

Тема : «Суицидальное поведение»

План:

- определение понятий;
- типология суицидов;
- возрастные особенности суицидального поведения;
- концепции формирования суицидов;
- суицидальная мотивация.

Определение понятий

Тема смерти пронизывает всю нашу жизнь, актуализируясь с возрастом. Для некоторых людей она приобретает особое значение.

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно около 400-500 тыс. человек кончают жизнь самоубийством, а число попыток - в десятки раз больше. Количество самоубийств в европейских странах примерно в три раза превышает число убийств.

Уровень самоубийств, по мнению большинства авторов, является относительно устойчивым национальным показателем. Высокий уровень самоубийств сохраняется в ряде современных государств - Венгрии, ФРГ, Австрии, Дании, Швейцарии. Низкий уровень самоубийств - в Испании, Италии, Израиле, в странах латинской Америки.

Наиболее высок уровень самоубийств в городах с числом жителей от 500 тыс. до 1 млн. В городах-миллионерах уровень - ниже среднего. Можно предположить, что социальная обстановка в мегаполисах лучше, чем просто в крупных городах, так как первые имеют более высокий уровень социального и экономического развития. Низкий уровень суицидов в сельской местности объясняется относительно более высокой долей детей среди населения, национально религиозными традициями, более тесными межличностными отношениями и привычным укладом жизни.

Самоубийство, суицид (лат. «себя убивать») - это умышленное лишение себя жизни. Ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта, относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека. В то же время распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения.

Суицидальное поведение - осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни. В структуре рассматриваемого поведения выделяют:

- > собственно суицидальные действия;
- > суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Таким образом, суицидальное поведение реализуется одновременно во внутреннем и внешнем планах.

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид. Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели. Завершённый суицид - действия, завершённые летальным исходом.

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя Жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться».

.... Суицидальные замыслы - это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства. Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент - решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Типология суицидов

Суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые.

Истинный суицид направляется желанием умереть, не бывает ТпШтаШылц хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

Демонстративный суицид не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) - вид сурцидшщюго поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление сильных наркотиков, и самоизоляция.

В связи с этим танатолог Э. Шнейдман различает две характеристики личности: суицидальность и летальность. Суицидальность означает индивидуальный риск самоубийства. Летальность связана со степенью опасности человека для себя вообще, его самодеструктивностью.

Различия в классификациях видов суицидального поведения отражают многообразие форм рассматриваемой реальности. А.Г. Амбрумова выделяет: самоубийства - истинные суициды, а также попытки самоубийства - незавершенные суициды. Брукбенк говорит о суициде как намеренном самоубийстве и парасуициде как акте намеренного самоповреждения без смертельного исхода. По мнению А.Е.Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. Е. Шир различает: преднамеренное суицидальное поведение, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

Э.Дюркгейм делил самоубийства на виды в зависимости от особенностей социальных связей индивида. «Аномическое» самоубийство происходит в результате тяжелых разногласий между личностью и окружающей ее средой.

«Фаталистическое» самоубийство имеет место в случае личных "трагедий, например смерти близких, „потери работоспособности, несчастной любви. «Альтруистическое» самоубийство совершается ради других людей или во имя высокой цели. Наконец, «эгоистическое» самоубийство является уходом от неблагоприятных ситуаций - конфликтов, неприемлемых требований.

В.А. Тихоненко, принимая во внимание степень желаемости смерти, дополнил суицидальную попытку несколькими связанными видами поведения. Во-первых, он выделяет демонстративно-шантажное суицидальное поведение, имеющее своей целью демонстрацию намерения умереть. Во-вторых, автор говорит о самоповреждении или членовредительстве, которые вообще не направляются представлениями о смерти и ограничиваются лишь повреждением того или иного органа. В-третьих, подобное поведение может быть просто результатом несчастного случая.

Таким образом, диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желаемости смерти. Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери;

б) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть;

в) к самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или усилить состояние наркотического опьянения путем кровопотери;

г) к несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Несмотря на очевидную уникальность каждого случая, самоубийства имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей.

Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности - заикленность на проблеме, «туннельное зрение». Все это приводит к сужению выбора до бегства в «суицид». При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам.

Возрастные особенности суицидального поведения

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. Например, кризисные периоды жизни, такие, как юность или начало старости, характеризуются повышением суицидальной готовности.

Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечает что суицидальное поведение у детей до 13 лет - редкое явление и только с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам.

По данным исследования А.Г. Амбрумовой 770-ти детей и подростков с суицидальным поведением, самыми молодыми были дети 7 лет. Большинство составили девочки (80,8%). Наиболее частыми способами у девочек были отравления, у мальчиков - порезы вен и повешение.

Большинство авторов считают, что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 - 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим.

И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле для раннего возраста малоприменимы.

Мотивы, которыми дети объясняют свое поведение, кажутся несерьезными и мимолетными. Для детей в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами.

Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страхи, неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутое™, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации. Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем в подростковом возрасте. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь многие из них достигают своей цели. Частота законченных суицидов подростков не превышает 1% от всех суицидальных действий. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе - шантажа.

А.Е. Личко отмечает, что лишь у 10% подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% - это крик о помощи. Б.Н. Алмазов, обследовав группу подростков 14-18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установил, что только 4% из них в момент самопореза имели мысли суицидального содержания. Большинство же эксцессов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд «братания». А.Е. Личко, А.А. Александров, проведя обследование группы подростков в возрасте 14-18 лет, пришли к выводу, что у 49% суицидальные действия были совершены на фоне острой аффективной реакции. В группе подростков также несколько возрастает роль психических расстройств, например депрессии. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л.Я.Жезловой, в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном - «сексуальные» и «любовные».

После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы.

Исследования показали, что наибольшее число завершенных самоубийств совершается в период от 40 до 65 лет. Уровень самоубийств выше среди мужчин. Типичными стрессорами зрелого возраста являются ситуация развода, потеря близкого человека, увольнение с работы, финансовый кризис, смерть в семье.

Пожилой возраст сталкивается с такими серьезными социально-психологическими проблемами, как одиночество, окончание профессиональной деятельности, утрата возможностей, отделение от семьи и друзей и т.д. Депрессия у пожилых людей характеризуется чувством усталости, фатальностью и безнадежностью. Безнадежность проявляется в стойком желании умереть. В силу ряда причин пожилой возраст является одним из наиболее подверженных суицидальному поведению.

Концепции формирования суицидов

Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение, можно условно разделить на три группы: социологическую, психопатологическую и социально-психологическую.

В рамках социологического подхода декларируется связь между суицидальным поведением и социальными условиями. В основе подобных взглядов лежит учение ЭГ Дюркгейма об «аномии» У нарушении в ценностно-нормативной системе Обществ. Дюркгейм отмечал, что количество самоубийств в обществе определяется «коллективными представлениями» как особыми фактами социальной жизни, которые определяют индивидуальные видения мира (ценности, моральные нормы). Например, коллективная связь, сплоченность общества в этом смысле задерживают самоубийства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу, что может стать причиной решения уйти из жизни.

Современные исследователи самоубийства как социального явления выделяют в качестве важного фактор развития религиозного сознания общества. Вера, особенно ислам, существенно снижает вероятность суицидального поведения. В религиозной этике самоубийство расценивается как тяжкий грех, что накладывает нравственный запрет на суицидальное поведение верующего человека. В христианских государствах сегодня наблюдается либерализация общественного отношения к самоубийствам. Все более серьезно обсуждается возможность эвтаназии - добровольного ухода из жизни при помощи врача. В 2002 г. в Голландии (впервые в истории человечества) принят закон, регулирующий эвтаназию.

Существенным оказывается семейное влияние. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики.

Другой, психопатологический, подход рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Предпринимались, но оказались безуспешными попытки выделения самоубийств в отдельную нозологическую единицу - суицидоманию. Несколько схожую позицию выражает взгляд на суицидальное поведение как пограничное состояние. А.Е. Личко пишет: «Суицидальное поведение у подростков - это в основном проблема пограничной психиатрии,— т.е., области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера».

По наблюдению автора, лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии - 20 - 30%, а все остальные на так называемые подростковые кризы.

В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее для некоторых патологических состояний и расстройств суицидальный риск выше, например для острого психотического состояния и для депрессии. Депрессия наиболее часто упоминается в связи с суицидами, что определяет необходимость ее более пристального рассмотрения.

Депрессия переживается субъективно как подавленное настроение, как состояние угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины. В международной классификации болезней 10-го пересмотра в рубрике F32 в качестве ведущего для диагностики депрессии называется соматический синдром. У конкретного человека не менее двух недель должны проявляться три и более его признака:

- ✓ снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной;
- ✓ отсутствие реакции на деятельность (события), которые в норме ее вызывают;
- ✓ пробуждение утром за два (или более) часа до обычного времени;
- ✓ внешне выраженная психомоторная заторможенность или ажитация;
- ✓ заметное снижение (повышение) аппетита;
- ✓ снижение веса;
- ✓ заметное снижение либидо;
- ✓ снижение энергии;
- ✓ повышенная утомляемость.

Дополнительно к соматическим называются психологические признаки: снижение самооценки; беспричинное чувство самоосуждения; чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение; нерешительность. Другим часто встречающимся симптомом, причиняющим серьезное беспокойство человеку, является нарушение ясности или эффективности мышления, иногда настолько выраженное, что может быть принято даже за органическую деменцию. Депрессивное состояние, таким образом, кроме субъективно плохого настроения имеет выраженные соматические проявления, сниженную самооценку, нарушения мышления.

Несмотря на имеющую место, хотя и неоднозначную, связь суицидального поведения с психическими расстройствами (преимущественно - аффективными нарушениями), большинство авторов в настоящее время считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. В первом случае речь должна идти о проявлениях патологии, требующей преимущественно медицинского вмешательства. Во втором случае можно говорить об отклоняющемся поведении практически здорового человека в ответ на психотравмирующую ситуацию, что предполагает оказание срочной социально-психологической помощи.

Социально-психологические концепции объясняют суицидальное поведение социально-психологическими или индивидуальными факторами. Прежде всего, самоубийства связываются с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения.

Э. Шнейдман предлагает рассматривать суицид с точки зрения психологических потребностей. В соответствии с его теорией, суицидальное поведение определяют два ключевых момента:

- ✓ душевная боль, которая оказывается сильнее всего остального;
- ✓ состояние фрустрации или искажение наиболее значимой потребности личности.

В рамках социально-психологического подхода также широко представлены работы, изучающие связь между личностными особенностями и суицидальным поведением. А.Е. Личко отмечает связь между типом акцентуации характера подростка и суицидальным поведением, практически не склонны к покушениям и суицидам астенический, гипертимный, неустойчивый типы подростков.

Н.В. Конанчук, В.К. Мягер выделили три основных свойства, характерных для суицидента:

- ✓ повышенная напряженность потребностей;
- ✓ повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений;
- ✓ низкая фрустрационная толерантность и слабая способность к компенсациям.

Суммируя данные, полученные различными авторами, можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента. Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению.

Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем. Стоит подчеркнуть, что приведенный портрет прямо противоположен характеристике антисоциальной личности.

Обзор теорий, проливающих свет на детерминацию и характер суицидального поведения, позволяет сделать вывод о сложности, полиэтиологичности данного явления. Тем не менее можно выделить некоторые факторы риска суицидального поведения личности:

- ✓ предшествующие попытки суицида (данного человека);
- ✓ семейная история суицида;
- ✓ кризисная ситуация (неизлечимая болезнь, смерть близкого человека, безработица и финансовые проблемы, развод);
- ✓ семейный фактор (депрессивность родителей, детские травмы, хронические конфликты, дисгармоническое воспитание);
- ✓ эмоциональные нарушения (прежде всего депрессия);
- ✓ психические заболевания (алкоголизм, наркомания, шизофрения);
- ✓ социальное моделирование (демонстрация суицида СМИ, их изображение в литературных произведениях - «эффект Вертера»).

Кроме того, выделяются следующие группы риска: молодежь, пожилые люди, сексуальные меньшинства, военнослужащие, ветераны войн и военных конфликтов, врачи и представители некоторых других профессий.

Суицидальная мотивация

Внешние и внутренние условия облегчают возникновение суицидального поведения, но не определяют его. Действительными причинами, «запускающими» суицид, являются внутренние мотивы.

В различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения: протест/ месть/призыв (внимания, помощи); избегание (наказания, страдания); самонаказание; отказ (от существования).

Например, в суицидальных попытках подростков можно выделить следующие побуждения. Это может быть сигнал дистресса: «Заметьте меня, я очень нуждаюсь в вашей помощи». Также подросток может пытаться манипулировать другими, например девочка принимает большую дозу таблеток, чтобы заставить своего друга вернуться к ней. Другой вариант - стремление наказать других, возможно, сказать родителям: «Вы пожалеете, когда я умру». Реакция на чувства сверхсильного стыда или вины, стремление избежать столкновения с чрезвычайно болезненной ситуацией; действие ЛСД и других наркотиков - все это примеры мотивирующих факторов.

Стрессовые ситуации актуализируют индивидуально окрашенные сверхценные переживания (индивидуальные смыслы), которые могут носить как устойчиво-личностный, так и ситуационный характер. А.Л. Амбрумова выделила шесть типов непатологических реакций у взрослых людей с суицидальным поведением:

- ✓ эмоциональный дисбаланс (наличие негативных аффектов);
- ✓ пессимизм (все плохо, ситуация не имеет выхода, в будущем нет ничего хорошего);

- ✓ отрицательный баланс (рациональное сверхкритичное «подведение жизненных итогов»);
- ✓ демобилизация (отказ от контактов и деятельности из-за чувства одиночества и отверженности);
- ✓ оппозиция (агрессивная позиция с обвинениями в адрес окружающих, переходящая в аутоагрессивную, чаще демонстративную);
- ✓ дезорганизация (состояние тревоги с выраженными соматовегетативными нарушениями).

Нередко подчеркивается тесная связь между суицидом и любовным влечением. Смерть в этом случае может иметь особый смысл для любящего человека - возможность воссоединиться с любимым после смерти или обрести ту любовь, на которую он тщетно надеялся при жизни. При страстной влюбленности суицидальное поведение является попыткой восстановить утраченный над собой контроль, снять невыносимое напряжение.

Сейр, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил четыре основные причины самоубийства:

- ✓ 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).

Различия в национальном характере сочетаются с различиями в мотивации суицидов. Для датчан характерен суицид, связанный с зависимостью и утратой; для шведов - мотив фрустрации успехов, для норвежцев - чувство вины из-за агрессивного (антисоциального) поведения. В связи с этим Хендин рассматривает чувство всемогущества и грандиозность притязаний как важные факторы суицидальной динамики. Например, нарциссическое чувство всемогущества может подталкивать к самоубийству, чтобы с его помощью лучше контролировать ситуацию, воздействовать на нее.

С другой стороны, суицидальное поведение личности является тяжелым испытанием для окружающих. Можно говорить о феномене, схожем с со-зависимостью. Суицид изменяет жизнь всей семьи, делает ее своим заложником. Часть эмоциональных переживаний людей, близких суициденту, кратковременна, другие продолжаются долгие годы, некоторые - всю жизнь. Каждый член семьи платит за это определенную психологическую цену. К. Лукас и Г. Сейген называют это сделками.

Наблюдаются следующие модели нежелательного поведения в ответ на самоубийство близкого человека:

- ✓ поиск тех людей, которые могут быть ответственны за смерть покончившего с собой - вместо принятия произошедшего как личной воли суицидента;
- ✓ принятие траура на долгие годы - вместо того, чтобы продолжать жить;
- ✓ переживание вины и самобичевание;
- ✓ соматизация - уход в болезнь вместо спонтанного выражения чувств;
- ✓ самоограничение - уход от радостей жизни;

- ✓ бегство в работу, в сексуальные связи, в аддикцию - вместо того, чтобы признать и выразить свои чувства;
- ✓ наконец, новый суицид - «ты умер, значит, умру и я».

Таким образом, близких суициденту людей переполняют сильные чувства скорби, вины и гнева, защищаясь от которых, они сами начинают вести себя аутодеструктивно.

В заключение обсуждаемой темы целесообразно еще раз обратить внимание на сложный комплексный характер суицидального поведения. Выделяя психологический анализ в качестве ведущего Для работы с конкретной личностью, мы, несомненно, должны учитывать и другие важные аспекты проблемы, такие, как социальный, правовой, исторический, культурологический, медицинский, этический.