

Иванов Д. А.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЮНОШЕЙ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ И ДРУГОЙ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Описываются наблюдения самоубийств с приверженностью определенных ТИМов к тем или иным формам пограничных психических расстройств. Дается характеристика гиперстенической и гипостенической формам психического инфантилизма и их суцидодогенная тропность в зависимости от принадлежности к тем или иным ТИМам. На основании анализа посмертных судебно-психиатрических экспертиз формулируется и подробно описывается пресуцидальный синдром.

Ключевые слова: тип информационного метаболизма, суцидальные тенденции, психический инфантилизм, психопатии, реактивная депрессия, пресуцидальный синдром.

Литературные данные по суцидальному анализу среди пограничных психических расстройств немногочисленны. В открытой печати материалов, специально посвященных суцидальным происшествиям, совершённым лицами с психическим инфантилизмом, нам встретить не удалось.

За последнее время количество самоубийств среди молодежи не уменьшается.

По материалам посмертной судебно-психиатрической экспертизы, число лиц с психопатиями и патохарактерологическим развитием личности составляет до 31,4 % всех лиц с завершённым самоубийством, что согласуется с данными исследований А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко. У них истерические психопаты составили 39%, возбудимые — 30%, астенические — 11% и аффективные — 11% [3].

Демонстративно-шантажные суцидальные действия у психопатов (в особенности возбудимого и истерического круга) возникают чаще всего вслед за непосредственным воздействием острой или подострой психической травмы и совершаются по в качестве протеста или мести. Эти действия имеют конкретную адресацию и направлены на изменение ситуации в благоприятную для суцидента сторону. Однако необходимо учитывать, что демонстративная попытка к самоубийству может «благополучно» завершиться.

При некоторых формах психопатии, в частности при истерической, часто наблюдаются истинные суцидальные тенденции и самоубийства по типу реакции «короткого замыкания». Результаты наших исследований показывают, что истерические и возбудимые психопаты преимущественно ТИМов $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ), $\bullet\sqsupset$ (СЭЭ) и $\bullet\square$ (СЛЭ).

Важно отметить, что суцидальное поведение у психопатов может быть связано с такой личностно психотравмирующей ситуацией, которая для большинства людей была бы лишена психотравмирующего содержания [2].

По данным отечественных и зарубежных авторов, в 47–100 % случаев в основе суцидальных проявлений лежит депрессия, которая может иметь и психогенный характер.

Характер суцидальных проявлений в значительной мере зависит от остроты психической травмы, темпа формирования депрессивной симптоматики и ее выраженности.

Реактивная депрессия может развиваться у лиц с любым ТИМами, но наиболее «благоприятной» почвой для неё (в том числе с суцидальными тенденциями), по нашему мнению, являются такие ТИМы, как $\sqsupset\blacktriangle$ (ЭИИ), $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ), $\sqsupset\bullet$ (ЭСИ), $\Delta\blacksquare$ (ИЭИ) и $\blacktriangle\square$ (ИЛЭ), причём в большей степени реактивной депрессии подвержены социально запущенные и слабovolьные лица. По данным Н. Е. Бачерикова 1989 года, наиболее часто реактивно-суцидодогенными оказываются психические травмы, затрагивающие сферу семейных отношений (разрыв значимых связей с лицом противоположного пола, развод или реальная угроза развода).

В плане суцидального риска должны настораживать также и инфантильные личности. По нашим наблюдениям, лица, страдающие психическим инфантилизмом, могут проявлять себя в рамках либо гиперстенической, либо гипостенической формы заболевания. В случае гипостенической формы заболевания психически инфантильные личности отличаются прежде

всего более выраженной психической утомляемостью, более ограниченной способностью к целенаправленной деятельности и установлению адекватных отношений с окружающими.

С гиперстенической формой психического инфантилизма чаще встречаются лица с экстравертной установкой мышления, а именно с ТИМами ■△ (ЭИЭ) и ▲□ (ИЛЭ), а с гипостенической формой — интровертные личности с ТИМами □▲ (ЭИИ) и △■ (ИЭИ), возможно, к развитию психического инфантилизма данные ТИМы являются более предрасположенными.

Среди психических инфантилов гиперстенической формы (*экстравертов*) наиболее суицидоопасными являлись лица гуманитарного склада с преобладанием эмоционального над рассудочным и отвлеченного над конкретным мышлением, но с более низкой силой процесса торможения (что, по-видимому, обуславливает их трудности в удержании себя от реализации суицидальных намерений). К ним, в основном, относились лица с ТИМом ■△ (ЭИЭ), с сильным и неуравновешенным типом нервной системы. Они были более подвержены аффективному и демонстративному суицидальному поведению с истероидными проявлениями.

Среди психических инфантилов гипостенической формы (*интровертов*) по количеству суицидальных тенденций доминировали лица также с гуманитарным складом мышления, но с более низкой подвижностью нервных процессов (что, по-видимому, затрудняет им поиск выхода из трудных жизненных ситуаций). Чаще всего это были представители ТИМа □▲ (ЭИИ), обладающие слабым типом нервной системы. Причём, зачастую они были склонны к совершению истинного суицидального поступка на фоне сензитивных проявлений.

Следует помнить, что подготовка к самоубийству осуществляется часто незаметно, хотя непосредственно после принятия решения могут наблюдаться «суицидальные жесты и стигмы» — высказывания и поступки, резкое и неадекватное изменение поведения, косвенно свидетельствующие о суицидальных намерениях. Важно уметь их замечать.

Пресуицидальный синдром может быть краткосрочным, недолгим (несколько часов) и относительно долгим (от нескольких часов до нескольких дней).

В смысл «пресуицидальный синдром» вкладывается всякое внезапное необычное изменение поведения, не характерное для данной личности, после которого последовала попытка суицида. Человек вдруг становится либо замкнутым и в то же время как бы слабоориентированным в окружающем, либо — амбивалентным и в то же время отрешённым. Такой человек как бы раздваивается при попытке неожиданно вступить в контакт, он хочет что-то сказать или спросить, но тут же передумывает, он может удивить какой-то формальной, кажущейся независимостью и в то же время — полным отсутствием активного внимания. Ход всякого психического процесса у такого человека внезапно видоизменяется.

Если пресуицидальный синдром удаётся обнаружить непосредственно перед совершением самоубийства, то он проявляется в стремлении к полной или частичной психической и физической самоизоляции, о чем свидетельствуют: безучастность, задумчивость, отключение внимания, отсутствующий взгляд, выражение беспомощности на лице.

При более продолжительных пресуицидальных синдромах суицидент, уединившись, может что-то писать, подолгу сидеть в однообразной позе задумавшись, а при обращении к нему формально, как бы нарочито, активизироваться. Такой индивидуум может сесть что-то писать, несколько раз начиная заново, вставая ночью — подолгу курить. Неожиданно задав бессвязный, нелепый вопрос он может уйти, не выслушав ответа.

Всё описанное — это выжимка анализа показаний очевидцев пресуицидальных моментов суицидентов из судебно-психиатрических экспертиз.

Для оценки пресуицидального синдрома окружающими как SOS, нужно описанное перевести на обычный, доступный язык. Невнимательность к окружающим, рассеянность, безразличие к событиям вокруг — стержневые признаки этого синдрома.

Среди способов самоубийства, избираемых юношами, преобладали самоповешение, перерезание вен и самоотравление агрессивными жидкостями или медикаментами, чаще психотропными. Причём, по данным Е. Шир 1984 года, D. J. Brooksbank 1985 года, к психотропным средствам юноши прибегают в основном при «парасуицидальных» действиях. Употребление психотропных средств, однако в этих случаях вскоре становится достоянием

окружающих, то есть оно рассчитано на публику, следует отметить возможное печальное завершение этого демонстративного случая. Такие методы, как самоповешение и перерезание вен чаще отмечаются при истинных суицидальных действиях; вместе с тем, последние — не редко могут иметь место и при «парасуицидальных» действиях. Падения с высоты или под движущийся транспорт с целью самоубийства в наших исследованиях не встречались. Следует отметить, что за последние годы для реализации суицидальных намерений участились случаи использования огнестрельного оружия.

Далее нами выделены группы лиц, для которых возможны покушения на самоубийство:

1. Лица, совершавшие в прошлом попытки суицида ;
2. Лица с суицидальными высказываниями;
3. Лица, систематически пьянствующие или употребляющие наркотики;
4. Лица, анамнез родителей которых отягощён (суицидальность, психические заболевания, алкоголизм, судимость и т. д.);
5. Эмоционально возбудимые лица, проявляющие несоразмерные аффективные реакции;
6. Лица, склонные к нервным и истерическим реакциям — припадкам;
7. Чрезмерно замкнутые лица, отгораживающиеся от коллектива;
8. Лица, проявляющие признаки психического инфантилизма, которых отличает болезненная мнительность и тревожность;
9. Лица со странностями в поведении, совершающие неадекватные поступки;
10. Лица, в воспитательной работе с которыми отсутствует критическая оценка частых грубых нарушений дисциплины, антиобщественных поступков;
11. Лица, склонные к частым и длительным расстройствам настроения;
12. Лица, выделяющиеся несоразмерным беспокойством в связи с соматическими заболеваниями и проявляющие стойкую астенизацию с тревогой;
13. Лица, проявляющие чрезмерную болезненную боязливость и трусость при выполнении задач, связанных с эмоционально-волевой напряженностью.

На основании изучения суицидальных поступков с приверженностью определенных ТИМов к тем или иным формам пограничной психопатологии, а также исходя из сущности пресуицидального синдрома нами разработан комплекс профилактических мероприятий по своевременному распознаванию и ликвидации состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийств.

Л и т е р а т у р а :

1. Амбрумова А. Г. Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. — М. 1980.
2. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М. Медицина. 1964.
3. Клиническая психиатрия. Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. — К. Здоров'я. 1989.
4. Шур Е. Суицидальное поведение у подростков. //Журнал невропатологии и психиатрии. № 10. 1984.
5. Brooksbank D. J. Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. //Brit J. Psychiatry. № 5. 1985.