика: материалы межрегион. науч.-практ. конф. Иркутск: НЦРВХ СО РАМН, 2013. С. 86–90.
- 11. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. Л.: Медицина,1985. 416 с.
- 12. Положий, Б.С. Этнокультуральный аспект суицидального поведения / Б.С. Положий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3. С. 76—79.
- 13. Превенция самоубийств: руководство для специалистов средств массовой информации. Одесса: Ветаком, 2005. 14 с.
- 14. Сакович, Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков / Н.А. Сакович. М.: Генезис, 2012. 288 с.
- 15. Семке, В.Я. Новые импульсы к развитию этнокультурального направления в психиатрии / В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3. С. 3–8.
- 16. Теория государства и права: учеб для юрид. вузов и фак. / под ред. В.М. Карельского и <u>В.Д. Перевалова</u>. М.: ИНФРА-М-Норма, 1997. 570 с.
- 17. Чернигова, Е.П. Суицидальное поведение пациентов детского психиатрического стационара / Е.П. Чернигова, Н.Б. Силина, В.В. Колягин // Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии: сб. тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф., посвященной 10-летнему юбилею КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей». Барнаул: ГБОУ ВПО АГМУ, 2012. С. 107–110.
- 18. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. М.: Смысл, 2001. 316 с.

- 19. Berman, A.L. Оригинальный текст «Suicide» / A.L. Berman. Microsoft® Encarta® 98 Encyclopedia. URL http://online.zakon.kz/Document/?doc.id=30378038/
- 20. Philips, D.P. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence / D.P. Philips // American journal of sociology. -1982. -87. -P. 1340-1359.
- 21. Philips, D.P. Suicide and media / D.P. Philips, K. Lesnya, D.J. Paight // Assessment and prediction of suicide; eds. R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger. New-York, Guilford, 1992. P. 499–519.
- 22. Vieta, E. Actual classification of suicidal behavior / E. Vieta // Eur. Psychiatry. 2008. 23 (Suppl 2). P. 46.