

© 2000

Иванов Д. А.

К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Рассматриваются основные факторы суицидальных происшествий: личностные, социальные. На большом материале исследований показана взаимосвязь определенных типов информационного метаболизма с той или иной суицидогенной опасностью и формой суицидального покушения, исходя из чего выводятся профилактические рекомендации.

Ключевые слова: тип информационного метаболизма, факторы суицидального риска, форма суицидального покушения, способ суицида.

«Самоубийцы именно потому перестают жить, что не могут перестать хотеть».

Артур Шопенгауэр.

Феномен самоубийства известен с давних времен. Но за последнее время отмечены склонность к увеличению числа суицидов и их «омоложение» [5, 17]. По данным центра исследования детства Украинского НИИ проблем молодежи 27.2 % детей от 10 до 17 лет время от времени посещают суицидальные мысли. Сведения ООН и ВОЗ показывают, что самоубийства в наше время стали одной из глобальных проблем мирового сообщества [6, 8, 14]. В мире ежегодно от самоубийств погибает около 500 тыс. человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, достигает 5 млн. [16]. На Украине по данным ВОЗ на 1998 г. ежегодно кончают жизнь самоубийством около 15 тыс. человек.

В настоящее время проблема суицида особо нуждается и в научно-теоретических обобщениях и в безотлагательных практических рекомендациях по предупреждению самоубийств. Не уменьшается значение этой службы и в Вооруженных Силах. Ежегодно в Российской армии кончают жизнь самоубийством от 400 до 600 офицеров [15]. Служба в армии стала делом непочётным, одним из ее следствий является увеличение количества призываемой молодежи с низкими уровнями образования и физической подготовки. Около 30 % рядовых составляют инфантильные личности [15], что не может не сказываться на увеличении количества суицидов.

Нередко в мотивах суицидальных действий разобраться бывает сложно, здесь в каждом конкретном случае по-разному переплетаются предпосылки биологического, социального, медицинского и психологического порядка.

Суицидальные проявления принято рассматривать как следствие социально-психологической дезадаптации личности в субъективно значимых условиях переживания [1]. Существует мнение о том, что суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями человека, его характером, интеллектом, жизненным опытом, устойчивостью межличностных связей. Это еще более усложняет проблему, вызывая к себе научный интерес взаимодействия социального и биолого-психологического факторов. Многие аспекты суицидологии остаются непонятными, неизученными, здесь имеется больше вопросов, чем ответов.

Статистические данные чаще охватывают лиц, проходивших судебно-психиатрические экспертизы по самоубийствам, поскольку такую информацию легче получить, и касаются они в основном недостаточно здоровых в психическом отношении лиц.

Пресуицидальный синдром — это психологический симптомокомплекс, наблюдающийся у лиц с присущей им тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях (суицидопатия). В силу определенной динамики характера интерперсональных контактов у личности меняется отношение к системе оценок. Вследствие этого может возникать снижение борьбы за жизнь, интереса к ней, наступает преобладание аутоагрессивных тенденций, угасание инстинкта самосохранения, появляется стремление к облегчению жизни за счет смерти, отчуждение психической жизни.

К факторам, влияющим на формирование суицидальных наклонностей людей, следует отнести и социально-демографические признаки. Установлено, что законченные самоубийства чаще совершают лица мужского пола [3]. Число покушений на самоубийство в целом в популяции среди молодых значительно возросло за последние 30 лет [5, 17]. Самоубийство молодых людей можно рассматривать как результат биологического и психологического противоречия. Молодой возраст наиболее уязвим чувствами незащищенности и разладами межличностных контактов. Наибольшее число суицидальных действий падает на 20-30 летний возраст, среди городских лиц они встречаются чаще, чем среди сельских жителей, более характерны для холостых, вдов, разведенных, чем для лиц состоящих в браке [4, 10]. Общеизвестно, что в периоды войн и революций число самоубийств уменьшается, а во время экономических кризисов и социальных катаклизмов оно значительно увеличивается [4, 7, 13]. Вопрос соотношения самоубийств душевнобольных и так называемых здоровых суицидентов пока остается открытым. Вместе с тем, имеются данные в пользу преобладания самоубийств совершаемых душевнобольными над самоубийствами психически здоровых лиц [2, 5, 9, 10]. Существенную роль в образовании суицидального плана может играть отягощенная наследственность (самоубийства и попытки к ним близких родственников суицидента). Во многих исследованиях указывается на увеличение числа самоубийств весной.

По литературным данным, лишь 5 % законченных суицидов и попыток к ним совершают люди с психотическими состояниями, на лиц же, страдающих различными психопатическими расстройствами их приходится 20-30 %. Остальные случаи связаны с психическим инфантилизмом и так называемыми «подростковыми кризисами», на что указывали L. Michaux (1953), U. Otto (1972) и другие [11].

Ведущую суицидогенную роль, безусловно, играет обостренная личностная характеристика. Маркирующими в этом отношении являются такие поляризованные качества личности, как отсутствие интересов и целеустремленности, а также завышенная притязательность; бедная коммуникабельность или чрезмерная общительность; аффективная неустойчивость или эмоциональная застреванность; эмоциональная экспрессия с категоричностью суждений или черты замкнутости и сензитивности. По данным Н. Е. Бачерикова (1989), среди совершивших самоубийства 35 % военнослужащих обнаруживали признаки возбудимости и взрывчатости.

Согласно И. П. Павлову (1938), к нервно-эмоциональным срывам более предрасположены лица с такими типами нервной системы как:

1. сильный и неуравновешенный;
2. слабый (за счет низкой силы процесса торможения).

На наш взгляд, общей и главной суицидоформирующей почвой, являются особенности структуры мышления или так называемый тип информационного метаболизма (обмена) человека, который в соответствующих субъективно кризисных ситуациях срочно замыкает личность в рамках «единственного» кардинального решения. Такой суицидогенный феномен неизбежно проходит через аффективное мышление. Имеет место определенная тропность психики и к самим психотравмирующим ситуациям, — опять таки через «мыслительные разряды».

Под типом информационного метаболизма (ТИМ) можно понимать генофенотипически обусловленный, достаточно стабильный комплекс психических свойств человека, определяющий его способ познания и отражения окружающей действительности.

Черты замкнутости и сензитивности порождают интровертные ТИМы с ведущей этической функцией (например, $\square\blacktriangle$ (ЭИИ)), у которых при «благоприятных ситуациях» чаще возникает чувство вины, никчемности своего существования, отсутствие веры в будущее. Повышенная возбудимость и взрывчатость присущи экстравертным ТИМам также с ведущей этической функцией (например, $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) и $\bullet\square$ (СЭЭ)). У 10 % этих лиц суицидальная попытка является истинным желанием покончить с собой, а в 90 % — выражает «крик о помощи» [11].

Нами в течение длительного периода времени было обследовано 154 человека. Все обследуемые принадлежали к лицам мужского пола, к одной социальной группе, находились в возрасте от 18 до 25 лет, в большинстве своём не имели высшего образования. Они попадали на

обследование (в том числе с целью судебно-психиатрической экспертизы) в психиатрический стационар с суицидальными покушениями (не психотического плана) в разные годы.

С намерением увязывать суицидальные действия с предпочтительностью определенных ТИМов выбраны были только те лица, ТИМ которых сомнений не вызывал.

На основании тщательного анализа анамнестических данных (в том числе причины и характера суицидального поведения) обследуемые были распределены на 3 группы:

с истинным покушением на самоубийство (48 человек);

с аффективными суицидальными попытками (57 человек);

с суицидальным поведением демонстративного характера (49 человек) (табл. 1).

Полученные данные обрабатывались с помощью статистического метода процентных отношений с использованием критериев Стьюдента (t).

Из таблицы 1 видно, что в группе с истинными покушениями на самоубийство преобладали лица с ТИМами $\square\blacktriangle$ (ЭИИ) — $22,9 \pm 6,1\%$ и $\triangle\blacksquare$ (ИЭИ) — $10,4 \pm 4,4\%$, в то время как реже других в неё попадали лица с ТИМами $\square\bullet$ (ЭСИ) — $2,1 \pm 2,1\%$, $\blacktriangle\square$ (ИЛЭ) — $4,2 \pm 2,9\%$, $\blacksquare\circ$ (ЛСЭ) — $4,2 \pm 2,9\%$, а личности с ТИМами $\circ\blacksquare$ (СЭИ), $\blacksquare\circ$ (ЭСЭ) и $\square\blacktriangle$ (ЛИИ) в неё не попадали вовсе.

В группе с аффективными попытками самоубийства чаще других наблюдались представители таких ТИМов как $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) — $19,0 \pm 5,2\%$, $\square\blacktriangle$ (ЭИИ) — $13,8 \pm 4,6\%$, $\triangle\blacksquare$ (ИЭИ) — $10,3 \pm 4,0\%$, $\bullet\square$ (СЭЭ) — $10,3 \pm 4,0\%$ и $\triangle\square$ (ИЭЭ) — $10,3 \pm 4,0\%$, а представители ТИМов $\blacksquare\circ$ (ЭСЭ), $\square\blacktriangle$ (ЛИИ) и $\square\bullet$ (ЛСИ) вообще в данной группе не встречались.

В группе же с демонстративными суицидальными попытками доминировали обладатели ТИМов $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) — $24,5 \pm 6,1\%$, $\bullet\square$ (СЭЭ) — $16,3 \pm 5,3\%$ и $\triangle\blacksquare$ (ИЭИ) — $14,3 \pm 5,0\%$ при полном отсутствии ТИМов $\blacksquare\circ$ (ЭСЭ), $\square\blacktriangle$ (ЛИИ), $\square\bullet$ (ЛСИ), $\bullet\square$ (СЛЭ) и $\blacksquare\circ$ (ЛСЭ) (табл. 1).

В сравнении с контрольной группой достоверно подтверждается предрасположенность к истинным покушениям на самоубийство лиц с ТИМом $\square\blacktriangle$ (ЭИИ) (при $p < 0,05$), подверженность к аффективным попыткам обнаруживалась у лиц с ТИМ $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) (при $p = 0,05$), а для шантажно-демонстративных суицидальных намерений наиболее «благоприятным» оказывался ТИМ $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) (при $p < 0,05$).

Представители же ТИМов $\blacksquare\circ$ (ЭСЭ) и $\square\blacktriangle$ (ЛИИ) ни к одному из видов самоубийств склонности не проявляли (при $p < 0,05$).

Кроме них, покушения аффективного характера не были присущими для личностей с ТИМом $\square\bullet$ (ЛСИ) (при $p < 0,05$), а покушения демонстративного характера — для лиц с ТИМами $\square\bullet$ (ЛСИ) и $\bullet\square$ (СЛЭ) (при $p < 0,05$).

Далее в сравнении показателей между группами выявлено следующее: лица с ТИМом $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) достоверно чаще прибегали к суицидальным попыткам демонстративного и аффективного характера, чем к истинным покушениям (при $p < 0,05$), а представители ТИМа $\square\blacktriangle$ (ЭИИ) преобладающе были подвержены к истинным покушениям против демонстративных (при $p < 0,05$).

А по встречаемости во всех трех группах (из 154 человек) превосходили лица с такими ТИМами, как $\blacksquare\triangle$ (ЭИЭ) — $17,5\%$, $\square\blacktriangle$ (ЭИИ) — $14,9\%$, $\triangle\blacksquare$ (ИЭИ) — $11,7\%$, $\bullet\square$ (СЭЭ) — $11,7\%$, и ИЭЭ — $9,7\%$, а наименьшая встречаемость отмечалась у личностей с ТИМами $\circ\blacksquare$ (СЭИ) и $\blacksquare\circ$ (ЛСЭ) — по $1,9\%$, при полном отсутствии лиц с ТИМами $\blacksquare\circ$ (ЭСЭ) и $\square\blacktriangle$ (ЛИИ).

Для наглядности частота встречаемости того или иного вида суицидального поведения среди представителей всех ТИМов (на основании показателей таблицы 1) показана графически (рис 1).

Выявлено, что лица, имеющие одинаковый ТИМ, в основном обнаруживают идентичную чувствительность к схожим психотравмирующим ситуациям.

Таблица 1. Распределение лиц, покушавшихся на собственную жизнь, по группам в зависимости от их ТИМов.

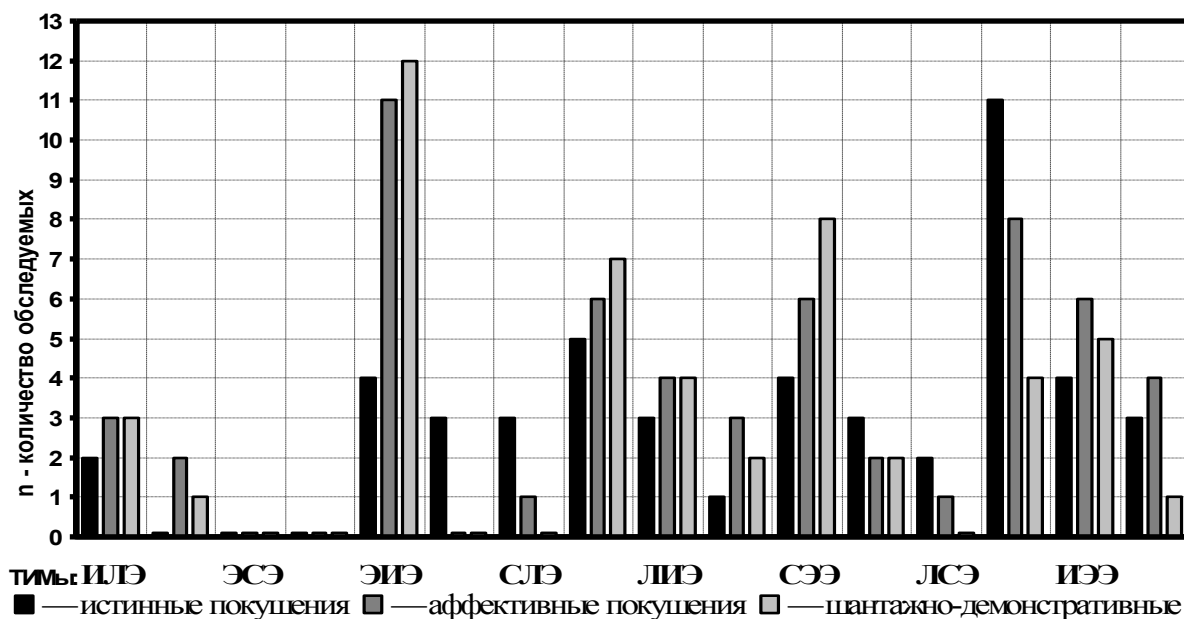
ТИМ	Встречае- мость ТИМ здоровых лиц (контрольная группа) *		Количество лиц покушавшихся на собственную жизнь									Примечание (предпочтительно избираемые способы истинного самоубийства)	
			истинными			аффективными			демонстра- тивными				Всего
			п	% ± ош.	п	% ± ош.	р**	п	% ± ош.	р**	п		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
▲□ (ИЛЭ)	5	5,5 ± 2,4	2	4,2 ± 2,9	> 0,05	3	5,2 ± 2,9	> 0,05	3	6,1 ± 3,4	> 0,05	8	
○■ (СЭИ)	3	3,3 ± 1,9	0	0 + 1,4	> 0,05	2	3,4 ± 2,4	> 0,05	1	2,0 ± 2,0	> 0,05	3	
■○ (ЭСЭ)	6	6,7 ± 2,6	0	0 + 1,4	< 0,05	0	0 + 0,13	< 0,05	0	0 + 1,4	< 0,05	0	
□▲ (ЛИИ)	6	6,7 ± 2,6	0	0 + 1,4	< 0,05	0	0 + 0,13	< 0,05	0	0 + 1,4	< 0,05	0	
■▲ (ЭИЭ)	7	7,7 ± 2,8	4	<u>8,3 ± 4,0***</u>	> 0,05	11	19,0 ± 5,2	= 0,05	12	24,5 ± 6,1	< 0,05	27	Самоповешение, самоотравление.
□● (ЛСИ)	5	5,5 ± 2,4	3	6,2 ± 3,5	> 0,05	0	0 + 0,13	< 0,05	0	0 + 1,4	< 0,05	3	
●□ (СЛЭ)	7	7,7 ± 2,8	3	6,2 ± 3,5	> 0,05	1	1,7 ± 1,7	> 0,05	0	0 + 1,4	< 0,05	4	
▲■ (ИЭИ)	4	4,4 ± 2,2	5	10,4 ± 4,4	> 0,05	6	10,3 ± 4,0	> 0,05	7	14,3 ± 5,0	> 0,05	18	Самоповешение, самоотравление.
■▲ (ЛИЭ)	6	6,7 ± 2,6	3	6,2 ± 3,5	> 0,05	4	6,9 ± 3,3	> 0,05	4	8,2 ± 3,9	> 0,05	11	Перерезание вен.
□● (ЭСИ)	8	8,9 ± 3,0	1	2,1 ± 2,1	> 0,05	3	5,2 ± 2,9	> 0,05	2	4,1 ± 2,8	> 0,05	6	
●□ (СЭЭ)	6	6,7 ± 2,64	4	8,3 ± 4,0	> 0,05	6	10,3 ± 4,0	> 0,05	8	16,3 ± 5,3	> 0,05	18	Самоповешение.
▲■ (ИЛИ)	6	6,7 ± 2,6	3	6,2 ± 3,5	> 0,05	2	3,4 ± 2,4	> 0,05	2	4,1 ± 2,8	> 0,05	7	
■○ (ЛСЭ)	4	4,4 ± 2,2	2	4,2 ± 2,9	> 0,05	1	1,7 ± 1,7	> 0,05	0	0 + 1,4	> 0,05	3	
□▲ (ЭИИ)	7	7,7 ± 2,8	11	<u>22,9 ± 6,1***</u>	< 0,05	8	13,8 ± 4,6	> 0,05	4	8,2 ± 3,9	> 0,05	23	Самоотравление.
▲□ (ИЭЭ)	6	6,7 ± 2,6	4	8,3 ± 4,0	> 0,05	6	10,3 ± 4,0	> 0,05	5	10,2 ± 4,3	> 0,05	15	Самоотравление.
○■ (СЛИ)	4	4,4 ± 2,2	3	6,2 ± 3,5	> 0,05	4	6,9 ± 3,3	> 0,05	1	2,0 ± 2,0	> 0,05	8	
Всего	90	100	48	100	57	100	49	100	154	224			

* Контрольную группу составили 90 человек, набранных безотборно из числа здоровых лиц (без склонностей к аномальному поведению) в той же социальной среде.

** Оценка достоверности различий p в каждой группе суицидентов осуществлялась в сравнении с показателями контрольной группы.

*** Показатели, подчеркнутые линией, являются достоверно различимыми с таковыми аффективной группы (при p < 0,05), а рукописный шрифт обозначает достоверность различий с показателями демонстративной группы (при p < 0,05).

Рисунок 1. Встречаемость ТИМов с тем или иным видом суицидального поведения.



Также представляется возможным некоторые ТИМы объединить между собой по принципу схожести у их представителей суицидальных мотивов. В этом смысле, по-видимому, существенное значение имеют жизненные приоритеты личностей, которые находятся в прямой зависимости от присущих им ТИМов. Уместно вспомнить слова В. Н. Мясичева (1960), который писал о том, что патогенным бывает такое переживание, которое является значимым в системе ценностей личности, а значимость тех или иных переживаний определяется характерологическим складом личности.

Так, суицидальные тенденции в обстановке служебных конфликтов или межличностного краха, содержащего в себе явления «утраты» (близких, любви, уважения, авторитета), возникали у представителей многих ТИМов, но их преимущество следует отметить прежде всего у лиц с ТИМами $\square\blacktriangle$ (ЭИИ), $\square\bullet$ (ЭСИ) и $\Delta\blacksquare$ (ИЭИ) (в особенности при наличии у них выраженных психопатических черт характера тормозимого круга), а также и у лиц с ТИМом $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ). В этой группе лиц (с данными мотивами) покушения на самоубийство в основном носили истинный и аффективный характер.

Конфликты же на почве антисоциального поведения людей (неприятие уголовной ответственности и другие), а также психогении служебного характера, требующего проявления таких способностей, как самоограничение, дисциплинированность и терпимость наибольшую суицидальную опасность составляли для обладателей ТИМов $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ), $\blacksquare\Delta$ (ЛИЭ), $\bullet\square$ (СЛЭ) и $\bullet\square$ (СЭЭ) (в первую очередь, на фоне присущего многим из них психопатического склада характера по возбудимому типу). Здесь имели место покушения всех трех видов, за исключением лиц с ТИМ СЛЭ, среди которых шантажно-демонстративные суицидальные тенденции не наблюдались.

А ситуации лично-семейного характера, несущие в себе признаки «отказа», препятствующего удовлетворению обследуемыми узкоэгоистических целей, в том числе и претензий личности на свою — исключительную роль, являлись психотравмирующими (с суицидальными попытками) чаще у личностей с ТИМами $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ), $\bullet\square$ (СЭЭ) и $\blacktriangle\square$ (ИЭЭ) (среди которых в большинстве своём обнаруживались акцентуанты или психопаты истерического круга). Лицам данной группы преобладающе было свойственно суицидальное поведение как

аффективного, так и шантажно-демонстративного характера, причём нередко оно проявлялось сразу же после возникновения психотравмирующего раздражителя.

И, наконец, психотравмы, затрагивающие социально-экономическую сферу (потеря больших материальных средств, определенного положения в семье или обществе, низкий уровень правовой защиты, бытовое неблагополучие и т. д.), оказались значимыми для обладателей многих ТИМов, но крайне актуальными (приведшими к суицидальным действиям) они явились для представителей ТИМов □● (ЭСИ) и ■△ (ЛИЭ). В этих случаях наблюдались все виды покушений на собственную жизнь.

По данным А. Е. Личко (1977) лица с пограничными состояниями, совершившие суицидальные действия, распределялись следующим образом:

1. истинные покушения на самоубийство составили в основном акцентуированные по сензитивному — 63 % и циклоидному типам — 23 %;
2. аффективное суицидальное поведение составили лабильный и лабильно-истероидный типы — 37 %, другие варианты истероидного типа — 23 %, сензитивные типы — 18 %, конформно-неустойчивые типы — 18 % и эпилептоидные типы — 4 %;
3. демонстрационное суицидальное поведение составили акцентуированные по истероидному, истероидно-неустойчивому и гипертимно-истероидному типу — 50 %, эпилептоидному и эпилептоидно-истероидному типам — 32 % и лица с прочими акцентуациями — 18 %, причём шизоидных, циклоидных и сензитивных не было вовсе.

Согласно U. Otto (1972), среди юношей, совершивших суицидальные попытки преобладали истероиды — 36 % и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты — 33 %, еще у 13 % отмечены астенические черты.

В плане суицидального риска особо должны настораживать суицидальные действия личностей в прошлом, в течении жизни. По данным А. Е. Личко (1977), при призыве на военную службу негодными были признаны 46 % среди совершивших и 7 % — среди не совершивших попытки самоубийства. И несмотря на это, число досрочно уволенных с военной службы среди совершивших суицидальные попытки до призыва превышало таковое в контроле в 5 раз.

Важными критериями для возможного суицида также могут являться антисоциальные установки, алкоголизация на фоне семейно-бытовых и профессионально-социальных кризов (развод, вдовство, потери профессионального уровня, больших материальных средств и т. п.), что совпадает с исследованиями Е. П. Германа (1968), А. Г. Амбрумовой (1971).

Таким образом, результаты наших исследований позволяют выделить ряд типов информационного метаболизма, которые под влиянием соответствующих обстоятельств (мотивов) могут оказаться предрасположенными к совершению того или иного вида суицидального покушения. Знание сферы переживаний, являющихся значимыми в системе ценностей того или иного ТИМа также может оказаться полезным в вопросах пресуицидальной диагностики.

Исходя из описанных факторов суицидального риска, типов нервной системы, акцентуации характера и мышления (информационного обмена) нами разработаны определенные профилактические рекомендации.

Л и т е р а т у р а :

1. Амбрумова А. Г. Тихоненко В. А. Служба предупреждения самоубийств. Новые принципы и формы медико-социальной помощи населению. //Материалы VI съезда невропатологов и психиатров Украинской ССР. — Харьков. 1978.
2. Амбрумова А. Г. Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: метод, рекомендации. — М. Б. и. 1980.
3. Войцехович Б. А. Редько А. Н. Пусть умирает тот, кто не хочет жить? — Краснодар. 1994.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство. — М. 1994.
5. Жариков Н. М. Иванова А. Е. Анискин Д. Б. Чуркин А. А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема. //Журнал неврологии и психиатрии. № 6. 1997.
6. Забытая проблема. //Хроника ВОЗ. № 14. 1960.

7. *Иванова А. Е. Ермаков С. П.* Социальное самочувствие российского населения в статистике самоубийств. М. № 5. 1995.
8. Изменяющиеся модели поведения, ведущего к самоубийству. //Отчет о совещании ВОЗ. Афины. 1981. Копенгаген. 1984.
9. Клиническая психиатрия. Под редакцией Н. Е. Бачерикова. — К. Здоров'я. 1989.
10. *Кузнецов М. Т. Гольдинберг Б. М.* Некоторые клиничко-демографические показатели суицидального поведения среди населения. //Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. — Минск. 1986.
11. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л. Медицина. 1977.
12. *Павлов И. П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. — Биомедгиз. 1938.
13. *Постовалова Л. И.* Распространенность самоубийств в СССР. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. — М. 1989.
14. Самоубийство и его предотвращение. //Хроника ВОЗ. Том 22. № 11. 1968.
15. //Советская Россия. № 130. 1998.
16. *Dublin L. Suicide.* A sociological and statistical study. — New York. 1963.
17. *Remschmidt H. Schwab Th.* Suizidversuche im Kinds-und Jugendalter. //Acta paedopsychiat. — Bd 43. № 5. 1978.