



Клиническая
психология

Г.В. Старшенбаум

**Суицидология
и кризисная
психотерапия**

Геннадий Старшенбаум

**Суицидология и
кризисная психология**

«Когито-Центр»

2005

Старшенбаум Г. В.

Суицидология и кризисная психология / Г. В. Старшенбаум —
«Когито-Центр», 2005

Самоубийство – одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед теми, кто профессионально занимается помощью другим людям. Редко бывает, чтобы врач или психолог, работник службы спасения или педагог не столкнулись в своей работе с необходимостью остановить суицидента. К сожалению, очень трудно избежать трагических ошибок без достаточной подготовки. . . В предлагаемом читателю руководстве впервые в отечественной литературе обобщены теоретические, методические и организационные вопросы суицидологии и кризисной терапии. Приведена классификация суицидоопасных реакций в норме и патологии, дан анализ клинических случаев, изложена авторская программа кризисной терапии. Книга будет полезна и опытным клиницистам, и начинающим врачам, а также психологам, социальным работникам и всем интересующимся и изучающим проблемы суицидологии.

© Старшенбаум Г. В., 2005

© Когито-Центр, 2005

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Основные теоретические подходы	9
РЕПРЕССИВНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ	9
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	12
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	16
СОЦИАЛЬНО—ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	24
КЛИНИКО—ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	27
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД	29
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Г. В. Старшенбаум

Суицидология и кризисная психотерапия

*Незабвенной Айне Григорьевне Амбрумовой и всем сотрудникам
Суицидологического центра с любовью*

ВВЕДЕНИЕ

*С каждой смертью меня становится все меньше и меньше,
ибо я один с человечеством, а потому никогда не спрашивай, по ком
звонит колокол:*

он звонит по тебе.

Джон Донн

Пока вы читали этот эпиграф, кто—то на земле покончил с собой. И так каждую минуту. За день в мире убивают себя 2300 человек, за год – 800 тысяч человек. По различным данным, еще от 8 до 30 миллионов людей неудачно покушаются на свою жизнь. При этом каждый второй, пытавшийся покончить с собой, в течение года повторяет свою попытку, обычно в более тяжелой форме. Каждый третий покончивший с собой совершал суицидную попытку в прошлом. Попытки самоубийства совершают в основном люди психически здоровые, находящиеся в трудоспособном возрасте. Суициденты в случае смертельного исхода оставляют своих детей без родителей, наносят глубокую травму своим родным и близким. Незавершенные суициды нередко ведут к инвалидизации.

Чаще всего самоубийства совершают одинокие, разведенные и овдовевшие мужчины – в четыре раза чаще, чем женщины; зато женщины в два раза чаще совершают суицидальные попытки (как саркастически подметил Жорж Клемансо: «Женщины живут дольше мужчин, особенно вдовы»). Впрочем, молодые мужчины, как и женщины, тоже чаще прибегают к незавершенным попыткам самоубийства, одним из ведущих мотивов которых служит призыв о помощи. Наиболее высокий уровень самоубийств обнаруживается среди врачей, особенно женщин – психиатров, анестезиологов, стоматологов, а также психологов, учителей и адвокатов. Для мужчин—врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический. Женщины—врачи и женщины—психологи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции. Вполне возможно, что причиной суицида у этих людей служит не столько специфика работы, сколько определенные особенности личности, обусловившие выбор профессии, в частности, недостаточная самооценка, склонность к депрессии и аддиктивному поведению.

Особенно характерны самоубийства для развитых стран, где они занимают третье место (после сердечно—сосудистых и онкологических заболеваний) среди причин смерти наиболее работоспособного населения – между 15 и 45 годами. По результатам массовых обследований, в США суицидальные мысли выявлены у 16 % опрошенных; 3 % из них в прошлом пытались покончить с собой. Меньше всего самоубийств совершается в странах с низким уровнем жизни, но с высоким уровнем убийств, например, в странах Латинской Америки. Известно также, что уровень суицидов в нации падает в периоды войн, когда поощряется убийство врагов. Это наводит на мысль, что суицид связан не столько с материальными трудностями, сколько с наличием в культуре запрета на внешнее проявление агрессии.

Увеличение числа самоубийств в мире связывают с быстрым распространением депрессий, часть из которых протекает в скрытой форме и не сразу распознается. Это психическое расстройство обходится Соединенным Штатам в сумму 44 миллиарда долларов в год, затра-

чиваемых на медицинские расходы, невыходы на работу и утрату работоспособности. Если в 1990 г. депрессия занимала четвертое место среди заболеваний, приводящих к инвалидности, то к 2020 г. она выйдет на второе место после ишемической болезни сердца. В настоящее время депрессией страдает полмиллиарда человек, каждый третий перенес в своей жизни хотя бы один депрессивный приступ, а к концу текущего века по прогнозам экспертов это будет уже каждый житель Европы.

В России до революции распространенность самоубийств была самой низкой в Европе – три самоубийства на 100 тыс. жителей в год. В 1998–1999 гг. показатель уровня самоубийств в стране составил 38 на 100 тыс. жителей. Мы вышли по этому параметру на второе место в мире (на первом месте – Литва, где на 100 тыс. человек приходится 46 самоубийств). Российские показатели в 3–4 раза превышают среднемировые (10–20 самоубийств на 100 тыс. населения в год, в США – 11, в Великобритании – 9). Каждый год кончают жизнь самоубийством 50 тысяч россиян. Только за 90–е годы страна потеряла полмиллиона человек. Для сравнения: за 10 лет войны в Афганистане погибли 14 тысяч военнослужащих, а покончили с собой лишь в 1990 г. 5 тысяч солдат и офицеров.

Самоубийства в Москве совершаются в четыре раза чаще, чем в Лондоне и Нью–Йорке, и в два раза чаще, чем в Берлине, который до недавнего времени считался мировой столицей самоубийств. В 1996 г. 4165 москвичей пытались отравиться, 3979 человек вскрывали себе вены, 772 человека обливали себя бензином и поджигали, 93 человека стрелялись. В 1997 г. число суицидных попыток в Москве составило уже 12 тысяч (33 попытки ежедневно), успешных – 1300. В сентябре–октябре 1998 г. по сравнению с теми же месяцами предыдущего года количество самоубийств увеличилось почти в пять раз, в среднем каждый день кончали с собой в Москве 18 человек. В Санкт–Петербурге за 90–е годы число самоубийств увеличилось в 1,5 раза и в 1999 г. составило 900 (из 2700 зарегистрированных суицидных попыток).

Отношение общества к самоубийству неоднозначно. С позиции культа силы, широко распространенной в современном обществе, неполноценный человек не должен обременять других. С точки зрения ложного гуманизма, поскольку человек имеет право на добровольный уход из жизни, необходимо организовать ему квалифицированное содействие в этом. Половина из опрошенных американских специалистов по СПИДу помогали своим пациентам совершить суицид, прописав им смертельную дозу наркотиков. Американский врач–патологоанатом Джек Кеворкян, известный как «Доктор Смерть», проводил на тот свет более 130 человек, просивших его о помощи в безболезненном уходе из жизни (эвтаназии). Его деятельность породила множество споров. И пока американцы спорят, в Колумбии и Нидерландах помощь в самоубийстве уже узаконена.

Большинство людей склоняются к тому, что смертельно больной человек имеет право на эвтаназию. Однако у ряда больных желание умереть появляется под влиянием соматогенной депрессии. Кроме того, они испытывают воздействие социальных и психологических стрессов, не хотят обременять близких и общество, которое по умолчанию одобряет альтруистический суицид. Виктор Франкл пишет: «Многие считают, что врач, который в случае имевшей место попытки самоубийства осуществляет терапевтическое вмешательство, пытается взять на себя роль судьбы, вместо того, чтобы предоставить ей свободу. На это мы можем лишь возразить: если бы судьбе было угодно дать умереть уставшему от жизни человеку, у нее нашлись бы средства и пути, чтобы врачебное вмешательство пришло слишком поздно. А пока живущий успевает вовремя попасть в руки врача, врач должен действовать как целитель и ни в коем случае не играть роли судьбы, решающего в соответствии со своим личным мировоззрением, жить или не жить больному» (Франкл, 1999, с. 44).

Распространенными среди населения являются следующие ложные представления о самоубийстве. Те, кто много говорит о самоубийстве, якобы редко его совершают (хотя большинство самоубийц перед смертью делились своими горестями и намерениями; 40 % из них

в течение последней недели перед суицидом обращались к врачу или психологу). Самоубийство всегда совершается внезапно, импульсивно (в действительности существует много диагностических признаков повышенного риска самоубийства). Решившиеся на самоубийство редко колеблются и их все равно не остановить (однако самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь). Разговоры о самоубийстве могут способствовать его совершению (и, наоборот, такой разговор может стать первым шагом в его предупреждении). Покушающиеся на самоубийство желают умереть (но подавляющее большинство суицидентов хотят не самой смерти, а избавления от невыносимой психической боли). Самоубийства и суицидные попытки – явления одного порядка (на деле суицидная попытка представляет собой крик о помощи в невыносимой ситуации, а не самоубийство, неудавшееся по каким-то причинам). Те, кто пытаются покончить с собой, психически ненормальны (на самом деле большинство суицидальных попыток совершаются психически здоровыми людьми). Склонность к самоубийству наследуется (суициды действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже было подобное, но предрасположенность к суициду не наследуется и не является чертой характера). Риск самоубийства исчезает, когда кризисная ситуация проходит (к сожалению, под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъем сил после минования острого кризиса лишь помогает выполнить задуманное). Если человек в прошлом совершил суицидную попытку, то подобное больше не повторится (в реальности очень многие повторяют эти действия вновь и достигают желаемого результата).

Даже в США две трети тех, кому требуется лечение от депрессии, никогда его не получают. Низкую обращаемость по поводу депрессии связывают со следующими распространенными среди населения мифами. С депрессией можно справиться усилием воли (однако призывы типа «Возьмите себя в руки!», «Будь мужчиной!» лишь снижают самооценку, поскольку сознательно контролировать депрессию не удастся). Распространены высказывания типа: «Все это он выдумал» (на самом деле депрессия может быть связана с соматическими заболеваниями). Быть в депрессии ненормально и стыдно (у нас в России до недавнего времени это означало еще и опасность принудительной госпитализации и постановки на психиатрический учет). Депрессивный больной недееспособен (хотя современные методы лечения помогают ему преодолевать свое состояние и вести достаточно продуктивную жизнь). Психотерапия не работает (действительно, в тяжелой депрессии больному необходимы антидепрессанты, однако ведущим методом лечения является именно психотерапия). Лекарства вызывают зависимость (затяжные или повторяющиеся приступы могут потребовать длительного приема лекарств, но при соответствующем контроле врача зависимость от них не возникнет). Депрессия одинакова для всех (это не так, и ниже будут рассмотрены различные причины развития депрессии и ее разнообразные клинические формы). Злоупотребление химическими веществами и депрессия никак между собой не связаны (на самом деле эти расстройства довольно часто взаимосвязаны).

Бытует также представление, что самоубийство – это закономерная реакция на травмирующую ситуацию, а если она не воспринимается окружающими или профессионалами как драматическая, значит, человек психически болен. Однако большинство людей в трудных ситуациях мобилизуются, поэтому социальный кризис 90-х гг. в России вначале сопровождался снижением числа самоубийств. Что же касается психиатрического диагноза, то 75 % всех суицидентов составляют лица практически здоровые и с пограничными расстройствами против 25 % больных, обслуживаемых в психиатрических учреждениях.

Одной из основных мотиваций истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации (в отличие от подавленного влечения к жизни вообще при депрессии). Вопреки распространенному мнению, лишь 13 % пациентов, госпитализированных в связи с совершенной суицидной попыткой, объясняют ее желанием повлиять на отно-

шение к себе окружающих; у этих больных недостаточно развиты адаптивные навыки общения с людьми, им присуще демонстративно—шантажное поведение.

Суицидальные реакции не всецело обусловлены тяжелой жизненной ситуацией. Развитие данных реакций, а нередко и самих психотравмирующих ситуаций, связано с наличием определенных неадаптивных установок, которые в неблагоприятных условиях могут приводить к возникновению межличностных конфликтов и суицидальному поведению. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично—семейных или социально—престижных ценностей и формируются под влиянием воспитания, психотравмирующих переживаний и различных микросоциальных воздействий. Указанные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризиса, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующей ценности вновь инициируют суицидальное поведение.

Как правило, в одиночку кризисные проблемы решить не удастся. Выход из кризиса требует микросоциальной и эмоциональной поддержки, а также коррекции суицидогенных установок. В ряде случаев кризисным пациентам необходим тренинг недостающих им навыков адаптации к сложившейся жизненной ситуации. Дифференцированный подход к суицидентам требует клинической квалификации формы суицидоопасной реакции. Таким образом, кризисные проблемы затрагивают ряд областей: психологию, педагогику и психиатрию. Поэтому ведущим методом помощи суицидентам должна быть психотерапия как дисциплина, располагающаяся на стыке этих областей. Однако традиционные методы психотерапии, рассчитанные на лечение больных без суицидального риска, оказываются мало пригодными для решения кризисных проблем. Весьма актуальной становится задача разработки и внедрения в широкую практику новых специфических методов психотерапии, которые позволили бы эффективно купировать суицидальные тенденции и предотвращать их развитие в будущем.

Основные теоретические подходы

РЕПРЕССИВНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ

Загнанных лошадей пристреливают, не правда ли?

В основе **репрессивного**, самого древнего подхода к самоубийству, лежала идея его запрета. Церковь и римское право приравнивали суицид к убийству, и в средневековой Западной Европе труп самоубийцы проносили по городским улицам, закапывали на перекрестках с вбитым в сердце осиновым колом, бросали в овраг вместе с падалью, сжигали как жилище сатаны. Французские законы XVII столетия предписывали вешать самоубийцу голым за ноги, а его имущество отдавать королю. В 1804 г. Наполеон отменил судебное преследование суицидентов, и оно постепенно исчезло из всех европейских законодательств. Со второй половины XIX в. добровольное лишение себя жизни перестало быть редким поступком и, например, во Франции достигло в 1911–1915 гг. показателя 21,6 на 100 тыс. населения (в России в то время было 3,4). Правда, во Франции с тех пор показатели практически не изменились, а в России выросли в 10 раз.

В русском языке слово «самоубийство» появилось в царствование Петра Великого и связано оно с массовыми самосожжениями раскольников—старообрядцев. Это течение стало идейным знаменем борьбы против петровских реформ, в нем участвовал сын Петра Алексей. В 1716 г. впервые в истории России появились меры предупреждения самоубийства. В Воинском и Морском уставах Петра I говорится: «Ежели кто сам себя убьет, то подлежит палачу мертвое его тело за ноги повесить; привязав к лошади, волоча по улице, в бесчестное место отволочь и закопать, дабы смотря на то, другие такого беззакония над собою чинить не отваживались».

В дальнейшем эти средневековые кары постепенно смягчались: покушавшихся на самоубийство били плетью, ссылали на каторгу, заключали в тюрьму, а покончивших с собой лишали христианского погребения. Однако во Врачебном уставе Свода законов Российской империи до 1857 г. сохранялась статья, по которой «тело умышленного самоубийцы надлежало палачу в бесчестное место направить и там закопать».

Отдельные аспекты суицида анализировались русскими учеными еще в XIX – начале XX в. Признавая уже тогда самоубийство как «болезнь века», затрагивающую интересы различных дисциплин, отечественные врачи и общественные деятели призывали объединить усилия представителей различных специальностей в создании комплексной, междисциплинарной науки «суйсидологии» – задолго до появления этого термина на Западе (в 1929 г.). Однако после Октябрьской революции до 1989 г. статистика самоубийств в СССР была закрыта, работы зарубежных авторов не поступали, а единичные отечественные исследования по суицидологии издавались с грифом «Для служебного пользования». Самоубийства расценивались как угроза общественному оптимизму. При этом во время Великой отечественной войны в случае угрозы плена строжайше требовалось себя убить (Приказ И.В. Сталина 1942 г. № 227).

В 50–60–х гг. прошлого века во всем мире был отмечен значительный рост числа самоубийств. В это время возник международный термин «суицидология», которым начали обозначать многоплановую сферу теоретических и практических исследований феномена самоубийства. К сожалению, построению целостной теоретической системы суицида препятствует односторонность разрабатываемых подходов, что приводит к противоречивости и несравнимости результатов отдельных исследований. В качестве основных концепций суицида можно выделить следующие: биологическую, социологическую, психологическую, социально—психологическую и клинико—психологическую.

В практической психиатрии и общественном сознании до сих пор живы воззрения представителей **биологического** подхода, связывающих самоубийства исключительно с душевной патологией (Esquirol, 1838; Пинель, 1889; Розанов, 1881). Следует отметить, что признание самоубийцы психически больным во времена Эскироля было гуманным шагом, так как ограждало его от преследования.

В соответствии с концепцией биологического вырождения суицид понимается как неизбежный финал дегенерата. Р. Крафт—Эбинг (1908) считал самоубийство проявлением вырождения человеческой природы, описывал у суицидентов дегенеративные анатомо—физиологические признаки. Расисты рассматривают суицид как естественный регулятор естественного отбора, способствующий очищению и прогрессу высшей расы. Гитлер с целью ускорения этого процесса распорядился уничтожить суицидентов, находящихся на лечении в психиатрических больницах, а также душевнобольных. По этому бесчеловечному приказу были умерщвлены тысячи больных на оккупированных территориях нашей страны.

Представители антропологической школы П.М. Минаков и А.И. Крюков связывали происхождение самоубийства с характерными изменениями в строении черепа самоубийц, оказывающими механическое воздействие на мозг. Судебный патологоанатом И.М. Гвоздев (1889) собственноручно вскрыл 1000 трупов самоубийц, безуспешно пытаясь обнаружить у них патологические особенности «молекулярного движения в головном мозге».

В настоящее время общепризнанно, что предрасположенность к аффективным расстройствам передается по наследству, особенно при биполярном течении. Если болен один из родителей, риск заболевания для ребенка составляет 27 %, если оба – 50–75 %. У однояйцевых близнецов вероятность заболевания составляет 67 %, даже если они воспитываются в разных семьях. Определенное значение придается психосоматическим факторам, в частности, пикническому (плотному) телосложению. Повышенную частоту депрессий у женщин объясняют меньшим содержанием серотонина в головном мозге.

Шизофрения также передается генетически и провоцируется стрессом, наркотиками. Две трети больных имеют хотя бы одного родителя, больного шизофренией (включая амбулаторные формы). О первостепенной роли наследственности говорит тот факт, что монозиготные близнецы, воспитанные раздельно, заболевают так же часто (в половине случаев), как и близнецы, воспитанные вместе. В то же время среди детей, рожденных от здоровых родителей, но воспитанных больными шизофренией, не отмечается более высокой заболеваемости, чем среди детей, воспитанных здоровыми людьми. Однако для реализации биологической предрасположенности необходимо также воздействие психологических и социальных факторов.

После установления диктатуры пролетариата резко возросли социальные предпосылки самоубийств, однако признание их исключительно проявлением душевных болезней помогало лакировать действительность и скрывать последствия чудовищной социальной девиации. Медицинская тактика, основанная на биологическом подходе, предполагает принудительную госпитализацию суицидента в психиатрическую больницу, лечение его психотропными средствами и наблюдение участкового психиатра после выписки. Такой подход чреват психиатрической гипердиагностикой и на деле оставляет многих суицидентов без профессиональной помощи. В настоящее время лишь единичные исследователи категорично утверждают, что человек может совершить самоубийство исключительно в болезненном психическом состоянии (Полищук, 1994).

С другой стороны, некоторые суицидологи недооценивают психопатологические расстройства у своих пациентов, компенсируя тем самым распространенное в нашем обществе негативное отношение к душевнобольным. Так, по данным А.Н. Моховикова (2001) негативное отношение к этим больным выявлено у 12 % опрошенных хирургов. Не проявили позитивного отношения к душевнобольным 4/5 хирургов и акушеров—гинекологов, 2/3 педиатров

и 1/3 психиатров. Судя по результатам анонимного телефонного опроса, негативно относится к душевнобольным около трети людей. А каждый шестой – за то, чтобы от них избавиться.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека всегда можно.

Иосиф Бродский

Представители **социологического** подхода вслед за его основоположником французским социологом Эмилем Дюркгеймом рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. Э. Дюркгейм (1994) разделил суицидные проявления на суицидные тенденции, попытки и завершённый суицид. Он выделил следующие типы суицидов.

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой («вялая меланхолия, услаждающаяся собою, рассудочное равнодушие скептика»).

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («со спокойным чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»)

3. Аномическое самоубийство как реакция личности на тяжёлые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы («горячий протест против жизни вообще или против определенного лица; убийство, сопровождаемое самоубийством»). Вариантом аномического суицида является фаталистическое самоубийство при переживании личных трагедий (например, смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви).

Подобным образом Э. Шнейдман (2001) выделяет три типа суицидов: 1) эготические самоубийства, связанные с внутриличностным конфликтом, 2) диадические самоубийства, адресованные значимому другому и 3) агенеративные самоубийства, вызванные утратой связи со своим поколением или человечеством в целом.

Аномия по Дюркгейму характеризуется отсутствием приемлемых норм управляемого поведения и спутанностью культурной идентичности, хроническим состоянием раздражения и неудовлетворенности жизнью, отсутствием цели и уважения к себе, потерей надежды на лучшее будущее. Аномия возникает при резком изменении общественной системы ценностей и наблюдается в настоящее время в России, переживающей затяжной социально—политический и экономический кризис.

Р. Быстрицкас и Р. Кочюнас (1989) перечисляют характерные черты особого психологического типа «*homo soveticus*», сформировавшегося в условиях тоталитарного режима. Это догматичность сознания, пренебрежение личным опытом и некритическое доверие «коллективному разуму». Принятие личной ответственности лишь за желательные результаты своей деятельности. Упование на внешние инстанции и перенос на них ответственности за неудачи. Расщепленность сознания – раздвоение личного и социального Я. Постоянный страх, отсутствие чувства безопасности и стабильности. Недостаточное принятие себя и снижение личной определенности. Недостаточная рефлексивность. Стремление избегать неудач, а не достигать позитивные цели в качестве основного мотива поведения. Восприятие настоящего лишь как точки пересечения симметричных времен: прошлого и будущего.

А.Н. Моховиков (2001) отмечает появление у советских людей после распада СССР таких чувств, как разобщенность и принадлежность к неспособному управлять своей судьбой народу, отлученность от цивилизации, незащищенность, анархическое отношение к государству и его законам, зависть и некритическое принятие всего иностранного.

Еще М.Я. Феноменов связывал рост самоубийств с общей кризисной ситуацией в стране. «Как только общество выходит из состояния экономического и социального равновесия, как только начинается болезненный процесс создания новых форм жизни, условия для соверше-

ния самоубийств налицо... При этом совершенно безразлично, в каком обществе наступает перемена форм жизни – в первобытном или в культурном. И в том, и в другом она будет болезненной... Эпидемия самоубийств является показателем того, что перед обществом поставлены крайне трудные задачи, задачи общественного переустройства. Силы общества напрягаются, и наиболее слабые из его сочленов падают жертвой лихорадочно быстрого социально—экономического роста» (Феноменов, 1914, с. 51). Анализируя статистику самоубийств в Европейской России за указанные годы, автор выявил, что в апогее социального кризиса число самоубийств снижается, а в последующие за кризисом годы – быстро увеличивается. Так, в данном регионе в 1902 г. было 3,6 самоубийств на 100 тыс. жителей, в 1905 – 3,1, в 1910 – 4,9. Эти наблюдения подтверждает тот факт, что в Великобритании во время экономической депрессии 1936–1938 годов 30 % всех самоубийц составили безработные. Выявленная автором тенденция к снижению суицидальной активности на пике кризиса и ее последующему росту подтвердилась во время распада СССР.

М.Я Феноменов обнаружил, что с 1899 по 1912 годы число самоубийств в русской школе увеличилось в 13 раз, в то время как в европейских школах оно осталось стабильным. Автор объясняет это духом практицизма и утилитаризма, ставшим преобладающим в общественном сознании в период реакции после 1905 г. Он обвиняет «дух карьеризма, пронизывающий современное воспитание, отсюда переполнение программы всевозможными предметами, нужными и ненужными, отсюда баллы, экзамены, переутомление учеников».

А.М. Корвин (1916) проанализировал статистику самоубийств в различных городах и губерниях России с 1803 по 1912 годы и пришел к следующим выводам. Россия занимает последнее место в Европе по распространенности самоубийств и их росту среди населения (с 1,6 на 100 тыс. населения в 1803 г. до 3,4 в 1912 г.). Основным фактором, препятствующим росту числа самоубийств, является преобладание в России сельского населения, которое потребляет гораздо меньше водки, чем городское. Одной из главных причин самоубийств является урбанизация: высокая концентрация населения в городах, алкоголизация городских жителей. На частоту самоубийств влияют также национальная и религиозная принадлежность. Уровень материального благосостояния и образования, а также плотность населения в данном регионе и его климатические особенности в распределении самоубийств роли не играют. Исходя из результатов своего исследования, автор выдвинул в качестве наиболее важного средства профилактики самоубийств борьбу с алкоголизмом.

Известный русский юрист А.Ф. Кони (2001), обобщив данные, накопленные отечественной и мировой статистикой за столетие, увидел основную причину самоубийств в России в отсутствии общественных идеалов. Этим автор объясняет тот факт, что в России в середине 60–х годов XIX века «в эпоху великих реформ» число самоубийств уменьшилось под влиянием «духовного подъема» в обществе и резко увеличилось в 70–х годах, когда начался период реакции и появилось исключительно материалистическое направление общественной мысли.

Кони решительно отвергает распространенную в его время тенденцию отождествления самоубийства с душевным заболеванием. Автор считает, что «самоубийство должно считаться результатом сознательной и дееспособной воли, покуда не будет в каждом отдельном случае доказано обратное» (Кони, 1967, т. 4, с. 455). Кони возражает психиатрам, пытавшимся отнести к признакам душевной болезни такие эмоции, как стыд, невыносимую обиду, ревность и любовь: «Не придется ли с этой точки зрения считать душевнобольным почти всякого, проявляющего чуткую отзывчивость на житейские условия и обстоятельства, и вообще говоря, живущего, а не только существующего, мыслящего и страдающего, не только вегетирующего и прозябающего?» (там же, с. 455).

Выступая против антропологической теории «прирожденного убийства и самоубийства», Кони отстаивает важность микросоциальных конфликтов в происхождении суицида: «Каждый вдумчивый врач, судья, священник знает по своим наблюдениям, что житейские драмы под-

тачивают жизнь постепенно, возбуждая сменой тщетных надежд и реальных разочарований сначала *горечь* в душе, потом *уныние* и, наконец, скрытое *отчаяние*, под влиянием которого человек опускает руки и затем поднимает их на себя» (Кони, там же, с. 456).

Другой известный русский общественный деятель, философ Н.А. Бердяев в 1924 г. обвинил в росте самоубийств подмену человеческих потребностей технократическими. Он был убежден, что техника, производящая ненужные предметы или орудия истребления жизни, быстрота движения, которую она порождает, власть вещей и денег, которую она с собой приносит, создает химеры и фантазии, направляет человека к фикциям, которые лишь производят впечатление реальностей.

В качестве современного варианта социологической теории можно рассматривать фрустрационную концепцию М. Эльнера (1977). В процессе исследований были сопоставлены 22 переменные социально—экономического, географического и нозологического значения с показателями суицидов в большом количестве стран. На основании факторного анализа был сделан вывод, что высокие показатели суицидов связаны с современным «технократическим государством». Конрад Лоренц (1994) также связывает аутоагрессию современного человека с урбанизацией. Городская скученность и постоянная конкуренция обостряют механизмы внутривидовой агрессии, но законы общежития заставляют подавлять ее. Подавленная агрессивность усиливает предрасположенность к несчастным случаям и другим проявлениям неосознанной аутоагрессии. Эрих Фромм в известном труде «Бегство от свободы» показывает, насколько извращенное общество опасно для индивида, и утверждает, что как только интеллекту бывает оставлена свобода выражать себя так, как он хочет, он изо всех сил старается найти самый легкий способ стереть себя с лица Земли.

Давно известна «заразность» самоубийств, особенно когда вокруг суицида известной личности поднимают много шума. Самое первое массовое самоубийство произошло в Древней Греции две тысячи лет назад. По какой—то причине повесилась девушка, а за ней – вторая, третья, четвертая... Родители умоляли дочерей не делать этого, но на девичниках только и разговоров было о том, как прекрасна была Елена или Олимпия в расшитом погребальном хитоне, как рыдал ветренный Александр или надменный Кротон. Когда отцы города пригрозили раздевать и вывешивать трупы юных самоубийц на площади, эпидемия самоубийства тут же прекратилась. Прошли века, и вот смерть Мэрилин Монро вызывает 12–процентный рост самоубийств в США и 10–процентный рост – в Великобритании. У нас в ответ на сообщения в СМИ в 1999 году о самоубийстве лидера молодежной поп—группы Игоря Сорина несколько девочек—подростков последовали примеру своего кумира.

Во время широкого освещения подобных самоубийств число автомобильных аварий со смертельным исходом вырастает более чем на 30 %. Непосредственно после публикаций различных историй о самоубийствах число пассажиров, погибших в катастрофах авиационных коммерческих компаний, увеличивается более чем в три раза, причем сообщения о множественных жертвах аварий сопровождалось увеличением числа катастроф со многими жертвами, а возраст совершивших единичное замаскированное самоубийство примерно соответствовал возрасту героя публикации. Американские суицидологи подсчитали, что каждое сообщение о самоубийстве убивает 58 человек. По их мнению, после подобных публикаций потенциальные самоубийцы принимают роковое решение потому, что начинают считать идею самоубийства более «законной».

Социологический подход охотно используют представители антипсихиатрии, которые подходят к проблеме суицида не с медицинских и психологических позиций, а с точки зрения общественной морали. Возможности предупреждения самоубийств в соответствии с социологической концепцией ограничиваются первичной профилактикой, связанной с государственными и общественными мероприятиями по воспитанию граждан в духе высокой сознательности и социальной активности.

Очевидна связь повышения уровня самоубийств в России с общей тенденцией к вымиранию населения. Средняя продолжительность жизни мужчин в стране составляет 59 лет (в США – 74 года). Показатель смертности на 1000 жителей в России составляет 13,9 % (в США – 8,7 %), показатель рождаемости в России – 9,7 % (в США – 14,1 %). По данным Госкомстата в 1990 году умерли 1 млн. 656 тыс. россиян, в 1994 г. – 2 млн. 301 тыс., в 1996 г. – 2 млн. 82 тыс. При этом показатели младенческой и детской смертности намного превышают показатели смерти от старости.

Существенно заметить, что в первые годы кризиса заметного роста числа завершенных самоубийств не наблюдалось – по—видимому, за счет мобилизации, связанной с надеждой на стабилизацию обстановки в стране и улучшение жизни. Однако по мере углубления кризиса наступила закономерная реакция демобилизации. Показатели самоубийства начали быстро расти: с 26,5 на 100 тыс. человек в 1991 году до 42 в 1994 году, то есть в 1,6 раза. В Северном, Уральском и Восточно—Сибирском регионах этот показатель превысил цифру 50, в отдельных районах дошел до 60 и даже 80. В Удмуртии показатель самоубийств до сих пор сохраняется на уровне 80, а среди подростков – 105; в северных районах республики регистрируется 190 самоубийств на 100 тыс. человек. Надо отметить, что по заключению американских экспертов при показателе 100 самоубийств на 100 тыс. жителей ситуация становится неуправляемой и неуклонно прогрессирует.

А что если наша Земля – ад какой—то другой планеты?

Олдос Хаксли

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

*Человек должен до дна выпить горечь жизни, чтобы научиться
получать от нее удовольствие.
Дейли Кэпитэл*

Психологический подход к суициду – один из наиболее распространенных на Западе. З. Фрейд (2001, с. 263) был убежден, что «ни один невротик не испытывает стремления к самоубийству, не исходя из импульса убить другого, обращенного на самого себя». Страх смерти, появляющийся при меланхолии как защита от пассивного суицида, Фрейд (1991) объясняет тем, что для «Я» жизненно важно быть любимым со стороны «Сверх—Я». Когда «Я» чувствует, что «Сверх—Я» его ненавидит и преследует вместо того, чтобы любить, оно отказывается от самого себя и позволяет себе умереть.

Согласно концепции аутоагрессии З. Фрейда и К. Абрахама, человек, переживающий обычное горе, испытывает не только любовь, но и бессознательную враждебность к умершему. Из—за невозможности сразу смириться с утратой скорбящий возвращается к симбиотической стадии развития и начинает идентифицировать себя с объектом утраты, тем самым символически вновь обретая его. При этом гнев против умершего направляется вовнутрь и приводит к чувству вины и снижению самооценки. Больной меланхолией неспособен разрешить этот амбивалентный конфликт и впадает в депрессию.

По К. Меннингеру, убийство и самоубийство тесно переплетены. Вот примеры этого переплетения:

- расширенный суицид, при котором убийство значимых других (детей, любовного или брачного партнера) прокладывает дорогу самоубийству;
- дуэль как вариант расширенного самоубийства («божий приговор»); самоубийство вместо убийства другого или бесконечной войны с ним;
- выдача себя врагам из альтруистических соображений (распятие и воскресение);
- самоубийство с целью опережения убийства врагом («моя смерть принадлежит мне»);
- убийство с целью самому быть убитым (преступление и наказание);
- суицид после ухода партнера на тот свет (воссоединение в смерти);
- суицид после убийства любимой из ревности («навекы моя»);
- харакири, которое является публичным вызовом врагу тоже выпустить себе кишки и для которого требуется помощник (соучастие с другими лицами);
- амок как самая гремучая смесь разнонаправленной агрессии (попытка убить всех).

Меннингер выделяет в этом переплетении три желания: убить, быть убитым и умереть вместе. Иллюстрацией может служить письмо Фрейда к будущей жене Марте, написанное в припадке ревности, в котором он признается в желании сравнять с землей весь мир, включая невесту, ее знакомого и себя самого.

Откуда же появляются все эти страсти, и каким образом они взаимодействуют? По Фрейду, люди от рождения обладают набором конструктивных и деструктивных сил (Эрос и Танатос). Мазохизм он определяет как садизм, направленный на собственную личность, чтобы сдерживать агрессивное влечение.

Эрих Фромм (1994) утверждает, что насилие, направленное на другой объект, часто единственный способ защиты от собственной агрессии, которая в противном случае всю свою силу направила бы вовнутрь и привела бы к самоуничтожению. Этот механизм качелей, при котором агрессия направляется то наружу, то внутрь, по мысли автора, объясняет самоубийство убийц.

Первоначально Эрос и Танатос взаимодействуют в основном для решения внутренних задач личности, что способствует развитию и росту индивида. Франц Александер в работе 1929 г. «Потребность в наказании и инстинкт смерти» описывает этот процесс следующим образом: «С момента рождения включается механизм болезненного неприятия негативных реалий, неадекватный субъективному восприятию, заложенному во время внутриутробного развития. Взрослея, ребенок все более убеждается в том, что путь удовольствия пролегает сквозь тернии болезненного самоограничения и страдания. В период младенчества ребенок сталкивается с пассивной формой самоограничения, например, испытывает голод, будучи оторванным от материнской груди, но со временем он осознает, что любое удовольствие сопряжено со страданием, то есть форма самоограничения становится активной. С тактической точки зрения именно это сознательное принятие страдания, которое нередко кажется нам парадоксальным, является доминирующей характеристикой *Эго* по отношению к восприятию реальности и Суперэго» (цит. по: Меннингер, 2000, с. 13).

К. Меннингер в книге «Война с самим собой» развивает эту мысль в отношении мучеников и аскетов – «хронических самоубийц»: «...система воспитания и образования в какой —то мере прививают человеку аскетические навыки, которые проявляются в бескорыстном и самоотверженном служении обществу и заботе о собственных детях. ...В отличие от рядового члена общества, «хронический самоубийца» руководствуется внутренней потребностью жертвовать собой. То, что на первый взгляд воспринимается, как законное стремление увековечить свое имя, на поверку оказывается замаскированным проявлением деструктивных сил» (Меннингер, 2000, с. 153). Невротики, по мнению Меннингера, пользуются тем же механизмом, но с целью вызвать не восхищение, а жалость. И восхищение, и жалость здесь выступают как извращения любви.

Наркотическую, в том числе алкогольную, зависимость Меннингер считает одной из форм самоуничтожения, которая характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность. Сам наркотик выступает в роли любимого убийцы.

Некоторые преступники, по Меннингеру, переполнены непреодолимым чувством ненависти, порожденным в детском возрасте, когда человеку приходится подавлять свои эмоции настолько, что подсознание становится неспособным к скрытой реализации внутреннего агрессивного импульса. Это в свою очередь приводит к тому, что ребенка часто ловят на неразрешенных поступках и наказывают. В дальнейшем проступки превращаются в преступления, а наказания ужесточаются, все больше озлобляя человека, способного теперь испытывать только садистическую ненависть и страх наказания. Мазохистская форма проявления любви – совершить убийство, за которое полагается смертная казнь, и таким образом освободить человечество от «такого злодея». В качестве промежуточного варианта между садизмом и мазохизмом можно рассматривать сексуальных садомазохистов.

Импотенция и фригидность, при которых происходит отказ от нормального генитального удовольствия, также могут быть формой саморазрушения. При этом естественная биологическая роль приносится в жертву извращенным эротическим наклонностям, подсознательным страхам и ненависти, стремлению к самонаказанию и лишению себя и партнера получения совместного удовольствия.

Меннингер ввел понятие «частичное самоубийство» для некоторых форм невротического членовредительства. Он включил сюда трихотилломанию (вырывание и поедание собственных волос), онихофагию (грызение ногтей), удаление зубов, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена). Во всех этих случаях, по мнению автора, суицидальный импульс сосредотачивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой

целого, подлежащего уничтожению. Саморазрушительные импульсы наблюдаются также у лиц, склонных к травматизму от несчастных случаев, жертв нападений и сексуального насилия.

Альфред Адлер связывает агрессию с потребностью победить соперников в борьбе за существование, добиться превосходства над ними. Если у человека выражено чувство неполноценности, ему приходится сдерживать прямую агрессию и добиваться победы путем самоистязания. В силу социальных условий чувство неполноценности, зависимое и мазохистское поведение присуще женщине. Любовные победы – лучший бальзам для ее уязвленного честолюбия. При поражении она переживает досаду, страх утраты своей женской власти над мужчинами, проигрыш в соперничестве с другими женщинами и впадает в депрессию.

В более поздней модели садомазохизма успешно разрабатывалась идея Фэйрберна (Fairbairn, 1952) о «моральной защите от плохих объектов». Автор отмечает, что ребенок интроецирует плохие объекты, чтобы очистить их от «плохости». В награду он рассчитывает получить чувство безопасности, которое характерно для человека, окруженного хорошими объектами. Внешняя безопасность, таким образом, приобретает цену внутренней небезопасности, потому что его Эго отдается на милость внутреннего «черного человека», против которого теперь надо создать эффективную защиту. Когда ребенок попадает во власть этого воплощения зла, он становится плохим с точки зрения Суперэго. Ощущения безопасности нет, нет и надежды на спасение. Единственный выход – убить демона вместе с собой. Так свел счеты со своим «Черным человеком» Сергей Есенин: «Я взбешен, разъярен, И летит моя трость Прямо к морде его, В переносицу... Месяц умер, Синеет в окошко рассвет. Ах, ты, ночь! Что ты, ночь, наковеркала? Я в цилиндре стою. Никого со мной нет. Я один... И разбитое зеркало...».

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет 10 общих психологических характеристик самоубийств. Общей целью самоубийства является нахождение решения. Общая задача самоубийства состоит в прекращении сознания. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль – психалгия. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность—безнадежность. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Общим действием при суициде является бегство. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Автор выделяет пять групп психологических потребностей, фрустрация которых объясняет большинство самоубийств.

1. Неудовлетворенные потребности в любви и приятии – связаны с фрустрацией стремления к поддержке и привязанности.
2. Нарушение контроля, предсказуемости и организованности – связаны с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию.
3. Снижение самооценки в силу стыда, поражения, унижения или позора – связаны с фрустрированными потребностями в привязанности, самооправдании и избегании стыда.
4. Разрушенные значимые отношения, возникшие вследствие этого горе и чувство потери – связаны с фрустрированными потребностями в привязанности и заботе о другом.
5. Чрезмерный гнев, ярость или враждебность – связаны с фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии.

Сейр (цит. по: Змановская, 2003) описывает эмоциональный комплекс, лежащий в основе суицидального поведения:

- изоляция (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);
- беспомощность (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);

– безнадежность (когда будущее не предвещает ничего хорошего);
– чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Наличие у суицидентов определенных психологических особенностей используют для определения степени выраженности суицидального риска (Ласко, Шапиро, 1975; Короленко, Галин, 1978; Конончук, 1983). К таким особенностям относят следующие. 1. Напряженность потребностей, аффективная ригидность, бескомпромиссность в достижении целей со склонностью к импульсивным поступкам. 2. Эмоциональная зависимость, проявляющаяся в потребности в симбиотических отношениях и приводящая к эпидемиям самоубийств после суицида известной личности. 3. Недостаток эмпатии, интровертированность в сочетании с независимостью в принятии решений и склонностью к мизантропии. 4. Импульсивная, недифференцированная агрессивность в сочетании с культом насилия, конфликтностью и аутоагрессивными проявлениями. 5. Недифференцированность или искаженность представлений о смерти, обесценивание человеческой жизни по сравнению с другими ценностями. 6. Непереносимость фрустрации из-за неадекватной самооценки, эмоциональной лабильности, соматовегетативной неустойчивости, интеллектуальной недостаточности, недоразвития механизмов компенсации.

Для переживания кризиса характерны определенные личностные защиты. Во время кризиса часто наблюдается персеверация, благодаря которой внимание сужается и ограничивается одной темой, а интерес к остальному исчезает. Включается проекция, когда человек, чувствуя беспомощность и отчаяние, приписывает окружающим то презрение, которое сам испытывает к себе. Это лишает его возможности рассчитывать на помощь, портит отношения с людьми и приводит к изоляции. Появляются компенсаторные фантазии всемогущества, которое якобы можно обрести ценой своей смерти, вызвав у близких чувство вины. На высоте кризисных переживаний развивается диссоциация сознания с явлениями деперсонализации—дереализации, нарушением чувства времени, автоматизмом поведения. Человек одновременно чувствует себя прежним и изменившимся, и в реальности, и вне ее, и в настоящем времени, и в прошедшем. Возникающее сноподобное состояние позволяет отстраненно относиться к реальности, давая возможность максимально сосредоточиться на решении кризисных проблем.

Й. Пурич—Пейакович и Д. Дуньич (2000) находят символический смысл в способе суицида. Прыжок из окна, с террасы, с моста – полет. Утопление – очищение, возвращение в блаженство материнского чрева, ассоциации с мифическими содержаниями. Повешение – наиболее драматическое переживание первого вдоха, первая борьба между жизнью и смертью, ее аналогом является истерический ком в горле. Самосожжение – мистическая тайна и могущество огня, полное исчезновение, наказание тех, кто остаются жить. Выстрел в голову – манифестация героической морали и почетной смерти.

Хайнц Хензелер (2001) указывает на роль нарциссизма в происхождении суицидоопасного кризиса. Нарциссические личности переживают утраты или их угрозы как катастрофу. Нарциссическая обида вызывает у них то чувство неполноценности, то чувство превосходства. У них возникают фантазии оказаться в чреве матери, слиться с вселенной, обрести вечный покой и вечную жизнь. Суицид может представлять последнюю попытку вернуть «утраченное лицо» нарцисса. В связи с этим необходимо избегать усиления нарциссической обиды путем надзора и удерживания, упреков в слабости и снисходительного подбадривания.

Гюнтер Аммон (1995) выделяет деструктивную форму агрессии, которая проявляется вовне отреагированием, сексуальностью, преступностью, разрушительными фантазиями и чувствами в отношении внешних объектов. Вовнутрь она проявляется психосоматикой, депрессией, манией, суицидом, отреагированием несчастными случаями, самоповреждениями или запущенностью, разрывом контактов и отношений.

Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева (2001); А. Холмогорова, Н. Гаранян (2001) приводят убедительные данные о связи суицидального риска с перфекционизмом. Практическим выводом из этой корреляции является необходимость выяснить, как пациент воспринимает требования к нему социального окружения, в первую очередь – семьи. Следует также учитывать, что перфекционизм является основным фактором сопротивления депрессивного больного лечению. Авторы выделяют в феномене перфекционизма следующие параметры:

1. Завышенная, по сравнению с индивидуальными возможностями, трудность целей (завышенный уровень притязаний).
2. Поляризованная, «черно—белая» оценка результата собственной деятельности.
3. Преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений.
4. Непрерывное сравнение себя с другими людьми при ориентации на полюс «самых успешных и совершенных».
5. Чувство собственного несоответствия положительным представлениям других людей о себе, постоянное ожидание публичного разоблачения.
6. Переживание многих нейтральных ситуаций как напоминающих о собственной неполноценности.
7. Чрезмерные требования к другим и завышенные от них ожидания.

Следствиями перфекционизма для продуктивной деятельности являются: поведение избегания; опасение в ситуации риска оказаться не на высоте; переутомление и снижение продуктивности. В межличностных контактах наблюдаются конфликты и разрывы из—за чрезмерных требований и ожиданий от других людей; конкурентные отношения с людьми ввиду частых сравнений с ними и зависти; дефицит близких и доверительных отношений. В процессе лечения отмечается нереалистическое ожидание быстрого исцеления; обесценивание небольших улучшений; недоверие к специалистам и разочарование в них из—за чрезмерно высоких требований; преждевременный отказ от лечения.

По теории объектных отношений суицид рассматривается не как реакция на ситуацию, а как следствие специфического развития личности, связанного с взаимоотношениями индивида с родителями и особенностями воспитания. При этом в качестве ведущего механизма суицида признается не аутоагрессия, а стремление к смерти как возможность воссоединиться с умершим родителем. Сформировавшись в детстве, данный механизм может включаться затем в ситуации утраты или угрозы утраты значимого другого (Ringel, 1953; Hendin, 1965). Кроме того, суицидное поведение может играть роль последнего сигнала своим родителям в попытке перестроить взаимоотношения в семье. Эта роль затем разыгрывается в суицидальных фантазиях, когда субъект как бы предупреждает своих родителей о предстоящей попытке самоубийства (Полмейер, 1978).

Важное значение придается частоте конфликтов с родителями в детстве суицидентов. S. Drakovt, K. Nolek (1985) на обширном материале приводят разделение суицидных попыток на истинные и демонстративные, связывая развитие последних с влиянием взаимоотношений в первичной (родительской) семье суицидента. Авторы трактуют демонстративную попытку как аналог межродительского конфликта, а ее целью считают инфантильное желание индивида обратить на себя внимание. По данным В.К. Мягер (1983), более 60 % суицидентов воспитывались в неполных семьях, распад которых произошел, когда они были в дошкольном возрасте. Их мать отличалась истеричностью, отец – замкнутостью, жестокостью и педантичностью. Выходцы из таких семей с детства живут с непреходящим чувством покинутости, заброшенности.

О.В. Тимченко и В.Б. Шапар (1999) объясняют механизмы самоубийства некрофильными тенденциями, которые суицидент в цивилизованном обществе вынужден подавлять и

поэтому многократно покушается убить себя вместо того, чтобы убивать всех подряд. Самоубийцы с сильным некрофильным полем втягивают в него скрытых и вялых некрофилов – от любовных партнеров до миллионных масс людей. На счету Гитлера 20 млн. 946 тыс. убитых, Сталина – 42 млн. 672 тыс. Некрофил обязательно доводит любимых женщин до смерти. 8 сентября 1931 года племянница Гитлера, его единственная «любовь» Гели Роубал выстрелила себе в сердце из его пистолета системы «Вальтер». Перед этим Гитлер имел серьезный разговор со своим лучшим другом и личным шофером Эмилем Морисом, который влюбился в Гели и встретил взаимность. Наложил на себя руки любовница Гитлера киноактриса Рене Мюллер, покушалась на самоубийство другая любовница – Юнити Митфорд. А постоянная возлюбленная Гитлера Ева Браун еще в 1932 г. стреляла в себя, в 1935 г. приняла 35 таблеток снотворного, а спустя 10 лет все же отравилась во время двойного самоубийства с фюрером.

8 ноября 1932 г. выстрелила себе в сердце из пистолета системы «Вальтер», привезенного в подарок братом из Германии, Надежда Сергеевна Аллилуева, 32-летняя жена Сталина, который был старше ее на 20 лет. Поводом послужил застольный флирт мужа с женой одного из военачальников, присутствовавшей на праздничной вечеринке. Увидев, что жена недовольна, Сталин бросил ей в тарелку корку от апельсина и крикнул: «Эй, ты!» Надя вскочила: «Я тебе не «эй, ты!» – и выбежала из комнаты. Причину самоубийства она прокричала мужу до этого: «Мучитель ты, вот ты кто! Ты мучаешь собственного сына, мучаешь жену, весь народ замучил...» Что касается сына, то Яков неудачно пытался застрелиться, когда отец не разрешил ему жениться и высмеял. Уйдя на фронт и попав в плен к немцам, Яков узнал реакцию отца – Приказ № 227: «Тех, кто предпочтет сдаться в плен, уничтожить всеми средствами, а семьи сдавшихся в плен красноармейцев лишать государственных пособий и помощи». Яков бросился на колючую проволоку под высоким напряжением и был застрелен.

А самое массовое одновременное самоубийство под влиянием некрофила произошло 18 ноября 1978 г. в Гвиане. 913 членов секты «Народный храм» выпили напиток смерти из котла, наполненного смесью ягодного сиропа, седуксена и цианистого соединения. Вдохновителем этой акции стал больной шизофренией преподобный Джим Джонс из Сан—Франциско.

А.Н. Моховиков (2001) отмечает ряд личностных стилей суицидентов. *Импульсивный* – внезапное саморазрушающее поведение во время конфликта при наличии алекситимии. *Компульсивный* – ригидность, перфекционизм, завышенные притязания. *Рисковый* – игра со смертью. *Регрессивный* – снижение эффективности механизмов адаптации у незрелых личностей. *Зависимый* – пассивность, беспомощность, потребность в постоянной поддержке. *Амбивалентный* – борьба влечений к смерти и к жизни. *Отрицающий* – магическое отрицание смерти со снижением волевого контроля. *Гневный* – подавление враждебных чувств к обидчику в сочетании с недовольством собой. *Обвиняющий* – убежденность, что в возникающих проблемах непременно есть чья—то или собственная вина. *Убегающий* – стремление уйти от травмирующей ситуации. *Бесчувственный* – притупление эмоциональных переживаний. *Заброшенный* – переживание отверженности, ненужности и одиночества. *Творческий* – экспериментирование с самоубийством как новым способом разрешения проблем.

Автор с точки зрения гештальттерапии выделяет у суицидентов четыре защитных механизма: интроекцию, проекцию, ретрофлексию и конфлюэнцию.

Интроекция проявляется плакатными фразами, использованием местоимения «я», когда на самом деле речь идет о «мы» («Я должен пожертвовать собой ради высшей цели»). Этот механизм соответствует альтруистическому суициду Дюркгейма и особенно часто наблюдается у подростков, делая их легкой добычей деструктивных культов. Таким пациентам свойственно нетерпение, жадность и леность, из—за чего они ограничиваются тем, что спешат «проглотить» как можно больше советов. Терапевт должен помочь пациенту почувствовать различие между Я и Ты и способствовать развитию уверенности в возможности собственного выбора.

Проекция выдает себя употреблением местоимения «оно», когда речь идет на самом деле о Я, склонностью поучать и возмущаться. В личности пациентов отмечаются подозрительность и жестокость, они обычно предпочитают самые грубые способы суицида. Проекция соответствует аномическому суициду Дюркгейма, когда человек не может приспособиться к социальным изменениям и испытывает негативные чувства к окружающим, которые приписывает им («нет смысла жить в этом отвратительном обществе»). Этот механизм объясняет учащение суицидов во время общественно—экономических кризисов. Терапия должна быть направлена на установление отношений доверия и возвращение пациенту его отчужденных психических функций. Следует обращать внимание пациента на реальную возможность выхода за пределы его системы проекции и поддерживать его шаги в этом направлении.

Ретрофлексия наблюдается у людей, которые не позволяют себе направлять агрессию против людей, испытывают стыд за подобные намерения и обращают агрессию против себя. Такое превращение межличностного конфликта во внутриличностный соответствует эгоистическому суициду Дюркгейма. Для пациентов характерен зажатый в верхних регистрах маломодулированный голос, употребление местоимения «себя» и возвратной частицы «ся» («Я омерзителен себе», «Я не могу больше бороться с собой»). Пациент отгораживается от реальной ситуации, ведет бесконечный внутренний диалог, пытается полностью контролировать себя. Терапия включает побуждение пациента к преодолению настороженности и к действию. Важно привлекать внимание пациента к агрессивным компонентам его пантомимики.

Конфлюэнция заключается в слиянии с другими и растворением собственного Я. Она проявляется в речи употреблением безличных форм, местоимением «мы» или утверждений в третьем лице: «Как—то грустно», «Нам это не под силу», «Люди часто попадают в невыносимые ситуации». Этот механизм часто наблюдается в юношеском возрасте и способствует эпидемиям самоубийств и деятельности деструктивных культов. Стратегия терапии заключается в ненавязчивости контакта и разграничении «мое» – «не мое». Проговаривая свои желания и потребности, человек начинает осознавать, чего он хочет на самом деле, и находит собственные способы достижения своих целей.

Определенный эффект при лечении суицидентов отмечается от применения когнитивных методов (Бек с соавт., 2003), а также трансактного анализа межличностных и внутриличностных отношений (Brechenser, 1972; Макаров, Макарова, 2002) в соответствии с моделью Э. Берна (2001) – Родитель—Взрослый—Дитя, – описывающей различные позиции личности в конфликтных ситуациях.

В то же время изолированный психологический подход игнорирует клинические закономерности и сводит суицидное поведение к аутоагрессии как следствию взаимодействий инстинктов жизни и смерти (Фрейд, 1994, 2001; Litman, 1968). Аутоагрессию связывают с реальной или символической утратой объекта любви, а сам аутоагрессивный феномен расширяют, включая в него парасуицид, псевдосуицид и демонстративный суицид (Kreitman, Chowdhury, 1973). К. Меннингер (2000) в одном ряду с самоубийством рассматривает такие явления, как аскетизм, курение, импотенция, опасные для жизни профессии и увлечения и т. п. Крупнейший американский суицидолог Норман Фарберов (Farberow, Shneidman, 1961) еще больше расширяет рамки саморазрушающего поведения, добавляя сюда трудоголизм, азартное и делинквентное поведение, пренебрежение врачебными рекомендациями и т. п.

Классификации суицидов, характерные для данного направления, страдают отсутствием единого принципа. Так, В. Klopfer (1961) делит самоубийства на индивидуальные и коллективные, активные и пассивные, искренние и рассчитанные на привлечение внимания, запланированные и импульсивные. Типология Э. Шнейдмана (2001) включает: искателей смерти, намеренно расстающихся с жизнью при сведении возможности спасения к минимуму; инициаторов смерти, намеренно приближающих ее; игроков со смертью, которые не вполне готовы умереть

и выбирают способ, который оставляет им шанс на спасение; одобряющих смерть, которые не скрывают свои суицидальные намерения, но не спешат реализовать их.

Сторонники психоаналитической школы направляют свои терапевтические усилия на анализ подсознательной мотивации суицидента, что нередко приводит к усилению суицидального риска и завершается самоубийством (Ялом, 2000). Ведущий юнгианский психолог Джеймс Хиллман (2004), стоящий на позициях антипсихиатрии, призывает не мешать суициденту покончить с собой, поскольку этого требует его бессмертная душа. А если «душе» захочется убить другого человека?

А. Лэнгле, описывая опыт экзистенциального анализа депрессивной больной, советует с осторожностью применять методы логотерапии Франкла при лечении кризисных состояний. Он предупреждает, что «парадоксальная интенция противопоказана в случае суицидальной угрозы или психозов, а работа с биографией – при высоких ситуационных нагрузках, так как она может вызвать у пациента состояние перенапряжения и даже способствовать повышению суицидального риска» (Лэнгле, 2001, с. 19).

Диалог клиента и клиент—центрированного психотерапевта.

– Я испытываю глубочайшую тоску.

– Вы испытываете глубочайшую тоску.

– Моя жизнь не имеет ни малейшего смысла, я проваливаюсь в какую—то черную дыру.

– Ваша жизнь не имеет ни малейшего смысла. Она вся окрашена в черный цвет.

– Сплошная пустота. Мне остается лишь покончить с собой.

– Сплошная пустота. Вам остается лишь покончить с собой. Клиент молча встает, медленно направляется к окну открывает его и выбрасывается наружу. Психотерапевт произносит:

– Бац.

СОЦИАЛЬНО—ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Бывает, что не хочется жить, но это вовсе не значит, что хочется не жить.

Станислав Ежи Лец

Данное направление основано на концепции психологического кризиса Э. Линдемманна (1996) и Дж. Каплана (Caplan, 1974). Суицидоопасный кризис, по представлениям авторов концепции, вызывается столкновением личности с непреодолимым в данное время препятствием на пути достижения ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной сфере. Причиной кризиса в большинстве случаев служат конфликты и утраты в лично—семейной сфере.

Выделяют кризисы развития и созревания (*эволюционные кризисы*), которые обусловлены переходными этапами жизни: отрочество и юность, получение профессии, создание семьи, беременность и роды, переезд и смена работы, выход на пенсию, тяжелая болезнь и смерть супруга, старческая немощь и потребность в уходе. События, вызывающие эволюционный кризис, объединяет их предсказуемость, а значит, и возможность подготовиться к ним.

При *ситуационных кризисах* события развиваются внезапно и неожиданно. Это может быть дорожно—транспортное происшествие, несчастный случай на рабочем месте, увольнение, финансовый крах и т. п. Промежуточное место между эволюционными и ситуационными кризисами занимают кризисы, связанные с такими событиями, как изнасилование на свидании, нежелательная беременность, неожиданные супружеские измены, непредвиденные разводы и т. д.

На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности. Важнейшими структурными компонентами психологического кризиса являются: 1) вызывающие события; 2) фрустрированная потребность; 3) дефицит необходимой для решения проблемы информации.

Многообразие личностных смыслов *события* отражается на эмоциональном компоненте кризисного состояния, на его индивидуальной аффективной окрашенности. Переживание актуальной, реально произошедшей утраты влечет за собой возникновение эмоций горя, печали. Угроза утраты, ожидание возможной утраты в будущем порождает эмоции тревожного спектра, поддерживающиеся тягостным чувством неопределенности ситуации. Защитная эмоция обиды или гнева возникает в тех случаях, когда индивид сосредотачивает свое внимание не на угрожающей ему опасности, а на личности «обидчика», воспринимая конфликтную ситуацию с этой позиции.

Переживание утраты *фрустрирует* – нарушает особо значимую потребность личности, вступая с ней в конфликт. Первоначально конфликт возникает в какой—либо одной сфере деятельности, но затем распространяется и на другие. А в крайнем своем выражении – на все стороны психической деятельности субъекта. Указанная генерализация первичного конфликта является необходимым условием возникновения психологического кризиса.

Третьим существенным элементом психологического кризиса является *дефицит информации*, необходимой для разрешения проблемы, который создает представление о неразрешимости конфликта, безвыходности ситуации. Дефицит информации может иметь объективный или субъективный характер. В первом случае он обусловлен особой сложностью подлежащей разрешению проблемы, ее неожиданностью и новизной, что исключает использование прошлого опыта. Во втором – он связан с особенностями психической деятельности субъекта, определенными характеристиками его когнитивных, познавательных структур.

Последователи социально—психологической ориентации (Lester, 1971; Neuringer, 1970) считают психологический кризис функцией взаимодействия вызывающего события и специфической личностной предрасположенности. Последняя заключается в особенностях эмоциональной реактивности, самооценки и самоприятия, системы ценностей, структуры социализации и межличностных контактов. Учитывается также специфика когнитивной организации, ответственной за восприятие вызывающего события в неадаптивной манере, формирующей негативные концепции ситуации и будущего.

Во время кризиса личность становится ареной борьбы двух сил: суицидогенных и антисуицидальных факторов. Самыми частыми *суицидогенными факторами* являются потеря близкого человека, отвержение им, утрата здоровья и работоспособности, престижа и уважения окружающих. Им противостоят *антисуицидальные факторы*: родительские чувства, нежелание причинять боль близким, выраженное чувство долга, страх боли и смерти, ее неэстетичности и инвалидности в случае неудачной попытки, боязнь осуждения, представление о неиспользованных жизненных возможностях, наличие творческих планов и замыслов, а также прошлые достижения в значимых для пациента областях.

В типичных случаях продолжительность психологического кризиса ограничивается сроком от одной до шести недель – время, за которое индивид находит средства разрешения своих проблем самостоятельно или с помощью своего окружения. Благоприятный исход психологического кризиса способствует повышению адаптационного уровня индивида, включая его способность противостоять кризисам в будущем. Негативный исход кризисного состояния ведет к суицидальному поведению.

С.В. Зиновьев (2002) объясняет рост числа самоубийств в стране следующими причинами. После падения коммунистического режима сформировались три типа личностей: «потерянный» человек с доминирующим стремлением избежать очередной неудачи; «новый русский» с главными приоритетами в виде денег и власти и «криминогенный» тип с высокой склонностью к импульсивности, агрессии и немедленному получению удовольствия. Проявления этих типов нередко переплетаются, их объединяет наличие четырех психологических характеристик. 1. Нарушение эмоциональной реактивности (по силе, направленности, переключаемости, окраске доминирующих переживаний). 2. Антисоциальная направленность в сочетании с нетерпимым и жестоким поведением. 3. Доминирование экономических интересов (сэкономить, выиграть, украсть или отнять деньги) и потребностей в малосодержательном досуге («интересно» провести время, «убить» время). Вытесненные познавательные, эстетические, творческие и духовные потребности нередко выступают в извращенном виде: как экстремальное искусство, сектантство, наркотизация. 4. Вытеснение ценностей народной и классической национальной культуры упрощенными стереотипами американской культуры и сленгом (бизнеса, компьютерным, уголовным). При этом невыгодное сравнение с уровнем жизни среднего американца и отсутствие обнадеживающей перспективы приводят к переживанию фрустрации. У описанных типов людей, обладающих перечисленными психологическими особенностями, создается искаженный образ себя, мира и своих действий в нем. В кризисной ситуации их переживания основываются на принципе удовольствия с активизацией архаических способов мышления, а поведение характеризуется взаимной «заразительностью», стимуляцией преимущественно невербальными сигналами, невыраженностью «клапанов безопасности» и высоким суицидальным риском.

Следует отметить нечеткость типологических критериев социально—психологической концепции. Так, Ch. Neuringer (1970) выделяет возможный суицид, суицид—игру, суицид через провокацию на себя, саморазрушающее самоубийство. Ряд авторов расценивают суицидную попытку как не всегда осознанный призыв о помощи, не обязательно сопровождающийся истинным желанием умереть (Iga, 1976; Шнейдман, 2001). Описанная концепция легла в основу организации служб социально—психологической помощи, включающих Теле-

фон Доверия, кризисные центры и кризисные стационары. Широкое распространение социально—психологического подхода и организация разветвленной сети служб предупреждения самоубийств началось в Западной Европе и США после второй мировой войны с ее массовыми жертвами и осознанием приоритетной ценности человеческой жизни. Существование таких служб играет важную роль в превенции суицидов; при этом они, в отличие от отечественной модели, укомплектовываются не только профессионалами, но и добровольцами, и не соблюдают принцип преемственности в ведении пациента различными специалистами на разных этапах лечения.

КЛИНИКО—ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Если бы я знал, на что я так зол, я бы не был так зол.

Миньон Маклофин

Клинико—психологический подход свойственен в основном немецкоязычным авторам (Brdutigam, 1978; Wolf, Graf, Wedler, 1979). Однако наиболее последовательно он представлен в отечественной психиатрии с ее нозологическими традициями, в соответствии с которыми суицидентов было свойственно разделять на психически больных и душевно здоровых (Лебедев, 1888; Корсаков, 1901; Бехтерев, 1911, 1914; Прозоров, 1913, 1925; Бруханский, 1927). Еще в Петровском Воинском и Морском уставах репрессивные меры не распространялись на душевнобольных самоубийц. «А ежели кто учинил в беспамятстве, болезни, в меланхолии, то оное тело в особливом, но не в бесчестном месте похоронить. И того ради должно, чтобы судьи наперед об обстоятельстве и причинах немедленно уведомились, и через приговор определили б, каким образом его погребсти».

Отдельные попытки систематизированного изучения суицидального поведения с точки зрения современной нозологии и психологии делались, начиная с 30–х годов (Зайцев, 1938). На материале судебно—психиатрической экспертизы разработаны критерии для отграничения «физиологических», субклинических суицидных проявлений от психопатологических (Бунеев, 1954; Мизрухин, Лившиц, 1963; Целибеев, 1966). Проводится клинический анализ суицидальных тенденций у больных маскированной и реактивной депрессиями (Герман, 1976, Десятников и Сорокина, 1981). Указывают на высокий суицидальный риск при психогенных депрессиях по сравнению с эндогенными и соматогенными (Бачериков, Згонников, 1989). Описана динамика развития суицидальных тенденций при психогенных депрессиях и других суицидоопасных аффективных состояниях (Шостакович с соавт., 1974; Качаева, 1983), а также при различных формах психопатий (Пелипас, 1971; Попов, 1972).

На основании клинико—психологического анализа предпринимаются попытки создания классификации суицидальных проявлений: по личностному смыслу реакции и личностным особенностям (Гинделевич, 1970; Шнейдман, 2001), по нозологическому принципу с выделением субклинических психогенных реакций – аффективно—шоковых и истерических (Федотов и др., 1974). Учитываются возрастно—половые различия в мотивации суицидального поведения и феноменологической специфике его проявлений (Семичев, 1970; Семичев, Смирнова, 1970; Федотов и др., 1978; Шахматов, 1983). Выделяют конфликты в лично—семейной сфере в качестве источника дезадаптации в детстве и основной причины развития суицидоопасного кризиса (Самохина, 1982).

Изучаются особенности аутоагрессивного поведения у лиц с пограничными нервно—психическими расстройствами (Федотов с соавт., 1975.; Бачериков, Харченко, 1978). При этом проявляется тенденция к необоснованному расширению рамок пограничных состояний в диагностике суицидальных феноменов. Так, Г.И. Брегман (1970) на основании изучения 16 пациентов приходит к выводу, что все «так называемые суициденты» – это лица с многолетним невротическим развитием личности, которое ничем себя не проявляло в обыденной жизни, а в условиях стресса разрешилось суицидальным актом.

Другие исследователи, напротив, без достаточных оснований считают, что попытки самоубийства у больных пограничными состояниями могут быть лишь демонстративными, «псевдосуицидальными». Например, В.А. Процык (1984) делит суицидные попытки у этих больных на демонстративно—целевые (симулятивные) и демонстративно—аффективные. При этом автор указывает на возможность трансформации демонстративно—аффективных попы-

ток самоубийства в истинные вследствие слабости эмоционально—волевой сферы у больных пограничными расстройствами.

Развитие аутоагрессивных тенденций ставится в связь со структурой психопатических личностей (Александров, 1973). И.М. Каленский (1981) описывает шесть вариантов депрессивного синдрома, наблюдающегося при различных психопатиях: депрессивный, тревожно—депрессивный, депрессивно—истерический, депрессивно—дисфорический, депрессивно—ипохондрический и депрессивно—обсессивный.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

Лечение комплексов может быть только комплексным.
Войцех Верцех

Системные исследования самоубийства в нашей стране ведутся с 1970 г. отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, на базе которого функционирует Федеральный научно—методический центр суицидологии.

В 70–90–х годах издавались сборники научных работ и методические рекомендации, проводилась работа над диссертациями, организовывались научно—методические конференции, осуществлялось обучение специалистов из различных регионов.

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) называют суицидальным поведением любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидные попытки и завершённые суициды. Суицидная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения.

Суицидальному поведению предшествуют *антивитальные переживания*, при которых еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни. Размышления об отсутствии ценности жизни выражаются в формулировках: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т. п.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются 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 что—нибудь произошло и я бы умер...» и т. д. *Суицидальные замыслы* – это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия. *Суицидальные намерения* предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение. Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется *пресуицидом*. Его длительность может исчисляться минутами при остром пресуициде и месяцами при хроническом пресуициде.

В соответствии с целью суицидальное поведение подразделяется на истинное и парасуицидальное. *Истинные* самоубийства, покушения и тенденции имеют целью лишение себя жизни. Например, если больной выбрасывается из окна, чтобы погибнуть и избавиться от галлюцинаторных преследователей, это расценивается как истинная суицидная попытка. Смерть в результате психотической дезориентировки или членовредительство по бредовым мотивам квалифицируются как несчастные случаи.

Парасуицид нередко используется антисоциальными личностями для эпатажа окружающих, истероидными – для шантажа. Если попытка самоубийства заканчивается завершённым суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств, а не вследствие желания смерти, ее следует отнести к несчастному случаю.

Парасуицид встречается также у аддиктов с их жадой острых ощущений, с помощью которых они пытаются вывести себя из состояния бесчувственности и безрадостности. Для этого используются рискованные и болезненные действия: хождение по перилам моста и другие игры со смертью; прижигание кожи или удушение; демонстрация окружающим готовности

покончить с собой, чтобы установить с ними эмоциональный контакт. В рамках аддиктивного поведения встречается также групповое и массовое самоубийство, совершаемое членами сект. В этом случае фанатики приносят себя в жертву по религиозным мотивам.

Личностный смысл суицидального поведения включает протест и месть, призыв, избегание, самонаказание, отказ. *Протест* возникает в ситуации конфликта с враждебным объектом, на которое направлено суицидальное воздействие. *Мечь* – форма протеста, заключающаяся в нанесении конкретного ущерба врагу. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки, активную позицию личности с трансформацией гетероагрессии в аутоагрессию.

Призыв обусловлен желанием активизировать помощь извне с целью изменения ситуации; позиция личности при этом менее активна. Путем *избежания* наказания или страданий личность ликвидирует непереносимость наличной угрозы путем самоустранения, сохраняя при этом высокую самооценку. *Самонаказание* имеет два варианта: искупление вины (казнь подсудимого) и уничтожение жесткого судьи (Суперэго). *Отказ* от существования полностью совпадает с целью лишения себя жизни.

Постсуицид, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, подразделяется на четыре типа.

Критический постсуицид. Конфликт утратил свою актуальность, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, с чувством вины и стыда перед окружающими, страхом перед возможным смертельным исходом суицидной попытки и пониманием того, что покушение на свою жизнь не разрешает ситуации. Помощь ограничена рациональной психотерапией.

Манипулятивный постсуицид. Конфликтная ситуация значительно улучшилась для пациента под влиянием его суицидальных действий; суицидальных тенденций нет; отношение к совершенной попытке рентабельное: легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; закрепление суицидального поведения как способа воздействия на окружающих, переход к демонстративно—шантажному поведению. Требуется изменение ценностных ориентаций, выработка негативного отношения к суициду, разрушение манипулятивного шаблона реагирования.

Аналитический постсуицид. Конфликт по—прежнему актуален для суицидента; суицидальных тенденций нет; отношение к совершенной попытке негативное; опробуются новые способы разрешения конфликта; при их неэффективности и невыносимости конфликтной ситуации возможен повторный суицид с большим риском смертельного исхода. Необходима помощь в ликвидации конфликтной ситуации со стороны соответствующих служб. Если же эта ситуация обусловлена психопатологической продукцией, требуется лечение и последующее систематическое наблюдение психиатра.

Суицидально—фиксированный постсуицид. Конфликт актуален, суицидальные тенденции сохраняются и могут скрываться, отношение к суициду положительное. Больной нуждается в строгом надзоре и лечении в условиях закрытого психиатрического стационара.

Свидетельством серьезности покушения, истинности суицидальных намерений являются следующие факторы.

1. 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;
- отсутствие суицидальных высказываний;
- принятие мер, препятствующих обнаружению или вмешательству (например, запирающие двери на ключ);

- приготовление к смерти (смена белья и т. п.);
- насильственные способы суицидной попытки (падение с высоты, под транспорт, самоповешение, огнестрельные повреждения, колото—рубленые травмы).

2. Субъективные сведения:

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

3. Медицинские критерии:

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

С.В. Бородин, А.С. Михлин (1978) классифицируют мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы.

1. Лично—семейные конфликты, в том числе:

– несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;

- ревность, супружеская измена, развод;
- потеря значимого другого, болезнь и смерть близких;
- препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
- неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других; одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

– неудачная любовь;

– недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;

– половая несостоятельность.

2. Состояние психического здоровья, в том числе:

- реальные конфликты у психически больных;
- патологические мотивировки;
- постановка психиатрического диагноза.

3. Состояние физического здоровья, в том числе:

- соматические заболевания, физические страдания;
- уродства.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе:

- опасение судебной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора;
- самоосуждение за неблагоприятный поступок.

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

- несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;
- несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

6. Материально—бытовые трудности (чаще речь идет о завышенных притязаниях).

7. Другие мотивы и поводы.

Завершенные попытки самоубийства чаще совершают в ситуации одиночества, потери значимого другого, половой несостоятельности, супружеской измены. Разводы и семейные ссоры чаще приводят к самоубийству мужчин, чем женщин. С другой стороны, женщины тяжелее переживают болезнь и смерть близких, одиночество и неудачную любовь. Наиболее достоверным показателем риска самоубийства являются предшествующие суицидные попытки. Каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает вследствие завершенной суицидной попытки.

При эндогенных депрессиях особая угроза суицида наблюдается в начале и в конце депрессивной фазы. То же относится к этапам лечения антидепрессантами, которые уменьшают заторможенность и стимулируют влечения. Высок риск суицида у больных шизофренией, алкоголизмом и у больных неизлечимыми соматическими заболеваниями. В группу повышенного риска также входят подростки из неблагополучных семей, беженцы, разведенные, женщины в климаксе и одинокие пожилые люди. Чаще, чем представители других профессий, совершают самоубийства врачи, особенно женщины; наибольший суицидальный риск приходится на психиатров.

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1978) наиболее важными экстраперсональными факторами повышенного суицидального риска считают:

- 1) психозы и пограничные психические расстройства;
- 2) суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, ранний постсуицидальный период (до трех месяцев);
- 3) подростковый возраст;
- 4) экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия (тюремное заключение, одиночество и т. п.);
- 5) утрата семейного и общественного престижа, особенно престижа в группе сверстников;
- 6) конфликтная и психотравмирующая ситуация;
- 7) пьянство и употребление сильнодействующих психотропных средств;

К внутриличностным факторам повышенного суицидального риска авторы относят:

- 1) акцентуации характера, преимущественно эпилептоидного и циклоидного типа;
- 2) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 3) неполноценность коммуникативной сферы;
- 4) неадекватность самооценки личностным возможностям;
- 5) отсутствие или утрату установок, определяющих ценности жизни.

В основу данной теории суицида положена концепция самоубийства как следствия социально—психологической дезадаптации личности в условиях неразрешенного микросоциального конфликта. Процесс дезадаптации разделяется на две фазы: predispositional и suicidal. Решающее значение для перехода первой фазы во вторую имеет конфликт, который занимает центральное место в структуре суицидального акта. Суицид представляется для личности выходом из конфликта за счет самоустранения.

Суицид может представлять собой результат психического расстройства или являться поведенческим актом практически здоровой личности. Переход от одного полюса к другому лежит через широкую зону вариаций, которая образуется как за счет своеобразных личностных типов, так и за счет временных реакций. Причем состояния, в которых суициденты совершают самоубийство, имеют свои особенности, отличающие их от оптимального диапазона человеческих переживаний.

Выделено два взаимосвязанных уровня личностного механизма суицида, не специфического для какой—либо нозологической формы. Первый – это уровень, на котором протекает аффективно—эмоциональная реакция; другой – уровень усвоенной системы социальных ценностей. Соответственно на одном полюсе располагаются аффективные суициды при глубоких депрессиях и импульсивные самоубийства у психопатических личностей; на другом – «холодные суициды» с переживанием целевого тупика, краха основных ценностных установок и концепции «Я».

Описан «суицидогенный комплекс», включающий: 1) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам; 2) своеобразие когнитивной сферы (постоянное или проявляющееся во время кризиса); 3) неблагополучие коммуникативной сферы; 4) неадекватная возможностям

личности самооценка (заниженная, лабильная или завышенная); 5) слабость личностной психологической защиты; 6) снижение и утрата ценности жизни.

Выделены суицидоопасные ситуационные непатологические реакции (Амбрумова, 1983), которые связаны с воздействием психотравмирующих факторов, вызывающих фрустрацию жизненно важных психологических потребностей и порождающих состояние психологического кризиса. По феноменологическим признакам и особенностям динамики выделено шесть типов непатологических реакций: эмоциональный дисбаланс, отрицательный баланс, пессимистическая реакция, демобилизация, оппозиция и дезорганизация. Важное значение в формировании подобных реакций придается влиянию трех параметров личности: 1) уровню лабильности/малоподвижности, стеничности/астеничности (динамические и энергетические уровни протекания эмоциональных процессов); 2) степени интеллектуального контроля и 3) характеристикам коммуникативной сферы. Показано, что затягивание кризиса обусловлено малоподвижностью и астенией; последняя, кроме того, способствует углублению кризиса. Проанализированы познавательные аспекты непатологических ситуационных реакций (Бергельсон, Позниковский, 1984).

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) отмечают, что чем менее сформированы, монолитны, стабильны и включаемы невротические формы защиты (истерические, обсессивно—фобические, ипохондрические и др.), тем выше суицидальный риск. По—видимому, ошибочное мнение, что неврозы и суицид несовместимы, питается как раз фактами малой вероятности суицидального поведения при клинически оформленных, глубоких и далеко зашедших неврозах.

Разработана типология и динамика суицидоопасных реакций у психопатических личностей (Лазарашвили, 1983). Показано, что у психопатических личностей суицидоопасные реакции развиваются в связи с недостаточностью эмоционального контроля, склонностью к аффективным «разрядам». Характерной для указанных реакций является незначительная объективная обусловленность суицидального поведения, его склонность к импульсивному характеру и отрыву от актуальной ситуации. У больных с подобными реакциями отмечается тенденция к хроническому суицидальному поведению, повторным попыткам самоубийства. Выражена связь клинической формы реакции с типом личностных расстройств. У возбудимых личностей наблюдаются реакции тоскливо—депрессивные, тревожно—депрессивные, по дисфорическом типу и псевдораптоидные (раптус – взрыв отчаяния). Для истерических личностей характерны истеро—ипохондрические, аффективные злобно—оппозиционные реакции, реакции дезорганизации поведения и аффективно суженного сознания. Астенические личности дают реакции сенситивные, соматопсихического дискомфорта и псевдораптоидные.

Описаны суицидоопасные психогенные депрессии (Полякова, 1986), которые могут протекать в тревожно—тоскливой и истеро—депрессивной форме. Выделены два типа развития суицидоопасных психогенных депрессий: 1) депрессии, непосредственно возникающие после действия на личность психотравмирующего фактора и 2) «отставленные» депрессии. Выявлена корреляция вариантов психогенной депрессии с типами акцентуации характера суицидентов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.