

СУИЦИДОЛОГИЯ



ЛЕКЦИЯ 1

ЧАСТОТА СУИЦИДОВ



Владимир Семеренко. "Самоубийца"

**ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ
ИЗ НАИБОЛЕЕ
ОБЪЕКТИВНЫХ
ИНДИКАТОРОВ
ОБЩЕСТВЕННОГО
О
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ,
СОЦИАЛЬНОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ
И КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ
НАСЕЛЕНИЯ**



По официальной статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством **1 100 000** человек

Статистика самоубийств

- Число реальных самоубийств значительно превосходит официальные цифры – **ежегодно в мире кончают с собой более 4 000 000 человек.**
- **19 000 000** человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства.
- Только **один из четырех** (24%), совершивших попытку самоубийства и оставшихся в живых, соприкасается с профессиональной системой здравоохранения.
- Число законченных самоубийств среди *мужчин* в среднем **в 4 раза больше**, чем среди *женщин*.
- *Женщины* пытаются покончить с собой **в 4 раза чаще**, чем *мужчины*, но выбирают «щадящие»

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ УРОВНИ

ЧАСТОТЫ СУИЦИДОВ (НА 100 000

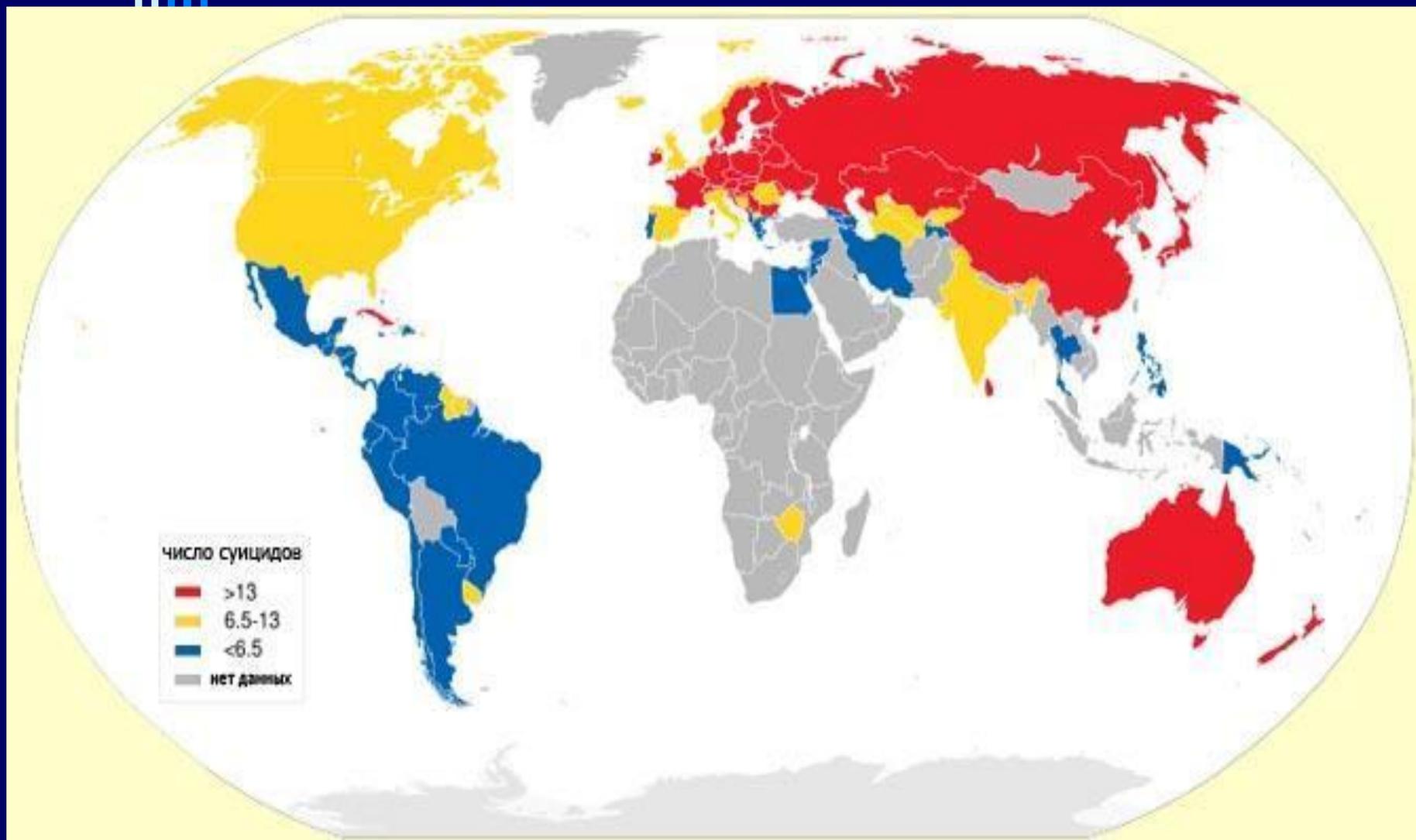
НАСЕЛЕНИЯ)

- ▣ **Высокий и очень высокий уровень самоубийств** (свыше 20 человек на 100 тыс. населения) – Литва, Белоруссия, Россия, Казахстан, Венгрия, Украина, Япония.
- ▣ **Средний уровень самоубийств** (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) – Франция, Молдова, Китай, Германия, Канада, Австралия, США.
- ▣ **Низкий уровень самоубийств** (до 10 человек в год на 100 тысяч населения) – Италия, Англия, Израиль, Греция, Грузия, Армения, Азербайджан.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ УРОВНИ ЧАСТОТЫ СУИЦИДОВ в 2008 г. (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)



Суицидальная карта мира



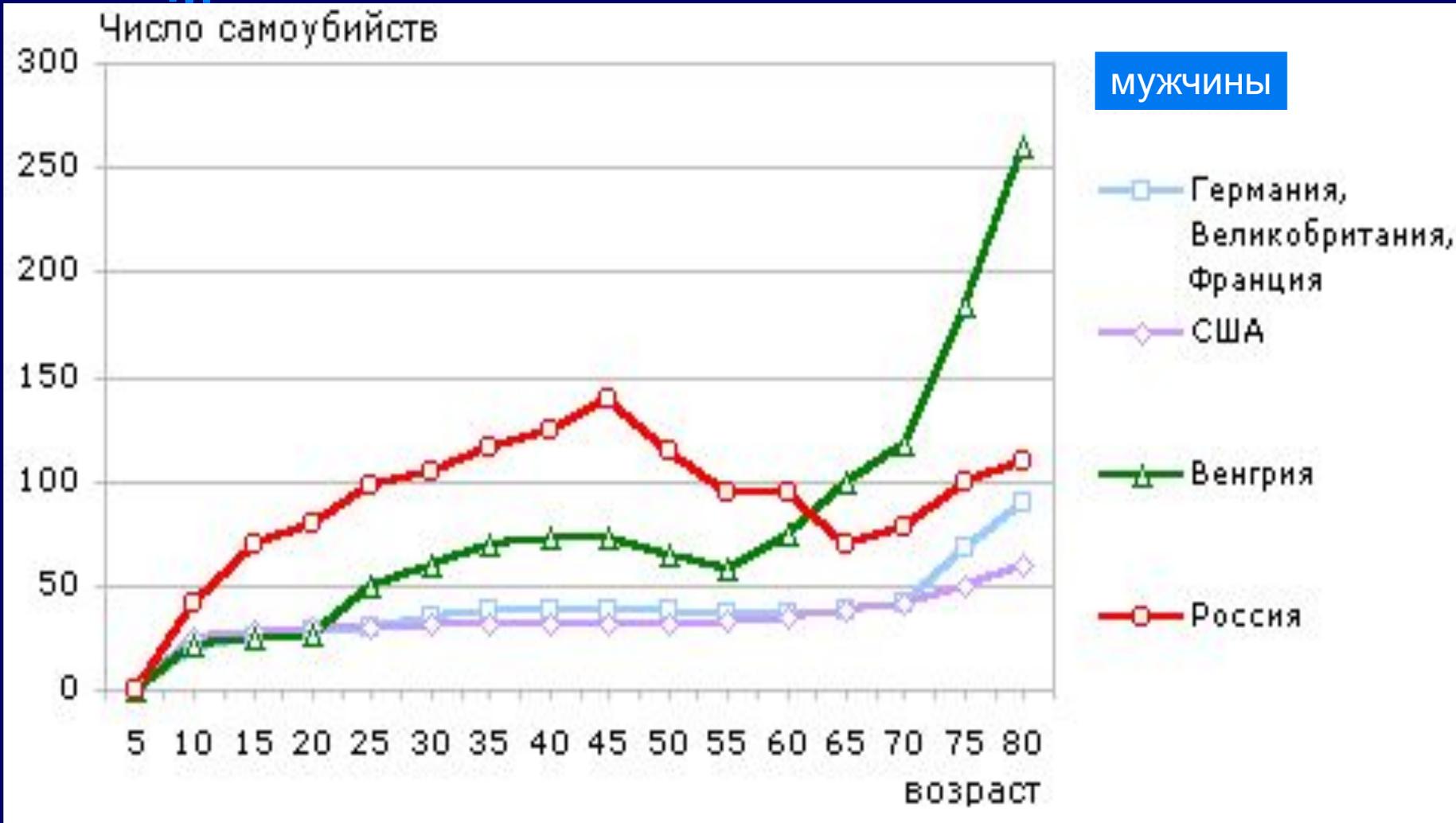
Самоубийства среди молодежи

- За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи **выросло в 3 раза**
- **Основные причины** суицида:
 - неразделенная любовь
 - конфликты с родителями и сверстниками
 - страх перед будущим
 - одиночество
- Ежегодно каждый двенадцатый подросток в возрасте **15-19 лет** пытается совершить попытку самоубийства
- По абсолютному количеству подростковых самоубийств **Россия** занимает первое место

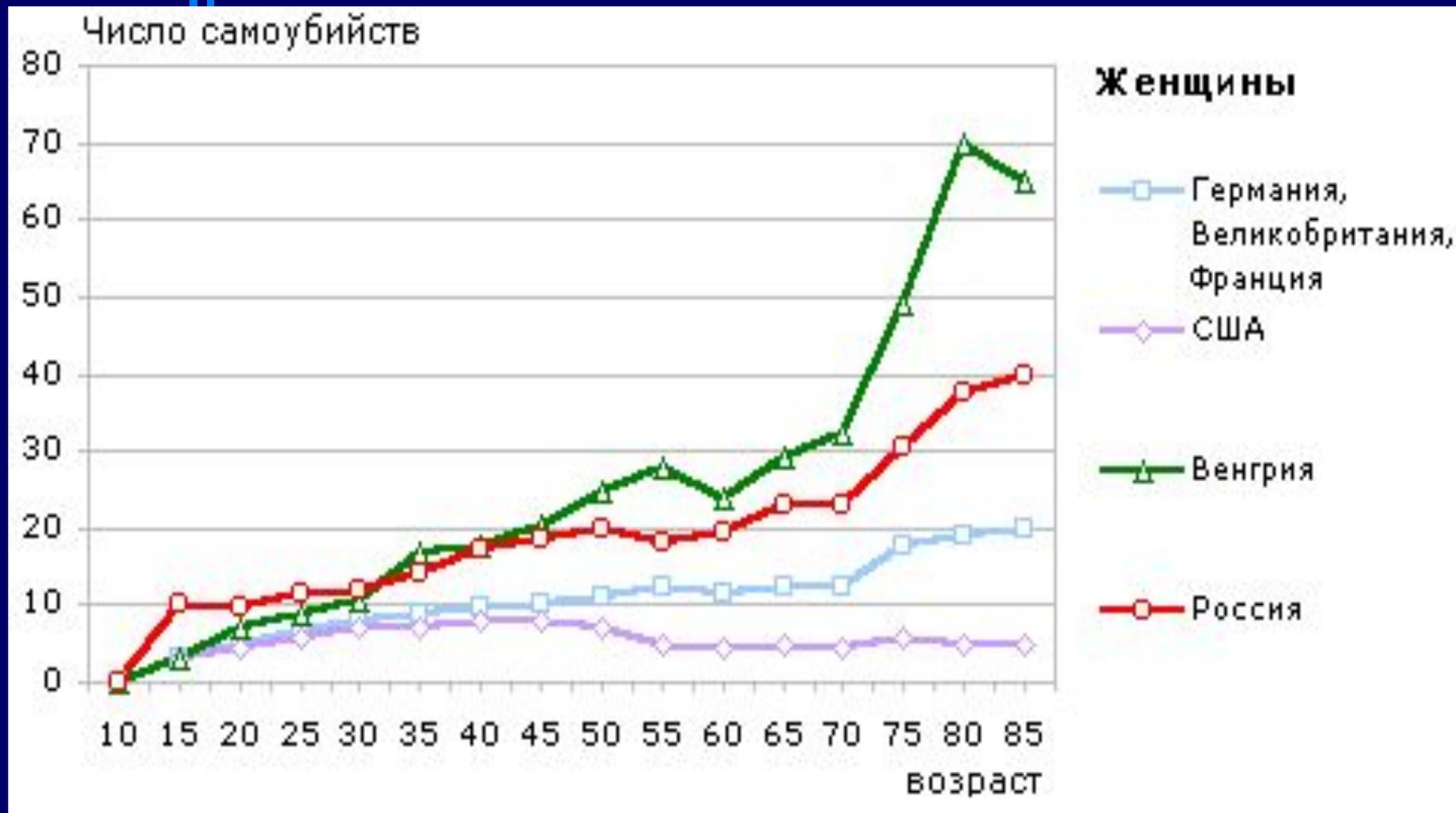
Проблема самоубийств – это проблема депрессий

- ▣ **до 70%** депрессивных больных обнаруживают суицидальные тенденции
- ▣ **15%** из них совершают самоубийства

Зависимость числа самоубийств от возраста (мужчины)



Зависимость числа самоубийств от возраста (женщины)



Группы риска

- возраст: два возрастных пика – первый в молодости (15-25 лет), второй в старости (55 лет и выше)
- люди с «комплексом короля Лира» (потерей социального статуса)
- эмигранты
- одинокие, несемейные люди
- инвалиды
- наркоманы
- психически больные
- хронические алкоголики

Причины самоубийств

- страх перед наказанием
- душевная болезнь
- домашние огорчения
- страсти
- денежные потери
- пресыщенность жизнью
- физические болезни

Мотивационная триада суицидального поведения в период экономических кризисов

- утрата работы
- невозможность выплаты кредитов и иных долгов
- потеря надежды на новое трудоустройство

Приказ № 148 от 06.05.1998 МЗ РФ

**«О специализированной
Помощи лицам с
кризисными состояниями и
суицидальным поведением»»**

издан с целью дальнейшего развития и совершенствования специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и профилактики суицидального поведения

Создание системы надежной профилактики суицидов должно базироваться на всестороннем комплексном исследовании причин и условий, способствующих возникновению такой девиации поведения у отдельных лиц и у разных категорий населения

Определение

- Суицид – акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство — аналогичный акт, не имеющий фатального исхода (ВОЗ, 1982)
- Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни (суицидолог Морис Фарбер, 1968)



- основной критерий выделения самоубийства из всех аутоагрессивных действий — наличие намерения прекращения жизни
- степень осознания этого намерения может существенно различаться: от ясно осознаваемой цели покончить жизнь самоубийством (с возможной борьбой суицидальных и антисуицидальных тенденций) до импульсивного акта или аффективного состояния, в рамках которых возникновение действий, направленных на самоубийство, может не осознаваться субъектом

«Суицидологическая казуистика»

- «возможные»
- «субнамеренные»
- «двусмысленные»
- варианты аутодеструктивного поведения, при которых или не удастся установить мотивы тех или иных действий, даже приводящих к самоповреждениям, или намерения человека не связаны непосредственно с желанием собственной смерти
- «скрытый суицид» – неосторожное вождение машины, занятия опасными видами спорта типа скалолазания или подводного плавания, чрезмерное курение и даже переедание (американский суицидолог А. М. Meerloo, 1933)

«Непрямое саморазрушение» (N. L. Farberow, 1950)

- алкоголизм
- курение
- наркомания
- деликвентные поступки
- пренебрежение врачебными рекомендациями
- «трудоголизм»
- безудержный азарт
- неоправданная склонность к риску и т. д.

Непрямое саморазрушение отличается от прямого суицида двумя моментами: протяженностью во времени и неосознанностью его последствий

Суицидальное поведение

является следствием социально-психологической дезадаптации в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения, и внешние – суицидальная попытка и завершённый суицид

(А.Г. Амбрумова, 1978)

Этапы формирования суицида (формы внутреннего поведения)

- ▣ **Антивитальные переживания** – отрицание жизни без четких представлений о собственной смерти
- ▣ **Пассивные суицидальные мысли** – представления, фантазии на тему своей смерти, без конкретизации в плане лишения себя жизни
- ▣ **Суицидальные замыслы** – активизация проявления суицидальности, которая сопровождается аффективной напряженностью. Разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место акта
- ▣ **Суицидальные намерения** – принятие решения о самоубийстве. Предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего

Критерии различия завершенных суицидов и суицидальных попыток

Завершенные суициды

- чаще в ранние утренние часы, так как утром депрессия выражена максимально (3-6 часов утра)
- преимущественно мужчины
- чаще в пожилом возрасте
- способы ухода из жизни: самоповешание, с помощью огнестрельного оружия, падение под транспорт, падение с мостов, утопление

Суицидальные попытки

- чаще в вечерние часы (от 18 до 24 часов)
- преимущественно женщины
- чаще в молодом возрасте
- часто в алкогольном опьянении или в абстинентном состоянии
- способы ухода из жизни: отравление лекарствами, смесями, уксусом, ножевые порезы

Ведущие проблемы, приводящие к суицидальному поведению

- интимно-личные
- семейные
- потеря любви (в семье и вне семьи)
- одиночество
- потеря престижа
- унижение достоинства
- истязание, угрозы
- потеря близкого человека
- тяжелые неизлечимые болезни
- отчаяние в связи с нежелательной беременностью, венерическими заболеваниями
- тяжелые конфликты
- потеря смысла жизни

Экономические и бытовые проблемы стоят на последнем месте

Мотивы самоубийств

- Категория цели – смерть
- Мотивы:
 - кого-то наказать
 - чего-то избежать
 - призвать к помощи
 - высказать протест

Т.о., смерть не цель, а средство для достижения более отдаленных целей (посмертных)

Мотивы самоубийств

1. Протест, месть – нанесение конкретного ущерба обидчикам, врагам

Эмоции: агрессия, дисфория, стеничность, настойчивость. Агрессия трансформируется в аутоагрессию – эгоцентрическое переключение.

В основе лежит интерперсональный конфликт, часто в семейных отношениях; самоубийство совершается преимущественно в состоянии алкогольного опьянения (70%), в присутствии окружающих.

В пресуициде присутствует аффект обиды, гнева. В поведении отмечаются демонстративные психопатические реакции.

Способы: ножевые порезы, символическое принятие лекарств (минимальные дозы) – шантаж.

Летальность невысокая.

Мотивы самоубийств

2. Призыв – желание привлечь внимание, активизировать помощь извне, вызвать сочувствие, жалость

Характерен для молодых женщин

Не всегда осознается человеком

Диапазон конфликтов широкий: семья, отношения с партнером, работа

Всегда есть активные депрессивные переживания: обида, жалость к себе, отчаяние, психалгии

В преморбиде – личности астенического и психастенического склада, склонные к ожиданию помощи, неспособные ответить на унижения

Суицидальные действия могут быть утром и вечером, в присутствии кого-либо и в одиночестве

Мотивы самоубийств

3. Избегание – избежать наказания или невыносимого страдания (при тяжелом неизлечимом заболевании)

Соотношение мужчин и женщин 1:1

В основном: инвалиды, разведенные и вдовы, судимые

В основе – как интерперсональные, так и интраперсональные конфликты

Эмоции: тревога, страх

Суицидальные действия совершаются в основном в трезвом состоянии и в одиночестве

Мотивы самоубийств

4. Самонаказание – аутоагрессия

Человек и судья, и подсудимый и палач

В основе – чувство вины, которое может быть связано с реальными событиями

Преимущественно это женщины с достаточно высоким уровнем социального статуса и образования, замужние, с высокими и устойчивыми морально-нравственными ценностями

Часто гиперболизированное чувство вины при потере близкого человека

Мотивы самоубийств

5. Отказ от жизни

Цель и мотив совпадают: «Я умираю, чтобы не жить»

Жизнь потеряла смысл

Пресуицид может быть острым, подострым (затяжное течение), хроническим с преобладанием депрессивной симптоматики

Преимущественно мужчины старше 40 лет, разведенные и вдовы

Люди с данным мотивом реже всего обращаются за помощью, вследствие этого суициды истинные и в большинстве завершённые

Суицидальные действия совершаются в трезвом состоянии и в одиночестве

Парасуицид

- В 1977 г. английский суицидолог N. Kreitman предложил термин «парасуицид» для квалификации действий субъектов, которые «не ставят себе задачей самоуничтожение и поведение которых редко можно определить как ориентированное на прекращение жизни»
- Т.о., парасуицид — широкий класс поведенческих аутоагрессивных феноменов, в том числе не связанных с намерением прекращения жизни
- Другая точка зрения состоит в понимании парасуицида как варианта суицидальных попыток с низкой суицидальной направленностью
- Третья точка зрения предполагает, что парасуицид и суицидальная попытка — взаимоисключающие понятия

Парасуицид

В 1982 г. ВОЗ рекомендовала использовать термины «суицидальная попытка» и «парасуицид» как равные по значению.

В соответствии с определением, ВОЗ термин «парасуицид» применяется в случае, если диагностируется «несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий».

Т.о., это определение содержит самые существенные характеристики этого вида аутоагрессивных действий: отсутствие намерения прекращения жизни и достижение тех или иных желаемых субъектом изменений действительности (ситуации).

Парасуицид

Суицидальное поведение в виде парасуицидов является одним из самых важных факторов риска для самоубийств в будущем

От 10 до 14% совершивших суицидальную попытку умирают от следующей попытки

Это увеличивает риск самоубийства более чем в 100 раз по отношению к общей популяции

(R. Diekstra, 1991)

ФАЗЫ РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 1 – фаза напряжения** – обратимая. Человек переживает отчаяние, тоску, безысходность, обреченность, безвыходность, невыносимую психологическую боль, чувство стыда, позора. Человек желает и ищет помощи. В этой фазе ему можно помочь, в таком случае суицидент сам или при вмешательстве посторонних прекращает попытку самоубийства.
- 2 – фаза апатии** – необратимая. Появляется безразличие к происходящему, человек перестает бороться. Это происходит, когда у человека уже сформировалась идея уйти из жизни, и он создает план суицидальных действий

Общие черты самоубийства

(по Э. Шнейдману):

Общие черты самоубийства касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства

1. Общей целью суицида является нахождение решения
2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания
3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности
5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность
6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы
8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия)
9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения

Группы самоубийств

(по Э. Шнейдману):

- **Предрасполагающие** и ближайшие причины патологического характера выступают как вполне достаточные основания для объяснения произошедшего. Случайные причины и мотивы не играют никакой или почти никакой роли. Таковы самоубийства душевнобольных.
- **Причины патологического характера** (нервное расстройство, физическая болезнь) не могут полностью его объяснить. Ближайшие причины социального характера (неудачи, катастрофы) имеют важное значение. Мотивы могут играть некоторую роль, хотя и меньшую, чем им придает воображение самоубийцы. Т.о., патологические причины комбинируются с причинами социальными и некоторую роль играют осознаваемые мотивы.
- **Предрасполагающие** причины патологического характера не играют никакой или почти никакой роли. Важнейшее значение имеют причины социального характера, т.е. жизненные катастрофы и толчки. Мотивы являются и действительными причинами самоубийства.

Суицидогенные факторы индивидуально-личностного регистра (**предиспозиционные суицидогенные факторы**)

Отражают особенности непосредственного психического функционирования, в совокупности приводят к неполноценности психической деятельности:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразии 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.

Сочетание названных условий, приводящих к дезадаптации – **предиспозиционные суицидогенные комплексы. Методы их диагностики – клиническое наблюдение и психологическое обследование.**

Психологические особенности как фактор риска суицида у пациентов с пограничными расстройствами

(Н. В. Конанчук, 1983)

- эмоциональная лабильность
- импульсивность
- эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов
- доверчивость
- эмоциональная вязкость, ригидность аффекта
- болезненное самолюбие
- самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений
- напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности)
- настойчивость
- решительность
- бескомпромиссность
- низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов

Приведенный выше один из списков психологических особенностей как факторов риска суицида демонстрирует возможность возникновения суицидального поведения у лиц с диаметрально противоположными характеристиками: эмоциональная лабильность — ригидность, самостоятельность — зависимость, завышенная или заниженная самооценка.

Речь идет об акцентуациях характера, или об индивидуально-личностных особенностях, выходящих за пределы так называемого среднего варианта психического функционирования.

Основой развития патологических черт личности, играющих важную роль в возникновении суицидального поведения в условиях неблагоприятной социально-психологической ситуации, являются условия развития в детстве и пубертатном периоде.

Более 60 % суицидентов воспитывалось в неполной семье.

Сохранившиеся родительские семьи характеризовались сложными эмоциональными отношениями, периодическими конфликтами, формальной заинтересованностью судьбой детей.

Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы о них в детстве и пубертатном периоде.

Конфликт

это своеобразное столкновение двух разнонаправленных тенденций в переживаниях, связанных с неблагоприятной социально-психологической ситуацией. Эти тенденции оказываются несовместимыми, однако каждая из них может выступать как мотив переживаний и поведения. Конфликт формируется как столкновение нескольких мотивов, которые одновременно не могут быть удовлетворены. Практически это столкновение ведущей потребности и

Виды конфликтов

- При **интерперсональном** (внешнем) конфликте один из его компонентов лежит вне личности и связан с одной из составляющих социально-психологической ситуации, препятствующей удовлетворению потребности.
- **Интраперсональный** (внутренний) конфликт возникает в случае, когда сталкиваются разнонаправленные тенденции, существующие в рамках психических переживаний самой личности.
- В ряде случаев конфликт носит **смешанный** характер.

Суицидогенные факторы

- Индивидуальные (возможность возникновения суицида, движущей силой которого выступает в первую очередь само психическое состояние суицидента)
- Ситуационные (связанные с социально-психологической ситуацией)
- Статусно-личностные (в отдельных случаях суицид связан непосредственно с характером состояния, развившегося вследствие того или иного воздействия ситуации на личность)

- Разграничение суицидогенных факторов на индивидуальные, ситуационные или статусные регистры носит условный характер. В действительности всегда отмечается констелляция факторов всех трех регистров.
- Например, депрессия, появившаяся в результате ситуационного воздействия у личности с теми или иными особенностями, в дальнейшем может развиваться по своим законам, и тяжесть психопатологической симптоматики нередко становится ведущей причиной формирования суицидального поведения.
- Состояние человека само по себе может привести к суицидальным тенденциям не только в рамках депрессии, но и при психических расстройствах самого различного характера, сопровождающихся разнообразной психопатологической симптоматикой (галлюцинации, бред и т.д.)

При шизофрении суицидальные тенденции могут быть обусловлены не только императивными галлюцинациями соответствующего содержания, но и особенностями реагирования больного на «голоса» («надоели», «замучили»), на невозможность найти выход из ситуации «преследования», связанного с бредовыми переживаниями. Так называемая психологически понятная реакция на психотические переживания не может не отражать и особенности заболевания у того или иного суицидента.

Психопатологическая симптоматика, внешне не определяющая возникновение суицидальных тенденций, не может быть вырвана из контекста целостных переживаний, предшествующих покушению на самоубийство

- В одних случаях суицид у больных шизофренией — это реакция «здоровой» личности на психотические переживания
- В других — покушение на самоубийство непосредственно обусловлено самой психопатологической симптоматикой (императивными галлюцинациями, переживаниями психического автоматизма и др.)
- Возможен так называемый импульсивный суицид, в котором отчетливо проявляются патология волевой деятельности и расстройства мышления.

Само состояние может становиться основной движущей силой суицидального поведения и вне рамок психических расстройств шизофренического спектра. Более того, существует зона так называемых **акцентированных реакций**, занимающих промежуточное положение между психическими расстройствами и реакциями, остающимися в пределах нормальных переживаний.

«Мы полагаем, что к реакции в форме самоубийства способны не только больные и болезненные, но и здоровые души, совершенно нормальные по своим качествам и эмоциям» (Г.И. Гордон,

Типы ситуационных реакций

(А.Г. Амбрумова, 1983)

Непатологические реакции в виде суицидального поведения относят к ситуационным видам реагирования:

- **эмоционального дисбаланса**
- **пессимистическая**
- **отрицательного баланса**
- **демобилизации**
- **оппозиции**
- **дезорганизации**

Ведущую роль в их генезе играют ситуационные суицидогенные факторы. Каждая из этих реакций при их усилении может уже обуславливать качественный сдвиг психической деятельности в виде акцентированных реакций, в рамках которых суицидальное поведение прежде всего определяется характером и особенностями самого состояния человека в период времени, предшествующий покушению на самоубийство. В первую очередь это относится к таким реакциям, как реакция **эгоцентрического переключения** и **психалгии** (душевной боли).

Одной из наиболее часто встречающихся является реакция душевной боли (психалгии).

Невыносимая психическая боль является общим стимулом суицида, это то, от чего суицидент «стремится убежать» в своем желании «прекратить поток сознания». При этой реакции не наблюдается выраженного изменения сознания, хотя и отмечаются некоторое сужение мотивационной сферы и ограничение сферы общения. В соответствии с преобладающим аффектом психалгии могут быть разделены на тревожные, тоскливые и дисфорические. В любом случае реакции по типу непереносимой психической боли связаны с повышенной интенсивностью отрицательных эмоций. Важно, что реакция психалгии может быть расценена как своеобразная переходная зона.

Детерминанты (движущие силы)

суицидального поведения

- Поводы покушений на самоубийство (мотивационная составляющая суицида) осознаются суицидентом и чаще всего сопровождаются той или иной мотивировкой, даваемой самим самоубийцей.
- В отличие от этих характеристик, выдвигаемых самим пациентом, детерминанты суицидального поведения определяются анализирующим случившееся специалистом (врачом, психологом и др.).
- Причинные факторы отражают множество объективных данных, получаемых в процессе сбора анамнеза и исследования. В каждом случае покушения на самоубийство определение его движущих сил является одним из решающих моментов понимания случившегося.

Знание причин суицида — важнейшее звено лечебно-диагностической и профилактической работы с человеком, покушавшимся на самоубийство.