

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России
Кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии

Суицидальное поведение и его профилактика

Методическое пособие для врачей интернов и ординаторов

Подготовлено заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и
клинической психологии, д.м.н. Дудиным И.И.

Благовещенск 2012 год

Суицидальное поведение и его профилактика

«Есть только одна по настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить – значит ответить на фундаментальный вопрос философии»

Альбер Камю

Е.S. Schneidman (1985) определил **суицид** как «... осознанный акт самоуничтожения, понимаемый, наилучшим образом, как многогранное расстройство личности, имеющей проблему, для решения которой суицид представляется наилучшим вариантом».

А.Г.Амбрумова (1978) не стремилась в своем определении разделять понятия «завершенный суицид» и «суицидальная попытка», несмотря на то, что эта терминология использовалась ею довольно часто. Она рассматривала эти акты в целостном понимании «суицидального поведения», введенного в литературу G. Deshais в 1947 году. Поэтому определение А.Г.Амбрумовой несло в себе отражение, выдвигаемой ею концепции, согласно которой **«суицидальное поведение** есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта». В 2005 году исполнилось 30 лет отечественной суицидологической науке. В 1975 году А.Г. Амбрумовой совместно с ВНИИ МВД СССР под руководством С.В.Бородина был организован отдел суицидологии, а затем и Федеральный научно-методический центр суицидологии при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР. По определению ВОЗ уровень самоубийств, превышающий 20 на 100 тыс. населения, говорит о ситуации кризиса в обществе.

Каждую минуту в мире кто-то предпринимает попытку преднамеренного самоубийства. Эти попытки 60-70 раз в день оканчиваются «успешно». В мире начитывается 1 миллион завершенных суицидов в год.

Самоубийство имеет подвижные возрастные пики. При сравнении статистики многих стран отчетливо выявляются два возрастных пика: «пик молодости» - от 15 до 24 лет и «пик старости» или инволюции, после 60 лет. В десятку ведущих причин преждевременной смерти в Европе входят самоубийства. Среди

мужчин частота самоубийств гораздо выше, чем среди женщин – в возрасте 15-35 лет самоубийства – вторая по частоте причина смерти (на первом месте автокатастрофы). Наибольшая в мире частота самоубийств у мужчин регистрируется в европейских странах: Литве (80,7 на 100 тыс. населения в год), России (69,3) и Белоруссии (60,3).

Проведенные исследования позволили установить, что уровень самоубийств в нашей стране зависит преимущественно от трех групп факторов: социально-стрессовых, региональных и этнокультуральных. В группу со стабильно низкой распространенностью суицидов (средние показатели в интервале 3,1 – 7,1 на 100 тыс. населения) вошли только 4 субъекта федерации: республики Ингушетия, Дагестан, Карачаево-Черкесия и Северная Осетия – Алания. Согласно результатам исследования, ведущим антисуицидальным фактором в этих регионах является этнокультуральный. Подавляющее большинство жителей этих республик являются мусульманами-суннитами и исповедуют ислам, отличающийся наиболее жестким и непримиримым отношением к самоубийству. С учетом высокой религиозности населения, это ставит мощный барьер перед возможностью самостоятельного ухода из жизни.

Наибольшую тревогу вызывает ситуация в регионах со сверхвысоким уровнем частоты самоубийств. В данной группе насчитывается 8 таких территорий: 3 республики (Удмуртия, Бурятия и Алтай) и 5 автономных округов – Усть-Ордынский Бурятский, Агинский Бурятский, Ненецкий, Корякский и Коми-Пермяцкий. Диапазон средних показателей составляет 61,1 – 100,9 на 100 тыс. населения. Таким образом частота самоубийств в этих регионах превышает критический уровень ВОЗ в 3-5 раз. Коренное население этих территорий относится к нескольким этническим группам: финно-угорской (удмурты, коми-пермяки), монгольской (буряты), самодийской (ненцы), чукотско-камчатской (коряки), тюркской (алтайцы). Несмотря на такой этнический спектр, данные народы имеют ряд сходств в своих культуральных особенностях, к числу которых относится лояльное и даже одобрительное отношение к самоубийству. В России существует феномен не типичного для других стран регионального разброса показателей частоты суицидов, достигающего 100 и более раз.

Следует отметить, что в течение последних 6 лет в стране отмечается тенденция постепенного снижения частоты самоубийств. Особенно существенное снижение произошло в регионах с традиционно низкой суицидальной активностью населения – в Северной Осетии (в 5,3 раза), Дагестане и Карачаево-Черкесии (в 1,5 раза). В Амурской области за последние годы уровень суицидов в среднем 51,6 на 100 тыс. населения, т.е. в абсолютных цифрах около 500 завершенных суицидов в год.

Личностный смысл суицидального поведения представлен в виде протеста, мести, призыва, избегания (наказания, страдания), самонаказания, отказа.

1. **Протестные формы** отражают агрессивную позицию суицидента. Это выражение противодействия к конфликтной ситуации или к враждебному окружению при невозможности ее (его) изменить. Мечь – это конкретная форма протеста, когда гетеро-агрессию нельзя реализовать.
«Сын, незаслуженно оскорбленный отцом, в гневе порезал себе вены на предплечье. Здесь звучит и протест против отца, и элементы мести, поскольку он знал реакцию матери».
2. Суицидальное поведение по типу **«призыва»** отражает пассивную реакцию личности с целью привлечения внимания к ситуации и возможности получения помощи для ее изменения.
«Подросток, уставший от завышенных претензий и притязаний матери, от постоянных переводов в другие школы, с более высококачественным уровнем обучения, с суицидальной целью выпил горсть таблеток, которые нашел дома в аптечке».
3. При суицидах **избегания (наказания или страдания)** речь идет также о пассивной реакции личности в ответ на угрозу своему социальному, личностному или биологическому существованию. Смысл суицида сводится к избеганию угрозы путем самоустранения. Это могут быть суициды у тяжело соматически больных с целью избежать физических страданий, в виде страха перед уголовной ответственностью, у молодежи нередко в виде страха перед наказанием.
4. Суицид по типу **самонаказания** является протестом против себя и является, по существу, самообвинением. Диалог с самим собой идет по пути гиперболизации, выявленных у себя отрицательных качеств, поступков и пр.
5. При суицидах в форме **отказа** цель суицида и мотив совпадают, поскольку и цель и мотив направлены на лишение себя жизни. Это также относится к протесту против себя, но в виде неудовлетворенности итогами своей жизни и пессимистической оценкой реальных перспектив существования.

Выделяют 5 типов суицидальных реакций: 1) эгоцентрического переключения; 2) душевной боли или «психалгии»; 3) негативных интерперсональных отношений; 4) отрицательного баланса; 5) реакции смешанные и переходные.

Реакции эгоцентрического переключения – это остро возникающие, кратковременные реакции на острые конфликты. Вначале возникает выраженный аффект, который генерализуясь приводит к сужению сознания. Идея суицида появляется в сознании внезапно, порой исчисляясь минутами и приобретает непреодолимую побудительную

силу. Способ самоубийства определяется, попавшими в поле зрения предметами (веревка, нож, окно и т.д.).

Реакция душевной боли нередко возникает в виде реакции обиды, протеста, негодования, отчаяния, безысходности с высокой интенсивностью отрицательной эмоции. Такого рода реакции, как правило, возникают в связи с внезапными или длительно существующими экстремальными ситуациями (разрыв высокозначимых межличностных отношений; утрата близкого лица; мучительная болезнь с угрозой инвалидности или смерти; сексуальная фрустрация и т.п.).

Реакция негативных интерперсональных отношений проявляется в виде мучительной и неотвязной сосредоточенностью на представлениях и суждениях в связи с разрывом высокозначимых отношений или резкого отрицательного отношения значимого лица. Часто они развиваются у лиц материально или официально зависимых от значимого лица.

Реакция отрицательного баланса отражает рациональное «подведение жизненных итогов», оценку пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. При выведении «отрицательного жизненного баланса» принимается решение о самоубийстве.

Теоретические концепции суицидального поведения

Социологическая концепция.

Известный французский исследователь Э.Дюркгейм впервые связал экономические критические ситуации, разобщенность в обществе с ростом числа самоубийств. Теория самоубийств Эмиля Дюркгейма зиждется на социальной организации и культурных традициях общества. Смысл его теории заключен в целостном рассмотрении соответствующего общества и его культуры в качестве причин самоубийства.

Биологическая концепция.

Представители этой концепции считают, что вследствие биологических или психических нарушений некоторые индивиды имеют особую уязвимость к суициду. А.Г.Амбрумова, Л.И.Постовалова (1984) считают, что следует ставить вопрос не о генетической предрасположенности к суициду, а о поиске социальных и психологических причин повторяемости суицидального поведения в нескольких поколениях. На их взгляд, истинной суицидальной наследственности не существует. Наследуется не склонность к суициду, а психопатологическая и социально-психологическая основа или почва для возникновения условий дезадаптации личности к социальной среде.

Психологические концепции.

S.Freud первый пытался объяснить суицид как выражение неосознанных интрапсихических конфликтов, например, неосознанной враждебности по

отношению к внутренне любимому объекту. С этой точки зрения суицид может рассматриваться как «убийство на 180 градусов».

Карл Меннингер (1938) развил представления З.Фрейда о суициде, исследовав их глубинные мотивы. Он выделил 3 основные части суицидального поведения: 1) желание убить; суициденты, будучи в большинстве случаев инфантильными личностями, реагируют яростью на помехи или препятствия, стоящие на пути реализации их желаний; 2) желание быть убитым; если убийство является крайней формой агрессии, то суицид представляет собой высшую степень подчинения: человек не может выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни; 3) желание умереть; оно является распространенным среди людей, склонных подвергать свою жизнь необоснованному риску, а также среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.

Суицидальное поведение как крик боли.

Интеграция данных современных исследований привела к созданию модели суицидального поведения – «крик боли». Она рассматривает суицидальное поведение как попытку избежать чувства «попадания в ловушку». Данные индивиды ощущают неспособность убежать от внешней ситуации или от своего собственного внутреннего смятения; при этом отсутствует надежда на спасение. Эта модель создает основу для создания моста между исследованием психологических, социальных и биологических факторов.

Одним из нарушений в сфере страсти является **суицидомания** – непреклонное влечение пациента покончить с собой, покинуть этот мир. Соображения пациентов могут быть, по-видимому, разными. Одни из них прониклись ненавистью к этому миру, другие – к самому себе, третьи стремятся причинить боль и страдания своим близким, четвертые стремятся во что бы то ни стало переселиться в иной мир, полный гармонии, счастья и совершенства, где они обретут наконец свое подлинное Я. Подробных самоотчетов таких пациентов существует немного, так что утверждать что-либо с полной уверенностью очень трудно. Существуют суицидоманы, которые борются за свое естественное и исконное право умереть, они хотят чувствовать себя абсолютно свободными людьми.

Предсмертное письмо В.Маяковского.

Всем !

В том, что умираю, не вините никого и, пожалуйста, не сплетничайте. Покойник этого ужасно не любил. Мама, сестры и товарищи, простите – это не способ (другим не советую), но у меня выходов нет.

Лиля – люби меня

Товарищ правительство, моя семья это – Лиля Брик, мама, сестры и Вероника Витольдовна Полонская.

Если ты устроишь им сносную жизнь – спасибо.

Начатые стихи отдайте Брикам, они разберутся
Как говорят –
 «инцидент исперчен»,
Любовная лодка
 разбилась о быт.
Я с жизнью в расчете
 и не к чему перечень
взаимных болей
 бед
 и обид.

Счастливо оставаться

Владимир Маяковский
12.04.30 года.

Товарищи вапповцы – не считайте меня малодушным.

Серьезно – ничего не поделаешь.

Привет.

Ермилову скажите, что жаль – снял лозунг, надо бы доругаться.

В.М.

В столе у меня 2000 руб. – внесите налог. Остальное получите с ГИЗа.

В.М.

Предсмертные стихи Есенина, написанные им собственной своей кровью, следующие:

До свиданья, друг мой, до свиданья.

Милый мой, ты у меня в груди:

Предназначенное расставанье

Обещает встречу впереди.

До свиданья, друг мой.

Без руки и слова.

Не грусти и не печаль бровей,

В этой жизни умирать не ново,

Но и жить, конечно, не новей.

Известно, что вообще к людям искусства психиатры применяют иные критерии, и рамки нормы для них существенно шире. А иначе – кого из русских писателей мы могли бы назвать нормальным? И здесь Маяковский и Есенин не исключение, а лишь подтверждение закономерности.

Шифры (МКБ 10)

Умышленные самоповреждения (X60-X84)

X60 Умышленное самоотравление в результате приема ненаркотических анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических препаратов.

- X61 Умышленное самоотравление в результате приема антиэпилептических, седативных, снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов, нигде не классифицированное.
- X62 Умышленное самоотравление в результате приема наркотиков и галлюциногенов, нигде не классифицированное.
- X63 Умышленное самоотравление в результате приема других препаратов, возбуждающих вегетативную нервную систему.
- X64 Умышленное самоотравление в результате приема других и неуточненных препаратов и биологических веществ.
- X65 Умышленное самоотравление в результате приема алкоголя.
- X66 Умышленное самоотравление в результате приема органических растворителей, каустической соды и их испарений.
- X67 Умышленное самоотравление в результате приема других газов и испарений.
- X68 Умышленное самоотравление в результате приема пестицидов.
- X69 Умышленное самоотравление в результате приема других и неуточненных химикатов и ядовитых веществ.
- X70 Умышленное самоповреждение в результате повешения, удушения и утопления.
- X71 Умышленное самоповреждение в результате утопления.
- X72 Умышленное самоповреждение ручным огнестрельным оружием.
- X73 Умышленное самоповреждение путем выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия.
- X74 Умышленное самоповреждение другим и неуточненным огнестрельным оружием.
- X75 Умышленное самоповреждение взрывчатыми веществами.
- X76 Умышленное самоповреждение огнем и дымом.
- X77 Умышленное самоповреждение горячим паром и горячими предметами.
- X78 Умышленное самоповреждение режущими предметами.
- X79 Умышленное самоповреждение тупым предметом.
- X80 Умышленное самоповреждение падением с высоты.
- X81 Умышленное самоповреждение падением под движущие объекты.
- X82 Умышленное самоповреждение путем совершения автокатастрофы.
- X83 Умышленное самоповреждение другими уточненными способами.
- X84 Умышленное самоповреждение неуточненными способами.

Профилактика суицидального поведения.

По содержанию профилактические мероприятия подразделяются на:

- Специализированные психиатрические (собственно суицидологические);
- Психологические – коррекционные, направленные на изменение личностных установок, повышения уровня психологической защищенности, активацию антисуицидальных факторов;

- Общемедицинские – лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки;
- Социальные мероприятия, содержанием которых являются изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов;
- Информационно-обучающие программы для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, создание специальных программ для студентов медвузов, врачей общемедицинской практики;
- Информационно-корректирующие мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, недопустимости преждевременного ухода из жизни, информирования населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи (КСПП) при поликлиниках.

По последовательности профилактика суицидального поведения разделяется на **первичную** (успешно может и осуществляется в кабинетах социально-психологической помощи при поликлиниках), задача которой состоит в предотвращении суицидов у контингента лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса и представляет собой группу риска.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение повторных суицидов, что может решаться в кризисных стационарах и КСПП.

Если систематизировать некоторые способы борьбы с отрицательными эмоциями неконструктивно-застойного характера, которые могут помочь в избавлении от таких малоприятных, а для некоторых и смертельно опасных состояний уныния, растерянности, депрессии, то это следующие:

- **ВЫГОВОРИТЕСЬ !** Этот прием возможен, когда есть рядом кто-то обязательно доброжелательный и расположенный выслушать вас, пускай даже молча. В социальной психологии такого человека условно именуют «жилеткой». Обычно это люди немолодые, душевные, умеющие хранить чужие тайны. Нередки случаи, когда облегчение приносит беседа со случайным попутчиком. Здесь работает фактор анонимности. Одинокие люди, имеющие домашних животных, часто выговаривают все, что накипело, им (с полной гарантией сохранения тайны исповеди !).
- **НАПИШИТЕ ПИСЬМО !** Если подходящего слушателя нет или вы не хотите прибегать к первому приему, напишите все ваши огорчения и переживания в форме письма. Адресат не важен. Причем это письмо не обязательно отправлять, а если вы его сохраните, то спустя некоторое время вам будет очень интересно, а скорее всего и полезно, перечитать его, проанализировать и сделать кое-какие выводы.
- **СДЕЛАЙТЕ СЕБЕ ПОДАРОК !** Эту рекомендацию можно выполнить как буквально, так и в переносном смысле – «подарив» себе несколько часов или целый день приятного времяпровождения. При этом

помните, что такого рода «подарки» нельзя делать слишком часто, иначе радость от них заметно потускнеет.

- **ПОМОГИТЕ ДРУГОМУ !** Всегда есть человек, нуждающийся в чьей-то помощи, хотя бы в том, чтобы его выслушали. Переключив свою энергию на помощь «ближнему», вы не только сделаете доброе дело, но и поможете себе выйти из пассивно-упаднического настроения, активизируете себя, ибо творить добро всегда приятно.
- **РАСТВОРИТЕ ПЕЧАЛЬ ВО СНЕ !** Если вы сможете заснуть, то это один из наиболее простых и во все века используемых способов расставаться с унынием и плохим настроением. Отдохнувший мозг направит мысли в русло более конструктивных решений и оптимистического отношения к жизни и проблемам, которые неизбежно возникают. Неслучайно почти у всех народов есть пословица соответствующая известной русской «Утро вечера мудренее!». Не забывайте только перед тем как заснуть, настроить себя на то, чтобы, проснувшись, вы посмотрели на мир без прежних горьких мыслей, от которых опускаются руки и ничего не изменяется в лучшую сторону.
- **«НЕТ ХУДА БЕЗ ДОБРА !»** Эта известная поговорка может служить девизом направленности ваших мыслей и действий. Составьте список всего хорошего, что присутствует в вашем положении, бесстрастно проанализировав то событие, которое повергло вас в уныние и тоску. Составив его, направьте все силы на воплощение в жизнь того, что написано – пускай хорошее постепенно начинает перетягивать плохое !

Загадка смерти всегда будет волновать человечество: вряд ли возможно и однозначное мнение относительно самоубийства. Наверное, и в самом гуманном обществе обстоятельства будут приводить людей к опасной черте. Но, опираясь на неповторимую ценность каждой человеческой жизни, общество может помочь любому выработать жизнеутверждающее мировоззрение, проникнуться верой в великое предназначение человека.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Васильев В.В. Особенности эпидемиологии суицидальных попыток среди женщин/ Психическое здоровье. – 2010. - № 10. – С. 3-8.
3. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
4. Дудин И.И., Коваленко Б.В. Случай компульсивного аутоагрессивного поведения под влиянием слуховых императивных галлюцинаций: Сб. научных трудов: Клиническая и патоморфологическая диагностика редко встречающихся повреждений и заболеваний. Благовещенск, 1997. С. 48-49.

5. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. С-Пб.: Союз, 1998. – 493 с.
6. Жмуров В.А. Психические нарушения. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 1016 с.
7. Меннингер К. Война с самим собой /Перевод Ю.Бондарева. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 480 с. (Серия «Психология. XX век).
8. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М.М.Милевского. М.:Издательство «Триада-Х», 2009 – 184 с.
9. Положий Б.С. Суициды в детском и подростковом возрасте (эпидемиологический и этнокультуральный аспекты): Аналитический обзор. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. – 24 с.
- 10.Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы /Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.