

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР**  
московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР

**ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**  
**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**МОСКВА-1980**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

«С О Г Л А С О В А Н О»

Зам. начальника Главного управления  
научно-исследовательских институтов  
и координации научных исследований  
В. П. РУМЯНЦЕВ

1 декабря 1980 г.

«У Т В Е Р Ж Д А Ю»

Заместитель министра

Г.В. СЕРГЕЕВ

1 декабря 1980 г.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Методические рекомендации

Москва 1980

Настоящие рекомендации составлены заведующей отделением суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР (директор института — проф. **В. В. Ковалев**), руководителем Всесоюзного суицидологического Центра профессором **А. Г. Амбрумовой** и старшим научным сотрудником кандидатом медицинских наук **В. А. Тихоненко**.

## **ВВЕДЕНИЕ.**

1. Актуальность изучения самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в наше время не подлежит сомнению как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных. По последним сводкам Всемирной Организации Здравоохранения в развитых странах самоубийство как причина смерти, занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими болезнями и несчастными случаями в результате дорожно-транспортных происшествий. Причем количество суицидов на земном шаре год от года возрастает, а максимум их в населении приходится на работоспособный возраст.

Не меньший моральный и материальный ущерб обществу наносят и покушения на самоубийство. По отношению к лицам, покушавшимся на свою жизнь, требуется **проведение неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий**, что ведет к дополнительным затратам медицинских сил и средств. В подавляющем большинстве случаев суициденты оказываются **нетрудоспособными** на тот или иной срок после попытки самоубийства, следствием чего являются прямые экономические убытки для общественного производства. Значительная часть суицидальных попыток **осложняется** тяжелыми хроническими расстройствами, **инвалидизирует** больных, выключая их из сферы общественно полезной деятельности. Наконец, нельзя не учитывать того отрицательного влияния, которое оказывают суицидальные попытки на моральное состояние окружающих лиц. Каждый суицидальный акт становится с этой точки зрения **специфическим психогенным фактором**, временно снижающим уровень оптимизма и активности членов ближайших социальных групп.

Приведенные аргументы свидетельствуют о том, что общество заинтересовано в избавлении от любых проявлений суицидальности, и что в нём сложилась потребность глубокого познания явления суицида и управления им.

**2. Суицидология** — наука комплексная, мультидисциплинарная. Она

сформировалась на рубеже 50-х годов 20 века и объединила в изучении суицидального поведения ряд смежных научных дисциплин (психиатрию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию) и имеет собственный объект, предмет исследования, а также теоретический, терминологический и методический аппарат. Отдельные аспекты суицида анализировались русскими учеными еще в конце XIX— начале XX вв. (В. М. Бехтерев, Н. П. Бруханский, П. Ф. Булацель, М. Н. Гернет, А. Ф. Кони, Н. П. Островский, Г. С. Петров, Л. А. Прозоров, Е. Н. Тарновский). В советской научной литературе освещение данной проблематики носило фрагментарный характер, без попыток построения целостной теоретической системы. Современные буржуазные суицидологи (Н. Крайтман, Д. Лестер, Е. Шнайдман, А. Вайсман, Н. Фарбероу, Е. Пейкель и др.) при интерпретации суицидального поведения обращаются к концепциям психоанализа, бихевиоризма, интеракционизма и тем разновидностям названных направлений, которые широко представлены в зарубежной психологии. При этом обращает на себя внимание эклектичность теоретических схем и тенденция к позитивистскому «перебору» различных обуславливающих факторов. Весьма симптоматично для современного этапа буржуазной суицидологии то, что ряд крупных ученых в последнее время вообще отказываются от попыток разработки теоретических концепций суицида и открыто демонстрируют прагматическую ориентацию, занимаясь лишь организацией превентивных служб и «кризисных центров». Естественно, что отсутствие единого концептуального подхода не способствует повышению эффективности профилактической работы.

Такая позиция неприемлема для построения отечественной суицидологии, методологический фундамент которой определяется принципами диалектического и исторического материализма при неразрывном единстве теории и практики.

3. На протяжении последних 10 лет в нашей стране систематические комплексные исследования суицидального поведения проводятся в отделе экстремальных состояний (суицидологическом Центре) Московского НИИ

психиатрии МЗ РСФСР совместно с Академией МВД СССР. Комплексный подход обеспечивает возможность как теоретического анализа феномена суицида (на социологическом, психологическом, клиническом уровнях), так и разработки системы профилактических мер в виде действующей в ряде районов г. Москвы превентивной суицидологической службы.

В предлагаемых рекомендациях освещается методологическая и методическая сторона одного из наиболее значимых для практики разделов суицидологии: **диагностики** суицидального поведения. Вопросам **профилактики** суицидальных действий в населении посвящены отдельные методические рекомендации (М., 1980).

Важно отметить, что **суицидологическая диагностика** включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, тенденций, поступков и др.) в их статике и динамике, но и всей совокупности личностных, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида. В процессе исследования каждого конкретного случая суицидолог оперирует такими понятиями как дезадаптация, конфликт, позиция личности, уровень ее социализации, установки, модусы поведения, ценностные ориентации, характер и структура контактов, механизмы защиты, фрустрация, толерантность к эмоциональным нагрузкам, социально-демографический статус, ролевое поведение, про- и антисуицидальная мотивация и т. д. Результат такой развернутой, многосторонней диагностики, во-первых, фиксируется в интегральной оценке **суицидального риска** (вероятности суицидальных действий) как основной прогностической категории, а во-вторых, определяет тактику ведения пациента, направления и формы лечебно-коррекционных воздействий, а также комплекс **превентивных мер**, которые следует строить на принципиально новой организационной основе.

## **1. КОНЦЕПЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.**

Исследование обширного эмпирического материала, собранного во многих регионах страны за ряд лет, позволили обосновать теоретическую концепцию (А. Г. Амбрумова), согласно которой **суицидальное поведение**

**есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.**

Фактический материал убедительно свидетельствует в пользу следующих принципиальных положений.

1. Совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: **больными психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровыми в психическом отношении лицами.** Опыт опровергает бытующую в кругах психиатров точку зрения на самоубийство, как на явление исключительно клинического характера. Количественное соотношение трех названных категорий составляет, по нашим данным (округлённо) 1,5: 5: 1. Следовательно, суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему диапазону диагностических вариаций — от психической нормы до выраженной патологии.

2. У всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки **социально-психологической дезадаптации личности.** **Объективно** дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. **Субъективным** выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных сдвигов от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически и выраженных психопатологических синдромов (астении, дистимии, депрессии, дисфории и т. п.).

Таким образом, социально-психологическая дезадаптация не тождественна понятию болезни, и может проявляться на двух уровнях патологическом и непатологическом. К **патологическому** уровню дезадаптации относятся известные в клинической психиатрии нозологические единицы, состояния, реакции и фазы. Выражениями

**непатологической** дезадаптации следует считать отклонения в поведении и переживаниях объекта, связанные не с заболеваниями, а, к примеру, с недостаточностью социализации, и нравственного воспитания, социально неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования и жизненных стереотипов (при миграции или вынужденной социальной изоляции), разрывом высокозначимых отношений (утрата близких), недостаточным овладением навыками полноценного социального общения, подражанием общественно отрицательным моделям поведения в подростковом возрасте и т. д.

Социально-психологическая дезадаптация личности в зависимости от степени ограничения или патологической трансформации четырех главных направлений адаптационной деятельности (преобразовательного, познавательного, ценностно-ориентационного, коммуникативного) может быть **парциальной** (частичной) или **тотальной**.

В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, следует выделять две фазы: **предиспозиционную** и **суицидальную**. **Предиспозиционная** фаза дезадаптации имеет свои объективные специфические и субъективные проявления в каждой из трёх основных диагностических категорий и не сопровождается суицидальным поведением. В **суицидальной** фазе, начинающейся с момента зарождения суицидальных тенденций к продолжающейся вплоть до покушения на свою жизнь, дезадаптационный процесс идет по общему «конечному пути», сводящему к нулю все исходные уровни и выработанные ранее формы агитации.

Основную роль в генезе суицидального поведения играет не абсолютная, а **относительная** глубина, социально-психологической дезадаптации, т. е. степень снижения уровня адаптации от исходного к наличному.

Применительно к эндогенным заболеваниям, токсикоманиям и алкоголизму это означает, что в состоянии психоза или токсикогенной психопатизации личности суициды совершают преимущественно те, у кого

до начала заболевания не выявлялось патологических отклонений.

Применительно же к широкому спектру пограничных расстройств (психопатии, патологические развития личности, неврозы и т. д.), а также к больным эндогенными заболеваниями в стадиях ремиссии приведённое общее положение означает, что при неблагоприятных воздействиях микросоциальной среды суицидальное поведение наблюдается значительно чаще у тех больных, у которых патологические формы защиты не приобрели жёсткого, монолитного, фиксированного характера.

3. Во всех диагностических категориях решающее значение для перехода диспозиционной фазы дезадаптации в суицидальную имеет **конфликт**.

Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую — тенденция, препятствующая ее удовлетворению.

Конфликт называется **внутренним (интраперсональным)**, если обе его стороны располагаются как бы внутри личности (например, долг и страсть, желание и возможность, привязанность и разочарование). В отличие от этого при **внешнем (интерперсональном)** конфликте одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, препятствующий удовлетворению потребности (запрет, приказ, требование и т. д.). В ряде случаев конфликт имеет **смешанный** характер.

Существенные дополнительные характеристики конфликт получает от той **сферы** деятельности, где он по преимуществу развёртывается: витальной, личной, интимной, семейной, профессиональной, бытовой, административно-правовой, или абстрактной, фантастической (при патологии).

Для правильной диагностики истинных причин и мотивов суицидального поведения, а, следовательно, выбора адекватных направлений коррекции и ликвидации конфликтных отношений, необходимо учитывать, что последние, возникая на той или иной первоначальной основе, могут в

дальнейшем подвергаться **генерализации, трансформации** или **переносу**. Таким образом, то, что при поверхностном рассмотрении выступает для исследователя (и нередко для самого субъекта) как единственная и конечная причина суицида, на самом деле оказывается лишь следствием иных, более глубоких и скрытых тенденций. В связи с этим требуется различать следующие типы конфликтов:

**а) локализованные — генерализованные;**

**б) первичные (основные) — вторичные (производные);**

**в) автономные (с истинным агентом) — перенесённые (с замещенным агентом).**

**а) Генерализацией конфликта** называется расширение круга лиц, вовлечение в конфликтные отношения новых агентов, связанных с локальным источником первоначального конфликта, причём в пределах той же его сферы.

**б) Трансформация конфликта** заключается в том, что на основе первичного конфликта в какой-либо сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере.

**в) Перенос конфликта** — это изменение направления конфликтной настроенности с истинного агента на замещающий его объект из другой сферы отношений.

Так, например, первоначальный внешний конфликт в семейной сфере между супругами, возникший на почве претензий мужа к жене (обвинение в фактической супружеской измене) может развиваться далее по трём направлениям (отдельно по каждому или сочетанно):

**а) из локального превращаться в генерализованный**, когда в конфликтные отношения вовлекается не только жена, но и её сестра, и тёща, поддерживающие жену и одобряющие её поведение;

**б) из первичного превращаться во вторичный**, когда в связи переживанием семейных неурядиц у мужа появляется снижение работоспособности, временная несостоятельность в профессиональной сфере, ряд провалов и неудач на производстве и, как следствие этого - профессиональный конфликт с руководителем;

в) из **автономного** превращаться в **перенесённый**, когда те отрицательные моральные качества, которые муж обнаружил у своей супруги, он начинает замечать и у сотрудницы (или приписывать их ей), что приводит к конфликту между ними.

Из этих примеров, очевидно, что в результате развития конфликтных отношений может происходить их смещение от истинного первоисточника и маскировка мотивов поведения, которые должны быть вскрыты в процессе суицидологической диагностики.

**Напряженность** и **сила** конфликта зависят от соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, не находящим своего разрешения и приобретающим черты экстремальности, является конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит и от резервов адаптации. Чем значимее сфера конфликта, тем большие требования предъявляются к адаптационным ресурсам. В случае их слабости, т. е. **в условиях предиспозиционной дезадаптации** и невозможности изменить конфликтную ситуацию, резко повышается вероятность суицида, как способа самоустранения от продолжения всякой деятельности.

Суицидogenous конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы. Первая из них — **предиспозиционная** — является предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

- **реальным** (у практически здоровых лиц),
- заключающимися в **дисгармонической** структуре личности (при пограничной патологии),
- **психотическими** («псевдореальными») при патологических переживаниях (аффективных, бредовых, галлюцинаторных).

Однако, несмотря на различие причин, в любом случае конфликт **для субъекта** имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостным переживанием напряжения и стремлением его ликвидировать.

Вторая — **суицидальная** — фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта.

С прогностической точки зрения чрезвычайно важно отметить, что predisпозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через т. наз. **критический** пункт, имеющий следующие две основные характеристики:

— а) значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

— б) субъективная оценка известных вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

. Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости, и резко возрастает вероятность возникновения суицидального поведения. Очевидно, что в отличие от суицидента, адаптированный субъект характеризуется широким диапазоном известных и приемлемых, активных путей разрешения конфликта.

4. Независимо от причин, условий и форм дезадаптации и конфликта, принятие суицидального решения предполагает **необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации**. Суицидальное поведение всегда опосредовано системой личностных характеристик субъекта и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой. Данная закономерность проявляется как у практически здоровых лиц, так и у больных пограничными формами и эндогенными психозами. При наличии психической патологии **не существует непосредственной зависимости** суицидального поведения от болезненных симптомов, какими бы клинически выраженными они ни были. Даже в случаях глубоких психотических расстройств (при аффективно-бредовых и галлюцинаторных синдромах) обусловленная ими «псевдореальная» конфликтная ситуация преломляется через базисные установки личности, что и определяет выбор того или иного варианта поведения (пассивного, активного, суицидального, агрессивного и др.).

**Таким образом, в каждом случае суицидального поведения генез**

**его определяется соотношением средовых, личностных и (если имеются психические расстройства) патологических факторов.**

При этом роль личностных и средовых факторов возрастает по направлению от психотических состояний к пограничным расстройствам и далее, к характерологическим реакциям практически здоровых лиц.

## **II. КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ.**

1. Любая классификационная схема предполагает, наличие определённой теоретической концепции, с позиций которой интерпретируется круг явлений, составляющих предмет данной науки. Становление различных концепций самоубийства сопровождалось и сопровождается выдвижением соответствующих классификаций. Так, например, социологическое направление, идущее от Э. Дюркгейма (1897), объясняет самоубийство как функцию разобщённости социума и оперирует в связи с этим терминами: «альтруистический», «эгоистический», «анемический» и «фаталистический» суициды.

Психоаналитические трактовки порождают такие типы суицидов, как «сообщение», «фантазия преступления», «неосознаваемое бегство», «магическое воскрешение», «возрождение и восстановление».

Примат рациональных оснований привёл к выделению «логического» (при физической боли, и неповрежденном разуме), «палеологического» (при расстройствах психики) и «каталогического» (при семантических ошибках и расщеплении мышления) типов самоубийств (Е. Шнайдман).

В ряде классификаций обнаруживается отсутствие единого принципа: суициды коллективные — индивидуальные; пассивные — активные; искренние — рассчитанные на привлечение внимания; запланированные — импульсивные (Н. Клопфер, 1961).

В других — попытки создать синтетическую систему, например, «эготические», «диадические» и «агенеративные» суициды Е. Шнайдмана.

Неоднозначность понятий и пестрота классификаций в ещё большей степени выступают при определении границ тех явлений, которые служат предметом суицидологии.

Выдвинутое Э. Дюркгеймом деление суицидальных проявлений на суицидальные тенденции, попытки и завершённые суициды, подвергается многочисленным модификациям и дополнениям. Предлагаются термины: «незавершённый суицид», «парасуицид» (Н. Крайтман); «возможный суицид», «суицид—игра» и «суицид через провокацию агрессии на себя» (Х.Нойрингер); «серьёзные» и «несерьёзные» суициды (А. Розен); «субсуицидальные феномены» (К. Меннингер), которые подразделяются на «хронический суицид» (аскетизм, наркомания), «фокальный» суицид (самокалечения, импотенция), «органический» суицид (органические заболевания) и примыкающие к ним «саморазрушающие самоубийства» Х.Нойрингера и «скрытые суициды» И. Меерло (переедание, чрезмерное курение, неосторожное ведение машины, скалолазание).

Подобное расширение круга суицидальных феноменов сопровождается ревизией одного из основных положений Дюркгейма, согласно которому самоубийство есть **намеренное** (осознанное) лишение себя жизни. В противоположность ему вводятся понятия «субнамеренного», «двусмысленного» суицида (А. Вайсман) и т. д.

2. Классификация суицидальных проявлений, разработанная в суицидологическом Центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, построена на основе психологической теории деятельности и изложенной выше концепции суицида. Она создана с учётом прогностических критериев и используется в практической работе по предотвращению самоубийств.

В качестве отправного пункта избрано определение самоубийства как **намеренного лишения себя жизни**. Это значит, что из сферы суицидального поведения исключены те случаи, где опасные для жизни действия не связаны с осознанными представлениями о собственной смерти. Подобные случаи составляют широкую зону аутодеструктивной активности, примыкающую к суицидальной сфере, но не являющуюся таковой в буквальном смысле.

Таким образом, **собственно суицидальным поведением называются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые**

представлениями о лишении себя жизни. Следует подчеркнуть, что термин «поведение» объединяет разнообразные внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, которые, согласно современным психологическим воззрениям, находятся в отношениях генетического родства.

**3. Внутренние формы суицидального поведения** включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. Перечисленный ряд понятий, с одной стороны, отражает различия в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов, а с другой стороны, представляет шкалу их глубины или готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения.

Практически целесообразно пользоваться **тремя ступенями** этой шкалы, причем выделять **передними**, особую, недифференцированную «почву» в виде **антивитальных переживаний**. К ним откосятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь» и т. п., где ещё нет чётких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

**Первая ступень** — **пассивные суицидальные мысли** — характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь и я бы умер ...» и т. д.

**Вторая ступень** — **суицидальные замыслы** — это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

**Третья ступень** — **суицидальные намерения** — предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется **пресуицидальным (пресуицидом)**. Длительность его может исчисляться минутами («острый пресуицид») или месяцами («хронический пресуицид»). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчётливо проводит описанные выше этапы. Однако эта последовательность обнаруживается далеко не всегда. При острых пресуицидах можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу — без предшествующих ступеней.

Некоторые авторы используют термин «импульсивные» самоубийства, приписывая им немотивированный характер. Эта точка зрения является внутренне противоречивой, т. к. допускает возможность преднамеренного поведения без мотива. Поэтому мы рекомендуем не употреблять термина «импульсивный суицид», а рассматривать случаи, которые им обозначаются, как неожиданные (для окружающих), с острым пресуицидом. Если же опасные для жизни действия не направлялись представлениями о собственной смерти, а имели иные мотивы и цели, то их правильнее относить к категории несчастных случаев.

Качественные характеристики пресуицидальных периодов чрезвычайно разнообразны в различных диагностических категориях суицидентов и включают в себя почти весь диапазон психопатологических синдромов и отрицательно окрашенных психологических переживаний. Столь же разнообразны и поведенческие характеристики пресуицида.

В повседневной практике целесообразно и прогностически оправдано пользоваться разделением пресуицидов на два типа: 1) **аффективно-напряженный** и 2) **аффективно-редуцированный**.

При, первом, аффективно-напряженном, типе суицидент фиксирован на своём актуальном состоянии; позиция личности активная при высоте интенсивности эмоциональных переживаний; пресуицидальный период ярко выражен в поведении и носит острый характер; терапевтическое вмешательство довольно быстро может принести купирующий эффект.

При **втором**, аффективно-редуцированном, типе, к которому относятся эмоционально «холодные», астенические, гипотимные и иные разновидности, интенсивность эмоций низка, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит пролонгированный характер, скуп в поведенческом выражении, с трудом поддаётся терапии. Этот тип пресуицида может быть как самостоятельным, так и выступать в качестве второго этапа вслед за аффективно-напряжённым периодом. (Более подробное описание отдельных вариантов суицидоопасных состояний в рамках двух названных типов см. ниже).

**4. Внешние формы суицидального поведения** включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

В качестве средств лишения себя жизни могут быть использованы самые разнообразные объекты, которыми характеризуется **способ суицида**: самоповешение, самоотравление, самопорезы, колото-рубленые, огнестрельные ранения, падения с высоты, под движущийся транспорт, ожоги и электротравмы, самоутопление. Значительно реже встречаются такие способы, как удары головой о стену, введение воздуха в вены и др.

Суицидальная попытка и суицид в своем развитии проходят две фазы. **Первая — обратимая** — когда субъект сам или при вмешательстве окружающих лиц может прекратить попытку. **Вторая — необратимая.** Хронологические параметры этих фаз зависят как от намерений суицидента, так и от способа покушения.

Исходя из определений суицидальной попытки и её фаз, можно в каждом конкретном случае решить практически важный вопрос, имел ли место переход от суицидальных тенденций к покушению на самоубийство. В частности, удаётся отличать суицидальные попытки от подготовок к суициду (накапливание лекарств, поиск режущих предметов и т. д., без целенаправленного использования их, как средств лишения себя жизни); причём подготовка к суициду может иметь **открытый** характер или

тщательно **скрываться**.

5. Внутренние и внешние формы суицидального поведения подчинены общим закономерностям строения человеческой **предметной деятельности** (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев).

Психологический анализ её «макроструктуры» выделяет, во-первых, отдельные **деятельности** — по критерию побуждающих их **мотивов**; во-вторых, — **действия**, подчиняющиеся сознательным **целям**; и, в-третьих, — **операции**, которые непосредственно зависят от **задач, т. е. условий** достижения конкретных целей.

Благодаря отношениям, складывающимся между целью и мотивом, формируется **личностный смысл** — существенная характеристика сознания и личности.

В соответствии с этим суицид можно рассматривать как **действие**, подчинённое конкретной цели покончить с собой, но включённое в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом. Иными словами, суицидальные действия в подавляющем большинстве случаев «обслуживают» иную «вышестоящую» потребность. Цель суицида и мотив деятельности, в состав которой он включён, не совпадают, а их отношение (цели к мотиву) составляет личностный смысл самоубийства для субъекта.

В гораздо более редких случаях суицидальное поведение изначально выступает не на уровне действий, а как самостоятельная **деятельность**, т. е. цель и мотив самоубийства сливаются. Такие наблюдения относятся преимущественно к области психопатологии (так наз. «суицидомания», суициды при простой форме шизофрении и некоторые другие).

Что же касается конкретных способов самоубийств, то они представляют собой **операции**, отвечающие их задачам, направленным на достижение цели в заданных условиях.

Исходя из общей структуры суицидальных актов, построены две типологические схемы, применимые как к внутренним, так и к внешним формам суицидального поведения.

**6. ПЕРВАЯ** типология, основанная на категории **ЦЕЛИ**, и дает возможность, с одной стороны, отграничивать суицидальное поведение от внешне сходных вариантов самоповреждений, а с другой стороны, внутри суицидальной сферы дифференцировать истинные суициды от демонстративно-шантажных.

Целью **истинных самоубийств, покушений и тенденций** является лишение себя жизни. В качестве конечного результата предполагается смерть, однако, степень действительной желаемости смерти чрезвычайно различна, что отражается на условиях и способах реализации суицидальных тенденций.

**Демонстративно-шантажное суицидальное поведение** своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого намерения. Кстати сказать, такая демонстрация подчас оканчивается завершённым суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств.

В отличие от суицидального поведения, **самоповреждения (или членовредительства)** вообще не направляются представлениями о смерти. Цель их ограничивается лишь повреждениями того или иного органа. Это находит свое выражение и в способах реализации и особенностях поведения субъекта.

Наконец, как уже отмечалось ранее, опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к **несчастным случаям**.

Таким образом, одни и те же операции квалифицируются по-разному, в зависимости от цели, которую они обслуживают.

Так, например, самопорезы бритвой в области предплечий могут быть отнесены: а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери; б) к разряду демонстративно-шантажных покушений — если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть, при отсутствии такового; в) к самоповреждениям — если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль (как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов) или углублением состояния наркотического опьянения (путём ограниченной

кровопотери);

г) к несчастным случаям — если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Внимательный анализ целей жизнеопасных действий особенно необходим у психотических больных. Так, в состоянии делирия выпрыгивание больного из окна в одном случае было расценено как суицидальная попытка, поскольку целью являлась смерть и избавление, таким образом, от преследователей; а в другом — квалифицировалось как несчастный случай, в связи с тем, что больной, будучи дезориентирован в окружающем и не предполагая смертельного исхода, «выбежал» в окно, сочтя, что он находится на первом этаже.

Известны случаи, когда больные шизофренией ложились на проезжую часть дороги перед транспортом, с целью доказать свое бессмертие, или прыгали с большой высоты, чтобы «пролететь над городом». Эти и подобные примеры не могут быть отнесены к суицидальным попыткам или к самоповреждениям, а являются несчастными случаями, несмотря на их операциональное сходство с суицидами.

Проведение подобного анализа, естественно, затрудняется теми искажениями, которые возникают при субъективной реконструкции состояний сознания. Вот почему так важны данные о поведении суицидента во время покушения на свою жизнь. В серии приведённых примеров требуемая дифференциация проведена благодаря направленному опросу пациентов и восстановлению объективной последовательности событий.

**7. ВТОРАЯ типологическая схема** основана на категории **ЛИЧНОСТНОГО СМЫСЛА**, как отношения не совпадающих между собой цели действия — (суицида) — и мотива деятельности, в которую он включён.

Неоднозначность личностного смысла суицидального поведения очевидна и, в общем виде, может быть представлена следующими типами:

- 1) Протест, месть.
- 2) Призыв.

3) Избежание (наказания, страдания).

4) Самонаказание.

5) Отказ.

1) **«Протестные»** формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. **Месть** — это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2) Смысл суицидального поведения типа **«призыва»** состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

3) При суицидах **«избежания»** (наказания или страдания) суть конфликта — в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избежании непереносимости наличной угрозы путём самоустранения.

4) **«Самонаказание»** можно определить как «протест во внутреннем плане личности»; конфликт, по преимуществу, внутренний при своеобразном расщеплении «Я», интериоризации и сосуществовании двух ролей: «Я—судьи» и «Я—подсудимого». Причём смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (так сказать, «от судьи», «сверху») и «искупления вины» («от подсудимого», «снизу»).

5) Если в предыдущих четырёх типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах **«отказа»** обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удаётся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью — лишение себя жизни.

Выделенные типы суицидального поведения представляют собой

аналоги общеповеденческих стратегий в ситуациях конфликта. При продольном анализе индивидуального поведения суицидентов в течение предшествующих лет их жизни выявляется предпочтительность реагирования по определённому типу, совпадение поведенческих реакций в конфликте с суицидальными по их личностному смыслу. Это подтверждает основные теоретические положения концепции суицида, в частности, роль личностного звена в генезе суицидального поведения.

Рассматривая предложенную схему от первого типа к пятому, можно обнаружить постепенное сближение цели суицида с мотивом деятельности, вследствие чего укрепляется истинность суицидальных тенденций, нарастает желание смерти, а значит, и «серьёзность» попыток. Имеется отчётливая связь с характеристиками конфликтов и пресуицидальных периодов. Закономерно изменяются некоторые параметры последних: увеличивается длительность и уменьшается острота и аффективная окраска. С выделенными типами суицидального поведения коррелирует ряд суицидоопасных состояний акцентированных реакций (см. ниже).

Предложенная типология обладает и прогностической значимостью. Имеется в виду её соотношение с особенностями постсуицидальных периодов.

**8. ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ** период, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, представляет собой «результатирующую» таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство; сам суицидальный акт, с его «психическим» и «соматическим» компонентами; особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий; соматические последствия и осложнения; новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное отношение к ней и т. д. Определить удельный вес каждого из перечисленных компонентов, его роль в формировании постсуицидального состояния — задача, от решения которой зависят не только теоретические построения, но и конкретная терапевтическая тактика.

Представленный в предыдущем разделе анализ пресуицидальных

состояний позволяет обозначить те узловые моменты, судьба которых прослеживается и в постсуицидах. Таковыми являются: а) конфликт и его значимость для субъекта; б) принятие суицидального решения; в) личностное отношение к суицидальной цели.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде соответственно определяются три главных момента:

- а) актуальность суицидогенного конфликта;
- б) степень фиксированности суицидальных тенденций;
- в) особенности отношения к совершенной попытке.

Перечисленные критерии позволяют выделить четыре типа постсуицидальных состояний, относительно независимых от их клинических выражений.

#### **ПЕРВЫЙ ТИП — критический.**

а) Конфликт утратил свою актуальность, т. к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряжённость», привело к «обрывающему» эффекту,

б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет.

в) Отношение к совершённой попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

#### **ВТОРОЙ ТИП – манипулятивный.**

а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счёт непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения её в благоприятную для него сторону.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к совершённой попытке рентное – лёгкое чувство стыда

и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчётливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Закрепление этого способа в памяти.

При втором типе постсуицидальных состояний вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьёзности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

### **ТРЕТИЙ ТИП – аналитический.**

а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к попытке негативное – раскаяние за совершённое покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

### **ЧЕТВЁРТЫЙ ТИП – суицидально-фиксированный.**

а) Конфликт актуален.

б) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимулируются).

в) Отношение к суициду – положительное, причём вербально это может выражаться в таком, например, заявлении, как: «не вижу иного пути».

При данном типе постсуицида пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т.е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

В ряде случаев, не выделенных нами в самостоятельный тип постсуицида, имеет место **отрицание, сокрытие** суицидальной попытки. Суицидент сознательно искажает факты, объясняя произошедшее

случайностью или неосторожностью.

Очевидно, что с типом постсуицидальных состояний определённым образом должна быть связана врачебная тактика. Так, если при **критическом типе** она может быть ограничена рациональной психотерапией, то при **манипулятивном** – уже необходимо включать в себя комплекс воздействий на личность пациента, и ставит перед психотерапевтом задачи изменения ценностных ориентаций, выработки негативного отношения к суициду, разрушения того шаблона реагирования, который в будущем мог бы привести к повторным суицидальным попыткам.

При **аналитическом** типе постсуицидальных состояний особые усилия следует направлять на ликвидацию конфликтной ситуации. Если она реально имеет место, то требуется помощь со стороны соответствующих служб; если же она обусловлена психопатологической продукцией, то необходимо лечение. Но, так, или иначе, суицидент нуждается в активной помощи и систематическом наблюдении.

Естественно, что наличие **суицидально-фиксированного** типа постсуицидальных состояний служит прямым показанием для применения мер строгого надзора по отношению к пациенту.

Четыре типа постсуицидальных состояний описаны выше в их «чистом», **неосложнённом** виде. В тех случаях, где после суицидальной попытки на первый план выступают явления экзогенных и соматогенных расстройств психической деятельности, обусловленных способом самоубийства (странгуляционная асфиксия с последующими синдромами помрачения сознания и дисмнестическими проявлениями; интоксикационные психозы при отравлении ядовитыми веществами; нарушения психики, характерные для острого периода черепно-мозговых травм и т.д.), постсуициды называются **осложнёнными**. При этом иногда отмечается **амнезия** суицидальной попытки и предшествовавших ей событий.

9. В связи с тем, что постсуицидальные состояния имеют свою динамику, целесообразно выделять три периода в их развитии:

- 1) **Ближайший постсуицид** (в течение первой недели после совершённой попытки).
- 2) **Ранний постсуицид** (от недели до месяца после попытки).
- 3) **Поздний постсуицид** (последующие 4-5 месяцев).

**БЛИЖАЙШИЙ постсуицидальный период.** Проявления его полиморфны и складываются из психических переживаний и сомато-неврологических осложнений, вызванных суицидальной попыткой.

Несмотря на лабильность оценок и личностных позиций, в течение недели после суицида формируется тип постсуицидального состояния, поэтому одной из главных задач является его правильная квалификация и выработка тактики дальнейшего ведения суицидента.

**В РАННЕМ постсуицидальном периоде** по мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются проблемы «психической реанимации» или психиатрической помощи (в случаях душевных заболеваний). Основные усилия должны быть направлены на ликвидацию конфликтной ситуации, выработку адекватных установок у суицидента, повышение его толерантности к психогенным влияниям и ликвидацию психопатологической продукции. Важно отметить, что в раннем постсуициде пациенты особенно подвержены травматизации и возрождению суицидальных тенденций, поэтому контакт их с суицидологом должен быть тесным и систематическим, независимо от того, происходит ли он в стационарных условиях или амбулаторно.

**ПОЗДНИЙ постсуицидальный период** наступает при благополучном прохождении раннего постсуицида, критериями чего служат: ликвидация конфликта, отсутствие суицидальных тенденций, устойчивое отрицательное отношение к совершённой попытке и наличие правильных жизненных ориентаций. На позднем этапе с особой отчётливостью выступают проблемы, не имеющие прямого отношения к данному суицидотропному конфликту, а затрагивающие уровни социальной адаптации личности. Необходимость психокоррекционных воздействий в этом периоде также не подлежит сомнению.

Итак, после покушений на самоубийство, не закончившихся смертью, наступают состояния, формирующиеся по определённым закономерностям, имеющие своеобразное клинико-психологическое содержание и отчётливую динамику. Представленная типология постсуицидальных состояний отражает их формальную и содержательную стороны и построена с учётом терапевтических рекомендаций, прогноза и мер по профилактике повторных суицидов.

Типы суицидального поведения и постсуицидальных состояний коррелируют между собой, «сопровождая» друг друга по мере движения от первых типов к последним.

### **III. МОТИВЫ И ПОВОДЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.**

Выяснение истинных мотивов (побудительных сил) суицидального поведения является сложной задачей. В силу ряда обстоятельств родственники суицидентов и окружающие их лица часто бывают незаинтересованы в разглашении причин суицидов, не желают вторгаться в сферу сугубо личных переживаний или, исходя из представлений о «позорности» и «греховности» самоубийств, пытаются скрыть не только их мотивы, но и даже факты суицидов и покушений.

Сами же суициденты (как уже отмечалось выше) не всегда адекватно оценивают причины своих поступков и зачастую выдвигают в качестве их объяснений лишь непосредственные **поводы**, ближайшие **события** или субъективно искажённые версии (**мотивировки**). Таким образом, может возникнуть несоответствие мотивов, поводов и мотивировок суицидального поведения.

Тем не менее, их систематизация и анализ, основанные на тщательном обследовании массивной, репрезентативной выборки (данные авторского коллектива суицидологического Центра и Академии МВД СССР) дают серьёзный материал для суицидологической диагностики и профилактики.

Целесообразно классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на

следующие группы:

**1. Лично-семейные конфликты, в том числе:**

- а) несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;
- б) ревность, супружеская измена, развод;
- в) потеря «значимого другого», болезнь, смерть близких;
- г) препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
- д) неудовлетворённость поведением и личными качествами «значимых других»;
- е) одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;
- ж) неудачная любовь;
- з) недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
- и) половая несостоятельность.

**2. Состояние психического здоровья, в том числе:**

- а) реальные конфликты у психически больных (см. весь перечень: п. 1, 3, 4, 5, 6);
- б) патологические мотивировки;
- в) постановка психиатрического диагноза.

**3. Состояние физического здоровья, в том числе:**

- а) соматические заболевания, физические страдания;
- б) уродства.

**4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента,**

в том числе:

- а) опасение судебной ответственности;
- б) боязнь иного наказания или позора;
- в) самоосуждение за неблаговидный поступок.

**5. Конфликты в профессиональной или учебной сфере, в том числе:**

- а) несостоятельность, неудачи на работе или в учёбе, падение престижа;

б) несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

## **6. Материально-бытовые трудности.**

## **7. Другие мотивы и поводы.**

**1. Лично-семейные конфликты.** Конфликты в личной и семейной сферах являются преобладающими мотивами (поводами) суицидальных поступков. Обращает на себя внимание неравномерность распределения завершённых самоубийств и покушений. Для их сравнения используется коэффициент летальности (К-лет), который отражает отношение удельных весов завершённых самоубийств и покушений.

Исследование показывает, что в тех случаях, где мотив (повод) связан с одиночеством, потерей значимого другого, половой несостоятельностью, супружеской изменой, коэффициент летальности выше единицы (до 4,4). Наоборот, в случаях неудачной любви или препятствий к удовлетворению ситуационной потребности — он значительно ниже единицы. Эти цифры косвенно свидетельствуют о степени серьёзности суицидальных намерений.

Статистические данные показывают, что разводы и семейные ссоры приводят к смерти (в результате суицидов) мужчин чаще, чем женщин. С другой стороны, болезнь и смерть близких, одиночество и неудачную любовь женщины переживают острее, чем мужчины.

Наиболее тяжело переносят семейные конфликты лица в возрасте 30—40 лет, неудачную любовь — молодые люди 16—18 лет, одиночество, потерю близких — лица пенсионного возраста, несправедливое отношение окружающих — подростки до 16 лет, а также лица 40—55 лет.

Семейные конфликты и разводы — мотивы самоубийств главным образом женатых (замужних) и разведенных суицидентов; неудачная любовь — холостых (незамужних); болезнь или смерть близких — у овдовевших; одиночество — у тех, кто не имеет семьи.

Сопоставление мотивов самоубийств и характеристик суицидентов показывает, что семейные ссоры чаще констатируются у тех, кто хуже характеризовался по месту работы, имел дисциплинарные,

административные взыскания, злоупотреблял алкоголем, доставлялся в вытрезвители, имел судимости. Напротив, такие мотивы самоубийств, как смерть близких, неудачная любовь, одиночество отмечаются чаще всего у лиц, которые получили положительную характеристику по всем перечисленным показателям.

**2. Состояние психического здоровья.** Анализ суицидального поведения у больных различными формами психической патологии представлен в следующих разделах методического письма. Здесь же необходимо указать на то, что примерно две трети таких больных совершают суицидальные поступки в **непсихотических** состояниях по вполне реальным мотивам и поводам, какие встречаются во всех других контингентах населения. И лишь около трети из них, в состоянии психоза выдвигают патологические «псевдореальные» мотивировки, связанные с бредовыми идеями несостоятельности, самообвинения, осуждения; преследования, физического воздействия; ипохондрическими, дисморфофобическими идеями; бредом

ревности; вербальными галлюцинациями, в том числе императивного характера; различными деперсонализационными, сенестопатическими расстройствами; патологическим изменением самооценки, первичной утратой смысла жизни и др.

В отдельных случаях суицидальное поведение возникает вслед за постановкой психиатрического диагноза (шизофрении) и взятием на учёт психоневрологического диспансера, что расценивается некоторыми сохранными больными как свидетельство безнадёжности их заболевания и полного личностного краха, т. е. является для них мощным психотравмирующим фактором.

**3. Состояние физического здоровья.** Удельный вес этого мотива самоубийств невелик, хотя наличие той или иной соматической патологии обнаруживается у значительной части суицидентов.

Принятие решения о самоубийстве в связи с представлениями о неизлечимости заболевания и переживаниями физического страдания чаще

наблюдается у онкологических больных (особенно на предиагностическом этапе обследования), у больных туберкулезом, тяжёлыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Причём примерно в 10% случаев субъективные представления о серьёзности заболевания явно преувеличиваются.

Ещё меньшую распространённость имеют суицидальные мотивы, связанные с уродством внешности.

Суициденты, мотивирующие свои покушения соматическими заболеваниями, относятся преимущественно к старшим возрастам, а уродствами — к возрасту 16—25 лет. Соматические болезни приводят к суициду чаще вдовых; уродства — холостых.

**4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента.** В данной группе мотивов следует выделять случаи опасения уголовной ответственности, иного наказания или позора, а также переживания раскаяния, стыда за совершённое преступление или неблагоприятный поступок.

Сопоставление данных завершённых и незавершённых суицидах показывает, что при боязни уголовной ответственности суицидальные действия более серьёзны, чем при опасениях иного наказания.

**В целом, контингент лиц, совершающих суициды по указанным мотивам, характеризуется с отрицательной стороны и обнаруживает предшествующий суициду период антисоциального поведения.**

#### **5. Конфликты в профессиональной или учебной сферах.**

Суицидогенные мотивы, связанные с работой или учёбой обуславливаются в одних случаях собственной несостоятельностью, неудачами, несоответствием своих способностей характеру предъявляемых требований, падением престижа; в других случаях отмечается несправедливость внешних санкций, предвзятость отношений. Так или иначе, коэффициент летальности здесь ниже единицы, хотя и не намного.

**6. Материально-бытовые трудности.** Суицидальные действия, обусловленные данным мотивом, встречаются крайне редко. Следует отметить, что объективно жилищно-бытовые условия и материальная

обеспеченность подавляющего большинства этих лиц оцениваются как хорошие или удовлетворительные. Речь идёт скорее о завышенных притязаниях, которые субъект не может удовлетворить в силу некоторых причин (недостаточных способностей, уровня образования или систематического злоупотребления алкоголем).

#### **IV. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА УРОВЕНЬ СУИЦИДОВ И СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В НАСЕЛЕНИИ (ГРУППОВЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА).**

1. **Уровень суицидов и суицидальных попыток** есть интенсивный показатель частоты данных явлений, который рассчитывается обычно на 100 000 населения. Числовые выражения этих коэффициентов неодинаковы для различных групп, выделяемых по тем или иным основаниям (факторам): полу, возрасту, месту жительства, профессии, семейному положению, состоянию здоровья и др. Таким образом, одни контингенты населения оказываются статистически более суицидоопасными, чем другие, характеризуются более высоким **суицидальным риском**, т. е. большей вероятностью появления в них случаев суицидальной поведением.

Статистико-эпидемиологические исследования показывают, что следует различать риск завершённых самоубийств и суицидальных попыток, соотношение которых по усреднённым данным составляет 1: 8. Однако в виду несовершенства форм статистического учёта суицидальных попыток фактически регистрируется не более 4—5 покушений в расчёте на 1 завершённое самоубийство.

Понятие суицидального риска применимо как к отдельным контингентам населения, так и к отдельным индивидам (см. следующий раздел). Причём на первом уровне по критерию суицидоопасности выделяются такие группы населения, в которых факторы риска встречаются в их совокупности, например: одинокие лица преклонного возраста (с высоким риском завершённых суицидов); лица, проходящие через бюро по трудоустройству (с высоким риском завершённых самоубийств и суицидальных попыток), и др.

## **2. Социально-демографические факторы суицидального риска.**

### **1) Пол.**

Уровень завершённых суицидов у мужчин в 4 раза выше, чем у женщин.

Уровень суицидальных попыток, по зарубежным данным, у мужчин должен быть в 3 раза ниже, чем у женщин. Однако проведённые нами статистические исследования (как выборочные, так и основанные на анализе «Специальных извещений о случаях суицидальных попыток» в г. Москве за 1978—1979 гг.) не выявили существенных различий по полу в уровнях покушений. Более того, за последние годы обнаруживается тенденция к некоторому превышению этого показателя у мужчин по сравнению с женщинами (1,1: 1 соответственно).

### **2) Возраст.**

Уровень завершённых суицидов последовательно поднимается по возрастным группам до своего максимума («пика»), который приходится на возраст 45—49 лет, после чего отмечается его некоторое снижение и последующее повышение, не достигающее до пика, в возрасте старше 70 лет. Описанное распределение характерно для обоих полов (вместе) и для мужчин. У женщин определяются два «пика» завершённых суицидов: в возрасте 50—54 лет и старше 70 лет.

В отличие от этого, суицидальные попытки не имеют «пиков» инволюции и старости; максимум их приходится на молодой возраст - 20—29 лет. Указанный «пик молодости» суицидальных попыток расширяется своим основанием у мужчин — в сторону - 30—35 лет («вправо»), а у женщин — в сторону 15—19 лет («влево»).

### **3) Место жительства.**

Уровни суицидов примерно одинаковы в городской и сельской местностях. В то же время, в разных регионах страны они существенно отличаются, имея векторы возрастания с юга на север и с юго-запада на северо-восток. Кроме того, суицидальный риск выше в группах мигрирующего населения.

### **4) Семейное положение.**

Среди суицидентов, по сравнению с общей популяцией населения, отмечается меньший процент состоящих в браке; уровни суицидов у разведённых и вдовых выше, чем у семейных. Среди лиц бездетных, а также живущих отдельно от родственников удельный вес суицидов в несколько раз выше, чем среди имеющих детей и проживающих с родственниками. Эти данные свидетельствуют о значительной роли фактора **одинокости** в генезе суицида.

#### **5) Образование и общественно-профессиональный статус.**

Уровень завершённых суицидов выше у лиц с неполным средним образованием, низкой профессиональной квалификацией, а также у пенсионеров и иждивенцев.

По уровню суицидальных попыток выделяются такие контингенты, как студенты вузов, учащиеся ПТУ, медицинские работники, водители транспорта (мужчины), служащие системы бытового обслуживания (женщины), неквалифицированные рабочие.

Причём фактором риска дезадаптации и суицида является не столько профессиональный статус, сколько высокая профессиональная мобильность, имеющая «горизонтальный характер», т. е. частые смены мест работы и профессий без роста квалификации.

#### **6. Отклоняющееся (девиантное), противоправное (делинквентное) поведение, алкоголизация.**

Риск завершённых суицидов и попыток существенно выше у лиц, отрицательно характеризующихся по месту работы, привлекавшихся к дисциплинарной административной и судебной ответственности, а также злоупотребляющих алкоголем (систематически пьющих, доставлявших в вытрезвители).

**7. Средовые факторы суицидального риска.** Одним из значимых факторов среды является **сезонность**. Максимум завершённых суицидов и покушений приходится на весенние месяцы (март—май); к осени наблюдается их снижение, а с декабря — января — подъём до весны.

Следует отметить, что за рубежом продолжают поиск других климатических факторов, коррелирующих с суицидальным поведением

(температура воздуха, атмосферные осадки, направление ветров, загрязнение атмосферы, солнечная радиация, лунные ритмы и т. д.). Несмотря на большое число проведённых исследований, положительные результаты пока не достигнуты.

#### **IV. МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА.**

**1. Соматическая патология** в форме острых хронических заболеваний обнаруживается у значительной части суицидентов; причём на первом месте — заболевания органов дыхания, затем — пищеварительного тракта, опорно-двигательного аппарата и травмы.

Обращает на себя внимание тот факт, что 28% лиц, совершивших покушение на свою жизнь, к моменту попытки имели листы нетрудоспособности по поводу соматических расстройств, и 45% в течение двух недель до суицида обращались к врачам-интернистам.

#### **2. Психическая патология.**

Среди покончивших жизнь самоубийством на учёте в психоневрологических диспансерах состояло 12—19%. Среди совершающих суицидальные попытки 16—23% состоят на психиатрическом учёте и ещё около 10% нуждаются в постановке на учёт. Следовательно, 1/3 часть суицидентов подлежит лечению и наблюдению в ПНД. По диагнозам они распределяются следующим образом (в порядке убывания удельных весов):

- шизофрения,
- хронический алкоголизм (без психозов),
- психопатии,
- непсихотические расстройства в результате органических заболеваний ЦНС и соматогенных заболеваний,
- реактивные психозы (преимущественно реактивные депрессии),
- умственная отсталость,
- неврозы,
- аффективные психозы,
- алкогольные психозы, эпилепсия,
- неалкогольные токсикомании,
- органические психозы,

- сосудистые психозы.

Таким образом, среди контингента больных ПНД, совершающих суицидальные попытки, отмечается абсолютное преобладание лиц, страдающих шизофренией и хроническим алкоголизмом. Однако приведённое распределение суицидентов по диагнозам не отражает высоты суицидального риска при той или иной патологии, т. е. частоты суицидальных поступков в расчёте на одинаковое количество больных, учтённых в ПНД. Такой расчёт показывает иное распределение диагнозов по уровням суицидальных попыток: на первые места выступают реактивные депрессии, неалкогольные токсикомании, психопатии и аффективные психозы. При остальных нозологических формах уровень суицидальных попыток значительно ниже (так при шизофрении он в 5—6 раз ниже, чем при реактивных депрессиях и токсикоманиях).

В целом, суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в ПНД (несмотря на то, что их количество не превышает трети всей совокупности суицидентов) в 35 раз выше, чем в общей популяции населения, при шизофрении — он выше в 32 раза, при МДП — в 48 раз, при реактивных депрессиях — в 100 раз.

Необходимо подчеркнуть, что контингент больных, учтенных ПНД, не соответствует реальной распространенности психических заболеваний в населении. Более полно выявляются и учитываются диспансером эндогенные психические заболевания и иные психозы. Поэтому вычисленный для них суицидальный риск по данным ПНД приближается к истинному показателю. Что же касается непсихотических форм с низкой выявляемостью (психопатии, неврозы и др.), то определение их истинного суицидального риска на материале ПНД не представляется возможным. На этот вопрос отвечают специальные эпидемиологические исследования.

Приведем лишь собственные, катamnестически проверенные данные, касающиеся распределения по диагнозам общей совокупности суицидентов (как учтенных, так и не учтенных в ПНД):

- психопатии, патологические развития личности, психопатические реакции (24%),

- алкоголизм (без психозов) (19%),
- реактивные состояния (14,5%),
- непатологические ситуационные реакции практически здоровых лиц (13,5%),
- шизофрения (11%),
- акцентированные реакции в пубертатном периоде (2.5%),
- психические нарушения в результате черепно-мозговых травм (2,4%),
- алкогольные психозы (2,4 %),
- невроты (1,8%),
- психические нарушения в результате соматогений, инфекций, интоксикаций (1,4%),
- токсикомании (1,3%), МДП, циклотимия (1,3%),
- психические нарушения сосудистого характера, в результате новообразований, дегенеративных заболеваний ЦНС (1,0%),
- психические нарушения в инволюционном, предстарческом, старческом возрастах (0,9%),
- олигофрении (0,7%),
- психические нарушения в результате внутричерепной инфекции (0,6%),
- эпилепсия (0,5%),
- половые извращения (0,2%),
- другие и неуточненные (1%).

Таким образом, в составе 2/3 суицидентов, не состоящих на учете в ПНД, находятся разнообразные пограничные нервно-психические расстройства и непатологические ситуационные реакции практически здоровых лиц; доля последних составляет 13—14%.

Возвращаясь к диспансерному контингенту, следует отметить, что суицидальный риск в группе больных, впервые поставленных на учет в текущем году, в 3,5 раза выше, чем в группе больных, ранее состоявших на учете. Учитывая, что распределение по диагнозам в двух сравниваемых группах примерно одинаковое (за исключением реактивных психозов), объяснить этот факт можно, во-первых, тем, что суицидальные попытки

служат для психиатров поводом не всегда обоснованной, расширенной постановки суицидентов на учет ПНД (с последующим снятием с учета через 1—2 года), и во-вторых, тем, что суицидальный риск выше на начальных этапах психических заболеваний, в период наиболее резкого развития дезадаптации при недостаточной сформированности компенсаторных механизмов.

Правомерность данного вывода подтверждена специальными исследованиями суицидального поведения больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Наиболее суицидоопасными оказались первые 3-5 лет с момента начала шизофренического процесса и первые 3 депрессивные фазы МДП.

Приведем краткие суицидологические характеристики отдельных нозологических форм.

а) Суицидальное поведение **при шизофрении** может быть обусловлено: преимущественно психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные средовые воздействия;

— своеобразием личностных позиций и мировоззренческих установок больных;

— психотическими расстройствами.

Чаще других наблюдается первый вариант суицидального поведения при вялом, малопрогрессирующем течении процесса и в состояниях ремиссий при приступообразном течении. Характерна относительная сохранность больных, критичность, «откликаемость» на ситуацию. Суицидальный риск выше при астенических и психопатоподобных типах ремиссий. Причины и мотивы суицидальных действий приближаются к таковым у практически здоровых лиц; преобладают мотивы «потери значимого другого» и осознание собственной несостоятельности в различных сферах деятельности.

Второй вариант суицидального поведения наблюдается обычно при простой форме шизофрении с изменениями личности, синдромом «метафизической интоксикации», аутистически-пессимистическим мировоззрением, инакомыслием, дистимическими расстройствами;

суицидогенные конфликты складываются в абстрактной, псевдореальной сфере; преобладают депрессивно окрашенные представления о бессмысленности жизни и бесперспективности бытия. При этом варианте в ряде случаев суицидальный риск оценивается как **хронически** высокий (суицидомания).

Третий, психотический вариант суицидального поведения встречается при остром развитии аффективно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступов, в том числе с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания.

Наиболее высокий риск суицидальных попыток и наибольшие трудности их предотвращения отмечаются при простой и психопатоподобной формах шизофрении, осложненных хроническим алкоголизмом.

**б) При маниакально-депрессивном психозе и циклотимии** в депрессивных фазах встречаются принципиально те же варианты суицидального поведения (преимущественно психогенные и психотический).

Суицидальный риск выше в случаях депрессий легкой и средней степени выраженности, «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных. Преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной измененности, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. В глубоких депрессиях суицидогенными являются бредовые идеи вины и ипохондрический мегаломанический бред Котара. Суицидальные попытки чаще совершаются при тревожно-тоскливом аффекте, на начальных этапах развития депрессивных фаз, у больных с астеническим, сензитивным и истероидным преморбидом.

В целом, при МДП и циклотимии суицидальные тенденции обнаруживаются у каждого второго, а суицидальные попытки у каждого четвертого больного.

**в) Риск суицидального поведения психопатических личностей**, как уже отмечалось, достаточно высок (25%). Среди суицидентов преобладают

истерические (39%) и возбудимые (30%) психопаты; далее следуют психопаты астенического круга и аффективные (по 11%). При этом тип суицидального поведения не является жестко связанным с радикалом психопатии. Так при истерической психопатии наблюдаются не только демонстративно-шантажные попытки, но и истинные (типа «призыва», «протеста», «избежания»); при возбудимой психопатии — не только суициды «протеста», но и «избежания», и «призыва».

Наиболее широкий спектр причин и особенностей суицидального поведения отмечается у тормозимых психопатов (астеников, психастеников), кстати сказать, редко встречающихся в практике психиатров. Наибольшая вероятность повторных суицидальных попыток — у возбудимых психопатов.

Отвлекаясь от конкретного клинического содержания (радикала) психопатий, целесообразно учитывать следующие, **общие** закономерности. Суицидальный риск выше:

- в случаях «краевых» и мозаичных форм психопатий, при которых не наблюдается жестких, клинически завершенных шаблонов патологического реагирования (истерических припадков, соматических конверсий, массивных obsessions и ритуалов, легко реализуемой агрессии, паранояльных реакций);

- на этапе формирования психопатической структуры (по сравнению с более отдаленными, клиническими завершенными этапами);

- при длительной личностной переработке конфликтной ситуации без специфического для той или иной формы психопатии способа реагирования, т. е. при отставленном психопатическом реагировании (по сравнению с быстрым включением психопатических шаблонов в ответ на средовые воздействия).

Отмеченные особенности способствуют повышению суицидального риска при т. наз. **органических психопатиях**, формирующихся на почве органических поражений ЦНС различной этиологии.

г) Принципиально те же закономерности относятся и к **неврозам**: чем менее сформированы, монолитны, стабильны и включаемы патологические формы защиты (истерические, obsessивно-фобические, ипохондрические и

др. комплексы), тем выше суицидальный риск. По-видимому, ошибочное мнение о том, что неврозы и суицид несовместимы, питается как раз фактами малой вероятности суицидального поведения при клинически оформленных, глубоких и далеко зашедших неврозах.

В заключение данного раздела отметим, что по целому ряду групповых признаков **популяция лиц, кончающих жизнь самоубийством, отличается от популяции лиц, совершающих покушения.** Соотношение между ними может быть представлено графически в виде двух сфер (меньшей и большей), но не расположенных одна внутри другой, а **взаимопересекающихся.**

## **V.ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА.**

1. Понятие суицидального риска, как уже указывалось, применимо не только к отдельным группам населения, но и к отдельным индивидам.

При индивидуальной диагностике суицидального риска необходимо, прежде всего, учитывать, влияние групповых факторов, в силу того, что каждый конкретный человек является носителем определенного набора групповых признаков (имеет пол, возраст, профессию, семейное положение; характеризуется наличием или отсутствием заболеваний и т. д.). Однако, совокупность групповых факторов риска, какому бы точному шкалированию они не подвергались, еще не обуславливает суицидального поведения, а лишь создает определенную почву, повышающую его вероятность в ситуации конфликта. Поэтому применяемые в ряде зарубежных стран методы индивидуального прогнозирования суицида, которые основаны преимущественно на статистических, групповых моделях, во многих конкретных случаях «не работают», т. е. оказываются явно недостаточными,

Для более точного предсказания суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуальных факторов.

В каждом конкретном случае **реальный риск суицидального поведения мы рекомендуем определять на основе сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности.** Это положение принципиально отличает предлагаемый нами подход от существующих

методических приемов, построенных на одностороннем учете лишь суицидогенных факторов.

**2. Индивидуальные факторы личности, имеющие суицидальную направленность**, подразделяются (по мере их последовательного включения на пути от дезадаптации до суицидального поступка) на **предиспозиционные, позиционные, статусные и интенционные.**

1) **Предиспозиционные суицидогенные факторы** представляют собой «слабые», «угрожаемые» в отношении их недостаточности, неполноценности функционирования, механизмы психической деятельности, которая складывается из: мотивации; ориентировки в ситуации, ее оценки, суждения о ней; формулировки цели и задач; принятия решения; выбора средств осуществления деятельности и необходимых для этого форм контактов.

Потенциально опасной в отношении суицида, приводящей к срыву тех или иных звеньев деятельности, является совокупность следующих условий:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение или утрата ценности жизни.

Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, могут быть названы **предиспозиционными суицидогенными комплексами.** Методами их диагностики являются клиническое наблюдение, беседа и психологическое обследование (ассоциативные методики, тематический апперцептивный тест, метод Роршаха, методика незаконченных предложений **В. А. Тихоненко**).

2) **Позиционные суицидогенные факторы** — это «проигрышные», дезадаптирующие, суицидоопасные позиции, которые личность занимает в

ситуации конфликта. Позицией личности называется интегральное, смысловое образование, выражающее систему отношений субъекта к наличной ситуации, мнению окружающих и к самому себе; содержащее в себе моральную оценку ситуации, прогнозирование ее исхода, а также определяющее тактику поведения.

Риск возникновения суицидальных тенденций и поступков значительно возрастает, если субъект занимает в ситуации конфликта при наличии predispositional суицидогенных факторов (см. выше) одну из следующих «проигрышных позиций» (вербальное выражение этих позиций для облегчения их диагностики приводится от первого лица):

- «никто меня не понимает», «все против меня», «нет справедливости», «нет сил бороться»;

- «я никому не нужен», «за что вы меня так мучаете?»;

- «дальше будет еще хуже», «деваться некуда», «мне не вынести этого позора»;

- «никогда не прощу себе»;

- «никогда не вернуть того, что было», «все потеряно», «это — конец».

Приведенные примеры можно было бы дополнить. Нетрудно заметить, что пять вариантов формулировок суицидоопасных позиций личности соответствует пяти смысловым типам суицидального поведения: протесту, призыву, избеганию, самонаказанию, отказу — и относительно независимы от конкретного многообразия причин и содержаний конфликтов. В этом их диагностическая ценность для суицидологии.

3) Статусными **суицидогенными** факторами являются те психические состояния и реакции, возникая на основе соответствующих predispositional и позиций, несут в себе потенциальную угрозу суицида. Суицидоопасные патологические состояния в клинике психических заболеваний указаны в предыдущем разделе. Это аффективные (тревога, страх, депрессия, дистимия, дисфория), аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы.

Что же касается лиц практически здоровых, а также занимающих

промежуточное положение между нормой и пограничной патологией, то возникающие у них в экстремальных, конфликтных условиях суицидоопасные состояния и реакции следует выделять в особый класс, отличающийся, с одной стороны, от психопатологических синдромов, а с другой стороны - от оптимального диапазона нормальных переживаний.

Этот класс представлен **характерологическими акцентированными реакциями**. Анализ наблюдений показывает, что в ситуации конфликта суицидальное поведение у одних лиц возникает на фоне своеобразных характеристик сознания и самосознания; у других при ведущем влиянии интенсивных эмоциональных переживаний; у третьих – вследствие доминирования идеи, подрывающей жизнестойкость индивида; у четвертых – в результате «трезвого» взвешивания всех «за» и «против». Встречаются также смешанные и переходные варианты.

Таким образом, основанием для классификации суицидоопасных акцентированных реакций служит относительное преобладание в их структуре того или иного уровня психической деятельности.

Рекомендуется классификация включает в себя следующие пять типов:

- 1) реакции эгоцентрического переключения,
- 2) реакции психалгии (душевной боли),
- 3) реакции негативных интерперсональных отношений,
- 4) реакции отрицательного баланса,
- 5) реакции смешанные и переходные.

#### **1. Реакции эгоцентрического переключения.**

Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на столь же острые конфликты (межличностные и внутриличностные), которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности. Идея суицида появляется в сознании внезапно, не подлежит обсуждению, приобретая непреодолимую побудительную силу. Этап выбора вариантов решения практически «свернут» до момента. Сознание переключается на субъективные импульсы.

Окружающая реальность изменяет свое смысловое содержание, воспринимаясь преимущественно с позиций возникшего суицидального мотива. Суицидогенный конфликт и его участники как бы уходят за пределы актуальности. Объекты, находящиеся в поле зрения суицидента, нередко приобретают значение средств самоубийства, выбор которых падает на первый подходящий предмет (веревка, бритва, кухонный нож, окно, ядовитые вещества и т.д.). Своеобразной трансформации подвергается и самосознание: охваченность суицидальным побуждением

Предполагает отсутствие страха боли и смерти, телесные ощущения вытесняются из сознания. Период от зарождения суицидальных тенденций до их реализации может исчисляться минутами. В результате эгоцентрического переключения сознания недоучитываются обстоятельства покушения, которые нередко при глубине и истинности намерения покончить с собой совершается на глазах у окружающих, что позволяет им принять экстренные меры к спасению суицидента.

Попытки прервать стремительно развивающийся суицидальный акт зачастую не приносят успеха, вызывая лишь появление агрессивных и усиление суицидальных тенденций. С момента же начала реализации последние резко ослабевают вплоть до полного исчезновения. Одновременно с этим в «исходное положение» возвращается сознание и самосознание, появляется критика к своему поступку, чувства раскаяния и стыда за совершенное при утрате или значительном уменьшении актуальности суицидогенного конфликта. Память на происшедшее сохраняется, однако объем ее, бывает, ограничен тем эгоцентрическим переключением, которому подверглось сознание.

## **2. Реакции психалгии.**

Суть этих преимущественно аффективных реакций состоит в ощущении «душевной боли», возникающей на высоких степенях интенсивности отрицательной эмоции. При этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений; сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов;

не появляется «негативной» или «продуктивной» симптоматики. Наблюдается некоторое сужение мотивационной сферы, а также известное ограничение общения. Своеобразно, отлично от депрессий, изменяется переживание времени.

Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания.

Соответственно модальности аффекта психалгии делятся на **тоскливые, тревожные, раздражительные**. Целесообразно также выделять **гипертимные** и **соматопсихические** психалгии. В зависимости от структуры и динамики конфликтной ситуации, с одной стороны, и индивидуальных особенностей личности - с другой, психалгии могут развиваться остро, пролонгированно или по перемещающемуся типу.

Психалгические реакции встречаются в широком спектре личностных вариаций и практически во всех возрастных группах. Их суицидоопасность чрезвычайно высока, причем значителен как риск покушений, так и риск завершённых самоубийств.

После суицидальных попыток, совершенных в состоянии психалгии, хотя суицидальные тенденции и ослабевают достаточно быстро, но актуальность суицидогенных конфликтов продолжает еще некоторое время (дни или недели) сохраняться. Это обстоятельство обуславливает вероятность повторных покушений в случаях, если конфликтная ситуация не найдет адекватного разрешения.

### **3. Переживания негативных интерперсональных отношений.**

Качественное своеобразие этих реакций, несмотря на безусловное присутствие в них аффективного компонента, заключается в идеаторной сфере. Речь идет о таких состояниях, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направляемых резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц.

Подобные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов, которым предшествовал период интерперсональной фиксации

на «значимом другом» в пределах круга общения человека. Такие фиксации сопровождаются, как правило, «ценностным сужением», т. е. ярким доминированием в сознании выбранного объекта отношения и относительным снижением уровня иных ценностей. В ситуации конфликта возникает, так называемая, ценная реакция, когда, стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. Таким образом, переживания отрицательных интерперсональных отношений обладают способностью поддерживать себя по типу порочного круга и трансформироваться в пресуицид. Следует отметить, что часть из них можно причислить к разряду криминогенных: некоторые суициденты сообщали, что их в большей степени влекло к устранению «объекта», чем к самоубийству, однако в последний момент срабатывал сформированный в процессе социализации механизм переключения гетероагрессии на аутоагрессию.

При реакциях негативных интерперсональных отношений пресуицидальный период бывает более продолжительным, чем при реакциях эгоцентрического переключения и психалгиях.

Встречаются как истинные, так и демонстративно-шантажные покушения, имеющие характер «призыва» или «протеста». Суицидентом принимаются меры к тому, чтобы источник, конфликта знал о его намерениях. После попыток к самоубийству суицидальные тенденции исчезают в тех случаях, когда ситуация изменилась в благоприятную сторону. Если же этого не произошло — продолжается манипулирование суицидальными проявлениями.

#### **4. Реакции отрицательного баланса.**

Так следует квалифицировать суицидоопасные состояния, содержанием которых является рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. При наличии преимущественно внутренних конфликтов, объективно неразрешимых, и ограничений адаптационной деятельности, обнаруживающих явную тенденцию к по-

степенному и необратимому усилению в будущем, в сознании личности выводится «отрицательный жизненный баланс» и принимается решение о самоубийстве.

Подобные механизмы суицидального поведения наблюдаются, например, у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности углубления страданий и летального исхода; у одиноких лиц позднего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление и нарастающую несостоятельность во всех сферах деятельности вплоть до самообслуживания и т.п.

Важно подчеркнуть, что ни сам процесс «взвешивания» позитивных и негативных сторон, ни его результат — суицидальное решение — не испытывают при реакциях данного типа деформирующего влияния какой-либо психической сферы. Анализируя эти реакции, не удастся выявить акцента на тех или иных психических функциях, как это имело место в предыдущих типах. Клиническое исследование (применительно к приведенным примерам) исключает признаки соматогенной или инволюционной патологии. «Подведение баланса» предполагает высокий уровень критичности, четкость, и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, а поведение в пресуициде свидетельствует об отсутствии аффективной напряженности (то, что в зарубежной литературе обозначается термином «холодный» пресуицид). Подготовка к самоубийству носит тщательно скрытый характер; выбираются наиболее летальные способы суицида. В случае покушений, не закончившихся смертью, суицидальные намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию.

**5. Существование смешанных и переходных реакций** доказывает принципиальную общность вышеописанных типов, отсутствие непреодолимых границ между ними, наличие для них единых базисных механизмов.

По мере перехода от первого типа к четвертому уменьшается степень

генерализованности акцента, происходит его постепенная локализация в психической сфере, вплоть до исчезновения — при реакциях «отрицательного баланса».

Соответственно уменьшается напряженность и острота пресуицидального периода, изменяется характер подготовки к суициду, а после покушения — закономерно обнаруживается тот или иной тип постсуицидальных состояний с разной вероятностью повторных попыток.

Различия выявляются и в детерминантах суицидоопасных реакций — в содержательно динамических характеристиках конфликтов (обозначенных выше), в условиях и формах не патологической дезадаптации.

Акцентированные реакции не имеют жесткой связи с ИСМ или иным типом личности, можно лишь говорить о преимущественных корреляциях с диапазонами личностных вариаций.

Так, реакции эгоцентрического переключения чаще возникают у личностей с чертами возбудимости, стеничности, агрессивности; психалгии — при элементах эмоциональной неустойчивости, снижении толерантности к эмоциональным нагрузкам.

Для реакций негативных интерперсональных отношений — существенно наличие ригидно-конформного радикала, фиксированность нравственных установок.

Реакции отрицательного баланса имеют место при гармоничных личностных структурах со сложившейся рациональной системой защитных механизмов.

Составляя преκлиническую зону, акцентированные реакции (первые три типа) могут в ряде случаев трансформироваться в психопатологические клинические феномены:

- реакции эгоцентрического переключения — в синдромы измененного сознания;
- психалгии — в депрессивные состояния;
- переживания негативных интерперсональных отношений — в обсессивные, сверхценные, реже — субпараноидные образования с

микромасштабными идеями отношения.

Причём в суицидологическом аспекте характерно и важно то, что в случаях включения патологических защитных механизмов суицидальный риск снижается.

4) **Интенционные суицидогенные факторы** (интенция — намерение) включаются с момента зарождения суицидальных тенденций и проявляются в степени их активности, вероятности реализации, а также истинности и серьезности суицидальных намерений. В разделе, посвященном классификации внутренних форм суицидального поведения, мы выделяли в их развитии ряд последовательных ступеней (антивитальные переживания — пассивные суицидальные мысли - суицидальные замыслы — суицидальные намерения), коррелирующих с высотой риска суицидальной попытки. Эта диагностическая процедура вполне осуществима в пресуицидальном периоде. Оценка же истинной серьезности суицидальной попытки, т. е. **вероятности завершения самоубийства**, существенно корректируется и уточняется, как правило, в постсуицидальном периоде. Несмотря на ретроспективность такого анализа, он имеет несомненное практическое значение в отношении прогноза повторных суицидов (Д. Пирс, 1977). При его проведении необходимо обращать внимание на три момента:

- а) обстоятельства попытки;
- б) субъективные сведения суицидента;
- в) медицинские критерии серьезности покушения.

Свидетельствами серьезности покушения, истинности суицидальных намерений являются:

а) **Обстоятельства попытки:**

- изоляция (отсутствие поблизости или в контакте с суицидентом окружающих лиц, а также малая вероятность прихода кого-либо);
- время попытки (от 6 до 12 часов дня);
- отсутствие алкогольного опьянения;
- наличие суицидальных записок;
- отсутствие суицидальных высказываний;

- принятие мер, препятствующих обнаружению или вмешательству (например, запираание двери на ключ);
- приготовления к смерти (смена белья и т. п.).
- насильственные способы суицидальной попытки (падение с высоты, под транспорт, самоповешение, огнестрельные повреждения, колото-рубленные травмы).

**б) Субъективные сведения:**

- представления о высокой летальности выбранного способа;
- желание умереть;
- длительность пресуицида более суток;
- сожаление, что остался жив (после покушения).

**в) Медицинские критерии:**

- высокая вероятность смертельного исхода в случае отсутствия медицинской помощи;
- необходимость реанимационных мероприятий.

Соответственно, признаки, противоположные перечисленным, свидетельствуют о несерьезности, неистинности, демонстративности суицидальных намерений.

Более подробно следует охарактеризовать выбор способа суицида и принятие алкоголя перед попыткой.

**Выбор способа** суицида обуславливается культурно-историческими моментами, представлениями о летальности способа, эстетическими критериями, витальными переживаниями (страх боли, крови), остротой пресуицида, серьезностью намерений и реальной обстановкой. Способы самоубийств и покушений отличаются по частоте их использования. **При самоубийствах** они распределяются в различных регионах страны следующим образом (2 варианта):

**А**

- 1) Самоповешения;
- 2) Огнестрельные повреждения;

**Б**

- 1) Самоповешения;
- 2) Падения с высоты;

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 3) Отравления;       | 3) Отравления химическими  |
| 4) Падения с высоты; | веществами; медикаментами; |
| 5) Прочие.           | 4) Прочими                 |

**При суицидальных попытках** — иное распределение:

- 1) Отравления;
- 2) Самопорезы;
- 3) Самоповешения;
- 4) Прочие.

Причем, если у женщин попытки отравлений встречаются в 2 раза чаще самопорезов, то у мужчин — соотношение обратное. По частоте использования перечисленных способов покушений больные, состоящие на учете в ПНД, не отличаются существенно от населения в целом.

Сравнение двух распределений показывает, что лица, погибающие, от самоубийств, значительно чаще используют более насильственные, летальные способы (самоповешения, падения с высоты, самострелы), чем лица, совершающие суицидальные попытки; последние чаще используют отравления и самопорезы.

Следовательно, выбор способа суицида косвенно, свидетельствует о серьезности намерений и риске завершеного самоубийства.

Более половины самоубийств и суицидальных попыток совершается в состоянии **алкогольного опьянения**. Наличие опьянения к моменту попытки констатируется не только у определенной части больных хроническим алкоголизмом, но и в других диагностических категориях, включая практически здоровых лиц, ранее употреблявших алкоголь умеренно или эпизодически.

Между приемом алкоголя и суицидальным поведением существует два основных типа соотношений.

При **первом** из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем —

суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях.

При **втором** типе алкоголь принимается **после** появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию своего намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно. С одной стороны, оно повышает вероятность суицидальных действий, облегчает их реализацию; с другой стороны, в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной истинности и серьезности намерений; с третьей стороны — в силу ослабления критики и контроля над своим поведением может приводить к завершенным суицидам даже при явно демонстративных тенденциях.

**8. Антисуицидальные факторы личности** — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Антисуицидальные факторы складываются в определенную систему, куда входят:

- 1) интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким;
- 2) родительские обязанности;
- 3) выраженное чувство долга, обязательность;
- 4) концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или **ущерба**;
- 5) зависимость от общественного мнения и избежание осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида;
- 6) представление о неиспользованных жизненных возможностях;
- 7) наличие творческих планов, тенденции, замыслов;
- 8) наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Все перечисленные факторы подразделяются на две категории:

1) факторы, требующие для своего поддержания постоянной деятельности и дополнительных затрат энергии (такие, например, как наличие творческих планов и замыслов);

2) факторы, не зависящие от энергетических колебаний, не требующие дополнительной активности (такие, например, как ранее оформившиеся устойчивые представления о позорности суицида, или эстетические критерии).

Понятно, что при состояниях снижения психической активности (астения, депрессия) прежде всего, выходит из строя первая группа факторов, в то время как факторы второй группы отличаются достаточно стабильным функционированием.

Чем большим количеством действующих антисуицидальных факторов обладает субъект, тем прочнее его антисуицидальный барьер, тем менее вероятна реализация суицидальных тенденций, и наоборот.

Выявить антисуицидальные факторы можно в процесс направленной беседы и с помощью специальной методики, разработанной в суицидологическом Центре.

**4. Итак, при определении индивидуального суицидального риска в экстремальных ситуациях анализируются и сопоставляются два ряда факторов: суицидогенные и антисуицидальные.**

**Диагностика суицидогенного ряда** включает в себя выявление:

**1) индивидуальных личностных факторов:**

- непосредственных (интенциональных) — суицидальных тенденций;
- ближайших (статусных и позиционных) — суицидоопасных состояний и позиций личности;
- predisпозиционных — суицидогенных комплексов личности, форм и уровней дезадаптации.

**2) Личностно-ситуационных факторов:**

- конфликтов;

- суицидальных мотивов.

### 3) Групповых факторов риска:

- социально-демографических;

- прочих средовых;

- медицинских.

**Диагностика антисуицидального ряда** включает в себя выявление:

1) Факторов деятельности.

2) Факторов представлений.

Следует учитывать, что подавляющее большинство из перечисленных факторов (за исключением лишь пола) в той или иной степени подвержено изменениям в течение жизни человека: меняются ситуации, уровни адаптации, позиции и реакции личности, мотивы поведения, возраст, семейный, профессиональный статус и т. д.

Поэтому диагностированный у конкретного индивида в данных обстоятельствах уровень суицидального риска — низкий, средний, высокий — не может экстраполироваться на будущее. Отдаленный прогноз суицидального поведения — задача чрезвычайно сложная, требующая поиска дополнительных критериев.

5. Наконец, необходимо подчеркнуть, что в суицидологической практике определяется вероятность не только первичных, но и повторных суицидальных поступков. **Риск повторной попытки** наиболее высок в течение года после первичного покушения, особенно на протяжении первых 5—6 месяцев, и обуславливаются, как правило, неразрешенностью первичного суицидогенного конфликта.

Процент повторных попыток в общей популяции населения (в течение года после первичной попытки), составляет 22—25%, а летальность их в несколько раз выше первичных покушений. По данным И. Оверстоуна (1973) попытка самоубийства увеличивает риск заверщенного суицида для данного лица на ближайший год в 100 раз.

Таким образом, из совершивших суицидальную попытку каждый

четвертый повторяет ее, а каждый десятый погибает вследствие завершенного самоубийства.

Следовательно, **наличие суицидальной попытки в анамнезе** является одним из наиболее значимых факторов риска повторного покушения и завершенного суицида.

Тем более необходим дифференцированный подход, определяющий тактику ведения суицидента после попытки самоубийства.

Мы рекомендуем проводить такую дифференциацию на основе анализа ближайших постсуицидальных состояний и их дальнейшей динамики (см. типологию постсуицидов во 11 разделе).

Л 78360 Подп. в печ. 25/II-81 г Объем 3 п л Заказ 7 Тираж 3000

Типография ХОЗУ Миннефтепрома.