

УДК 37.013

Детерминанты суицидального поведения

Кулакова Светлана Владимировна

Начальник отдела, майор внутренней службы,
старший научный сотрудник НИЦ-1,
Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России,
125130, Российская Федерация, Москва, ул. Нарвская, 15-а;
e-mail: centr2nii@yandex.ru

Новиков Алексей Валерьевич

Доктор педагогических наук, кандидат юридических наук, доцент,
главный научный сотрудник,
Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России,
125130, Российская Федерация, Москва, ул. Нарвская, 15-а;
профессор кафедры уголовного права,
Астраханский государственный университет,
414056, Российская Федерация, Астрахань, ул. Татищева, 20-а;
профессор кафедры гражданского права,
Российская таможенная академия,
140009, Российская Федерация, Люберцы, просп. Комсомольский, 4;
e-mail: novikov.pravo@mail.ru

Кротова Дарья Николаевна

Капитан внутренней службы,
научный сотрудник НИЦ-2,
Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России,
125130, Российская Федерация, Москва, ул. Нарвская, 15-а;
e-mail: dnk.1990@yandex.ru

Аннотация

В современных условиях все большее значение приобретает работа по исследованию особенностей суицидального поведения при различной патологии. Анализ литературы по данному вопросу позволил определить, что более высокая предрасположенность к суицидальному поведению фиксируется у лиц с психическими отклонениями, аффективными расстройствами, особенно с посттравматическими стрессовыми, с расстройствами личности, алкоголизмом и наркоманией, а также у суицидентов с депрессивными расстройствами. Суицидальное поведение рассматривается как полиэтиологический феномен, требующий для своего проявления взаимодействия нескольких детерминант, имеющих как внешнее, так и внутреннее по отношению к психике суицидента происхождение. По обобщенному мнению отечественных и

зарубежных специалистов в области изучения и превенции суицидального поведения, авторами выделены групповые и индивидуальные факторы суицидентов, типичные признаки, предшествующие суицидальной попытке.

Для цитирования в научных исследованиях

Кулакова С.В., Новиков А.В., Кротова Д.Н. Детерминанты суицидального поведения // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 2А. С. 139-146.

Ключевые слова

Суицидент, детерминанты, суицидальное поведение, факторы риска, суицид.

Введение

Обобщая данные литературы, касающиеся суицидального поведения лиц с психическими отклонениями, необходимо отметить, что публикации по данному вопросу отличаются противоречивостью. Количество общепризнанных положений невелико, в связи с чем, единой концепции суицидального поведения на сегодняшний день не существует. К наиболее устоявшимся в научной среде относятся представления о более высокой предрасположенности к суицидальному поведению лиц с психическими отклонениями по сравнению с психически здоровыми, многофакторной обусловленности суицидального поведения, высоком суицидальном риске при аффективных расстройствах, расстройствах личности, алкоголизме и наркомании, преобладании у суицидентов депрессивного синдрома в разных вариантах. По мнению исследователей, в соответствии с современными представлениями популяция суицидентов не представляет собой единой совокупности с точки зрения состояния психического здоровья.

Основная часть

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко [Асбрумова, 1988, 1978] определили, что среди суицидентов соотношение между практически здоровыми, больными психотическими заболеваниями и больными пограничными расстройствами находится в следующей пропорции 1:1,5:5,1. При этом лишь 1/3 всех суицидентов нуждается в лечении и наблюдении в психоневрологических диспансерах. В этом вопросе имеются существенные разногласия: по мнению разных авторов, от 15% до 100% самоубийств приходится на долю психически больных, например, в США 95% лиц, совершивших суицидальную попытку, устанавливают психиатрический диагноз [Anton, Moak, 1992; Bernitzki, 1987].

С другой стороны, суициды среди психически больных встречаются значительно чаще, т.е. психическое заболевание является одним из ведущих факторов суицидального риска. Самыми распространенными психическими расстройствами, способствующими развитию суицидального поведения, являются депрессия, шизофрения и алкоголизм.

По разным данным, депрессия является причиной суицидального поведения в 4,6% до 61,3% – 70% случаев [Амбрумова, 1978; Войцех, 2006; Тукаев, 2004]. С высоким острым суицидальным риском коррелирует генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательным беспокойством. В то время как психогенный комплекс: чувство отчаяния, снижение или утрата способности получать удовольствие, безнадежность, безвыходность

ситуации, наличие суицидальных мыслей могут рассматриваться как хронический фактор риска.

Отмечается, что суицидальные тенденции и самоповреждающее поведение при депрессии будут значительно выражены у тех больных, у которых в предшествующий болезни период наблюдается высокий уровень агрессии и враждебности. Влияние аффективных нарушений на суицидальное поведение достигает своего максимума у пожилых пациентов.

Однако отмечается, что у депрессивных пациентов не было выявлено связи между суицидальной попыткой и объективной тяжестью депрессии, а была обнаружена корреляция между суицидальными действиями и субъективным восприятием депрессии и суицидальными мыслями. Суицидальное поведение тесно связано с употреблением алкоголя и других ПАВ, в особенности это касается таких методов совершения суицида, как нанесение самопорезов. Лица, злоупотребляющие алкоголем или страдающие от алкоголизма, составляют особую суицидоопасную категорию. Алкоголь рассматривается как хронический фактор суицидального риска, а увеличение потребления алкоголя как фактор острого суицидального риска. Хронический алкоголизм преобладает в структуре всех заболеваний, распространенных среди самоубийц-мужчин.

Ряд исследователей обнаруживают определенную биологическую связь между депрессиями и алкоголизмом, считая, что алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем [Войцех, 2006; Старшенбаум, 2005]. Были выделены два клинических типа самоубийства алкоголиков: внезапные попытки на фоне выпивки и психогении, они аналогичны «преступлениям страсти», аффектам, продуцирующим диссоциативный статус, который приводит к агрессии и аутоагрессии, а также на фоне интоксикационной депрессии, часто спустя 2 недели после запоя. Резкое снижение потребления алкоголя на душу населения в период антиалкогольной компании сопровождалось значительным снижением количества суицидов. При этом на частоту суицидов оказывал влияние уровень и частота его потребления. Суицид становится для больных алкоголизмом единственно возможным выходом из нравственного падения и может быть избран как «способ в один прекрасный день заснуть надолго».

Среди лиц с адаптационными расстройствами выраженный рост числа

суицидальных попыток наблюдается при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), особенно в сочетании с депрессией. По некоторым данным, пациенты с ПТСР в 14,5 раз чаще совершают суицидальные попытки, чем лица без ПТСР. Аутоагрессивное действие личности направлено на достижение ожидаемого, запрограммированного и предполагаемого результата. По мнению J. Chiles, K. Strosahl [Chiles, 1995], любой человек может стать суицидентом, если ситуация вызывает эмоциональную боль и рассматривается как неизбежная, бесконечная, непереносимая.

По мнению Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего, можно предположить большую роль биологических факторов в генезе суицидального поведения, приводящего к завершённым суицидам, и, возможно, более значимую роль тревога и напряженность, вызванные кризисной ситуацией, приводят к снижению адекватности и глубины понимания других людей, затрудняют точность интерпретации их действий [Дмитриева, 2003]. Возникает искаженное восприятие времени: сотрудник, как правило, преувеличивает экстренность критической ситуации, ему представляется, что для принятия решения у него не хватает времени и достаточных личностных ресурсов.

Формирование такого представления влечет за собой дальнейшее усиление мыслительной растерянности, эмоциональной подавленности, порождает субъективное переживание о

безысходности горя. Наиболее существенными искажениями познавательных процессов являются:

Необоснованность выводов (формирование их в отсутствии достаточных фактических данных).

Восприятие и оценка ситуации на основе каких-либо отдельно взятых элементов с игнорированием других составляющих.

Тенденция связывать все происходящие события с собственной личностью. В остро начавшемся кризисном состоянии представляется возможным выделить четыре последовательных стадии:

1. Стадия психотравмы или психического шока, которая длится от нескольких часов до 2 или 3 суток;
2. Стадия дезорганизации, которая продолжается от одних суток до двух недель;
3. Стадия «принятия» или адаптации к утрате, как правило, длящаяся несколько недель;
4. Стадия восстановления, которая продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев.

Наибольшей опасностью отличается стадия дезорганизации, когда у личности складывается представление о непреодолимости создавшегося положения. В этот период резко усиливается субъективно переживаемое ощущение напряжения, тревоги или печали, истощаются механизмы психологической защиты, нарастает стремление любой ценой избавиться от интенсивных отрицательных эмоций.

Наряду с описанными выше ситуационными кризисами, вызванными непредвиденными событиями, заключающими в себе утрату либо угрозу утраты, в жизни каждого человека возникают психологические кризисы развития. Обычно они связаны с переходами от одной стадии жизненного цикла к другой. Примером может служить переход от получения образования

к самостоятельной служебной деятельности, вынужденная смена работы, выход на пенсию и др. По обобщенному мнению отечественных и зарубежных специалистов в области изучения и превенции суицидального поведения, для него характерны следующие типичные признаки:

1. Самоубийство выступает специфическим способом решения проблемы, выходом из психологического кризиса или невыносимой ситуации, причиняющей страдания;
2. Общей задачей суицидальных действий является прекращение сознания и невыносимой душевной боли, как способа решения актуальной проблемы;
3. Общим стимулом суицида является душевная боль. Именно от нее и стремится убежать страдающий. Таким образом, суицид – это сочетание движения по направлению к прекращению сознания и бегства от психического страдания;
4. Общим стрессором при суициде выступают фрустрируемые психологические потребности;
5. Общим эмоциональным состоянием является ощущение беспомощности и безнадежности: «Я ничего не могу сделать, и никто не может мне оказать помощь, чтобы облегчить душевную боль»;
6. Общим внутренним состоянием является амбивалентность чувств. Человек чувствует желание совершить самоубийство, и одновременно подает сигналы о помощи;
7. Общим состоянием психики является сужение сознания – так называемое туннельное видение, которое проявляется в резком ограничении вариантов поведения (включается принцип «все или ничего»);

8. Общим действием при суициде является бегство от невыносимых страданий или душевной боли;

9. Общим коммуникативным актом является прямое или косвенное «сообщение» о своих намерениях.

Переживающие подобные кризисы в большинстве случаев испытывают повышенную потребность в межличностных контактах, которые необходимы им для получения адекватной эмоциональной поддержки и специализированной помощи в овладении ситуацией. При условии получения человеком, переживающим кризис, своевременной поддержки и помощи от значимых для него лиц, кризисное состояние может выступить в роли катализатора личностного развития, стать призывом к улучшению качества жизни.

Для появления внешних форм суицидального поведения, как правило, необходимо возникновение на фоне суицидоопасного состояния суицидогенного конфликта, под которым понимается столкновение потребностей потенциального суицидента с теми или иными сторонами реальности или столкновение различных тенденций внутри собственной психики суицидента. В соответствии с этим, суицидогенный конфликт может быть межличностным или внутриличностным. При этом суицидогенным его делает связь с наиболее важными жизненными потребностями личности. И суицидоопасное состояние, и суицидогенный конфликт создают благоприятные условия для совершения самоубийства, но непосредственным толчком к суицидальным действиям для самого индивида становится появление у него суицидального мотива. Мотив отражает причину суицидального поведения с точки зрения суицидента.

Выделяют следующие мотивы суицидального поведения:

1) протест – стремление с помощью самоубийства выразить свое несогласие с чем-либо или отомстить кому-либо;

2) призыв – стремление суицидальным актом обратить внимание окружающих на свои проблемы, страдания, полученные несправедливо обиды и т.п.;

3) избегание – стремление с помощью суицида избежать того, что представляется суициденту худшим, чем самоубийство (позора, бесчестия, унижения, наказания, мучительной смерти от рук других людей или тяжелой болезни, тяжелых физических или душевных страданий);

4) самонаказание – вынесение себе приговора за истинные или мнимые провинности;

5) отказ – решение прекратить жизнь вследствие представления о бессмысленности дальнейшего существования.

Следует иметь в виду, что мотив суицидального поведения определяется не только внешними по отношению к личности индивида факторами, но и особенностями самой личности. Для появления суицидального мотива необходимо, чтобы внешние психотравмирующие воздействия были адресованы к «месту наименьшего сопротивления» в личности индивида. При этом существует взаимосвязь между типом характера и разновидностью суицидального мотива. Так, при прочих равных условиях, суицидальное поведение будет более характерно:

- по типу «протеста» – для лиц с эпилептоидными чертами характера,
- по типу «призыва» – для истериков,
- по типу «избегания» – для неустойчивых, психастенических или астенических личностей,
- по типу «самонаказания» – для психастеников, астеников и циклоидов (особенно гипотимных),
- по типу «отказа» – для шизоидов.

К перечисленным детерминантам суицидального поведения (суицидоопасное состояние, суицидогенный конфликт, суицидальный мотив) нередко присоединяются дополнительные суицидогенные факторы, роль которых состоит либо в усилении действия основных детерминант суицида, либо в снижении так называемого антисуицидального порога. К числу дополнительных факторов суицида относятся: состояние алкогольного опьянения, астенизация организма, недосыпание, обострение соматических заболеваний. В отличие от других детерминант суицидального поведения указанные факторы не имеют прямой связи с самоубийством, а лишь содействуют основным его причинам. Наиболее значимым по своей распространенности дополнительным суицидогенным фактором следует считать алкогольное опьянение, на фоне которого, по разным данным, совершается от 30% до 80% завершенных суицидов [Тукаев, 2004]. Алкоголь способствует совершению самоубийства двояким образом: во-первых, он способен усиливать депрессивные переживания, а во-вторых, ослабляет у суицидента страх перед самим суицидальным актом. Наряду с описанными выше детерминантами суицидального поведения, важное место в суицидологической теории и практике занимает понятие факторов суицидального риска. Это понятие является статистическим и отражает вероятность совершения самоубийства индивидом, обладающим определенным признаком. Практическое значение данного понятия состоит в том, что, зная основные факторы суицидального риска, можно выявить среди населения группы риска в отношении совершения самоубийства, с которыми и следует проводить соответствующую профилактическую работу.

Все факторы суицидального риска принято подразделять на групповые и индивидуальные. Ниже указаны наиболее важные из установленных на сегодняшний день групповых факторов суицидального риска для жителей нашей страны [Войцех, 2006; Тукаев, 2004]:

1) социально-демографические – мужской пол, возраст 35 – 55 лет у мужчин и старше 60 лет у женщин, семейный статус разведенного или вдовца, проживание в сельской местности, низкий уровень образования, отсутствие постоянной работы, статус инвалида;

2) средовые – район проживания (частота суицидов возрастает к северу), время года (максимум частоты суицидов – в мае – июне, минимум – в ноябре – декабре);

3) медицинские – тяжелые хронические соматические заболевания (в особенности с неблагоприятным прогнозом, такие как рак, СПИД и т.п.), психические заболевания (в первую очередь, реактивная депрессия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и психопатии), злоупотребление алкоголем.

Что же касается индивидуальных факторов суицидального риска, то к их числу относятся некоторые личностно-психологические характеристики, такие как низкая толерантность индивида к эмоциональным нагрузкам, чрезмерный максимализм, полярность в оценках, категоричность или незрелость суждений, неполноценность коммуникативных систем, неадекватная самооценка, слабость механизмов психологической защиты личности, сниженная ценность жизни.

Заключение

Таким образом, суицидальное поведение является полиэтиологическим феноменом, требующим для своего проявления взаимодействия нескольких детерминант, имеющих как внешнее, так и внутреннее по отношению к психике суицидента происхождение. Учет этих детерминант в каждом конкретном случае суицидального поведения необходим с точки зрения оказания квалифицированной помощи.

Библиография

1. Амбрумова А.Г. Принципы организации суицидологической службы и перспективы научных исследований // Материалы 8-го Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. 228 с.
2. Амбрумова А.Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. 32 с.
3. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16. Вып. 3. 28 с.
4. Дмитриева Т.Б. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 278 с.
5. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-центр, 2005. 376 с.
6. Тукаев Р.Д. Психобиологический компонент суицидального поведения // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Том 14. Вып. 2. С. 103-109.
7. Anton R., Moak D. Further validation of a scale for alcohol craving // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. 1992. Vol. 16. № 2. P. 418.
8. Appel C.P. Motivating patients for tobacco: Prev. And Contr. // Alcohol, Drugs and Tobacco: Prev. and Contr. Oslo, 1988. P. 22.
9. Bernitzki H.-G. Alcoholismussfrü herkenning // Z. Ärztl. Fortbild. 1987. 81. № 15. P. 777-778.
10. Chiles J. The suicidal patient: principles of assessment, treatment and case management. Washington D.C., American Psychiatric Press, 1995. 282 p.

Determinants of suicidal behavior

Svetlana V. Kulakova

Head of Department, Major of Internal Service, Senior Scientific Officer,
Scientific-Research Institute of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation,
125130, 15-a, Narvskaya st., Moscow, Russian Federation;
e-mail: centr2nii@yandex.ru

Aleksei V. Novikov

Doctor of Pedagogy, PhD in Law, Associate Professor,
Chief Scientific Officer,
Scientific-Research Institute of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation,
125130, 15-a, Narvskaya st., Moscow, Russian Federation;
Professor at the Department of Criminal Law,
Astrakhan State University,
4140546, 20-a, Tatishcheva st., Astrakhan, Russian Federation;
Professor at the Department of Civil Law,
Russian Customs Academy,
140009, 4, Komsomolyskiy av., Lyubercy, Russian Federation;
e-mail: novikov.pravo@mail.ru

Darya N. Krotova

Captain of Internal Service, Scientific Officer,
Scientific-Research Institute of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation,
125130, 15-a, Narvskaya st., Moscow, Russian Federation;
e-mail: dnk.1990@yandex.ru

Abstract

In modern conditions, the study of the characteristics of suicidal behavior in various pathologies is becoming increasingly important. Summarizing the literature data on suicidal behavior of persons with mental disabilities, it should be noted that the publications on this issue are controversial. The number of generally accepted provisions is small, and therefore, a single concept of suicidal behavior does not exist today. The analysis of the literature on this issue allowed to determine that a higher susceptibility to suicidal behavior is recorded in people with mental disabilities, affective disorders, especially with post-traumatic stress, with personality disorders, alcoholism and drug addiction, as well as in suicides with depressive disorders. Suicidal behavior is considered to be a polyetiological phenomenon, requiring for its manifestation the interaction of several determinants, having both external and internal with respect to the psyche of suicide origin. According to the generalized opinion of domestic and foreign experts in the field of the study and prevention of suicidal behavior, the authors identified some group and individual factors of suicides, typical signs preceding a suicidal attempt. Suicidal behavior is a polyetiological phenomenon, requiring for its manifestation the interaction of several determinants, having both external and internal in relation to the psyche of suicide origin. The consideration of these determinants in each particular case of suicidal behavior is necessary from the point of view of providing qualified assistance.

For citation

Kulakova S.V., Novikov A.V., Krotova D.N. (2019) Determinanty suitsidal'nogo povedeniya [Determinants of suicidal behavior]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 8 (2A), pp. 139-146.

Keywords

Suicide, suicidal behavior, determinants, suicidal behavior, risk factors.

References

1. Ambrumova A.G. (1988) Printsipy organizatsii suitsidologicheskoi sluzhby i perspektivy nauchnykh issledovaniy [Principles of organizing a suicidological service and prospects for scientific research]. In: *Materialy 8-go Vsesoyuznogo s"ezda nevropatologov, psikiatrov i narkologov* [Proceedings of the 8th All-Union Congress of neuropathologists, psychiatrists and narcologists]. Moscow.
2. Ambrumova A.G. (1978) Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of the individual]. In: *Aktual'nye problemy suitsidologii* [Actual problems of suicidology]. Moscow.
3. Anton R., Moak D. (1992) Further validation of a scale for alcohol craving. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 2, p. 418.
4. Appel C.P. (1988) Motivating patients for tobacco: Prev. And Contr. In: *Alcohol, Drugs and Tobacco: Prev. and Contr.* Oslo, 1988.
5. Bernitzki H.-G. (1987) Alkoholismussfrü herkenning. *Z. Ärztl. Fortbild.*, 81, 15, pp. 777-778.
6. Chiles J. (1995) *The suicidal patient: principles of assessment, treatment and case management*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
7. Dmitrieva T.B. (2003) *Etnokul'tural'naya psikiatriya* [Ethnocultural psychiatry]. Moscow: Meditsina Publ.
8. Starshenbaum G.V. (2005) *Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya* [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow: Kogito-tsentr Publ.
9. Tukaev R.D. (2004) Psikhobiologicheskii komponent suitsidal'nogo povedeniya [Psychobiological component of suicidal behavior]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry], 14, 2, pp. 103-109.
10. Voitsekh V.F. (2006) Dinamika i struktura samoubiistv v Rossii [Dynamics and structure of suicide in Russia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry], 16, 3, p. 28.