

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

П.Б. Зотов, С.М. Уманский

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Исследования, проведенные в различных регионах мира, свидетельствуют о том, что самоубийства в наши дни стали одной из глобальных проблем мирового сообщества [1, 13]. Ежегодно в мире от самоубийств погибает около 500 тысяч человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, достигает 5 миллионов. В странах Европы, в том числе и России, самоубийства входят в число 10 наиболее распространенных причин смерти. В США суицид является девятой ведущей причиной смерти и составляет 1,4% от всех смертей [10].

Россия в течение многих лет относится к странам с наиболее высокими показателями самоубийств. В нашей стране ежегодно погибает до 55 тысяч человек. Статистические данные свидетельствуют о том, что после небольшого снижения стандартизованного показателя смертности от самоубийств на 100000 населения в 1990 г. (26,4) в дальнейшие 10 лет отмечалось его повышение и некоторая стабилизация: в 1995 г. – 41,4; в 2000 г. – 39,3. Начиная с 2002 г. регистрируется неуклонная обратная динамика: 2002 г. – 38,4; 2003 г. – 36,1; 2004 г. – 34,3; 2005 г. – 32,2; 2006 г. – 30,1; 2007 г. – 29,3 случая [2, 11]. Снижение уровня самоубийств, несомненно, положительный факт. Однако, регистрируемые в настоящее время показатели, значительно превышают уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический. В этих условиях вопросы профилактики самоубийств имеют высокую актуальность и медико - социальную значимость.

Улучшение показателей по суицидальной активности населения возможны лишь на основе комплексного, многоуровневого подхода [5], но перед разработкой приоритетных направлений развития системы суицидальной превенции необходимо четкое понимание самого объекта учета. Это позволит более предметно и четко определить возможные меры и направления профилактики и др. [6].

В отечественной литературе, посвященной суицидальному поведению, приоритет уделяется преимущественно суицидальным действиям (попыткам и завершенным самоубийствам). Когда речь идет о так называемых внутренних формах суицидального поведения, то здесь нет четкого понимания и разделения самих этих форм. Ис-

пользуемые термины – суицидальные мысли, суицидальные идеи, тенденции и т.д. – чаще используются в работах без их четкого определения и клинического описания. Это вносит трудность в понимание и сравнимость проводимых исследований. Описания и классификации суицидального поведения, значимые для клинической работы, можно найти в немногих работах – у проф. А.Г. Амбрумовой [1], Ю.Р. Вагина [3] и др.

Многолетний опыт практической работы и научных исследований [3, 7, 12] позволил нам внести уточнения в клиническую классификацию и описание отдельных форм суицидального поведения, а так же обосновать следующие утверждения:

1. Формирование суицидального поведения крайне редко происходит в короткий промежуток времени. Так называемый «острый суицид» (по проф. А.Г. Амбрумовой, 1996) проявляется в исключительных случаях. Например, суицид у матери, потерявшей ребенка в автокатастрофе; суицид подростков «по типу подражания» в случае самоубийства их кумира и др.

Важными условиями «стремительной» суицидальной динамики является присутствие исключительного по силе, внезапно возникшего психотравмирующего фактора, и индивидуальные преморбидные особенности личности, как правило, существующей в условиях ограниченной социальной (микросоциальной) поддержки.

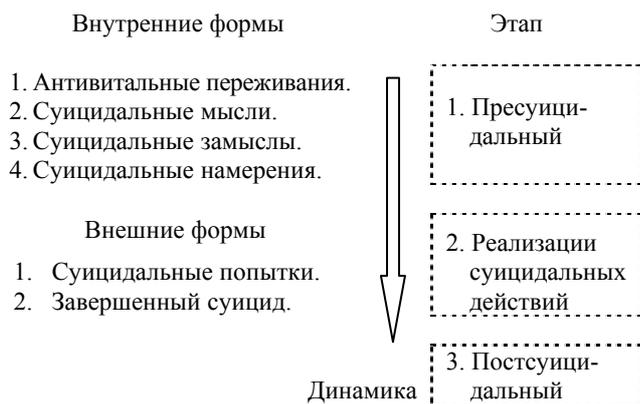
2. Суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий.

В большинстве случаев развитие суицидального поведения занимает достаточно длительный период, измеряемый не одним месяцем, иногда годами. Знание этапов и особенностей развития суицидального поведения для клинициста дает возможность оценить не только степень суицидального риска, но и определить объем и характер психологической поддержки.

Уточненная нами классификация суицидального поведения отражает не только клинические формы, но и динамику процесса (рис. 1).

*Рисунок 1*

Клиническая классификация суицидального поведения



Иногда к внешним формам относят суицидальный шантаж, угрозы, высказывания. Но рассматривать эти проявления, как отдельную форму, считаем не вполне оправданным. Это лишь варианты предъявления суицидальности окружающим, которые определяются мотивами и целями суицидального поведения, обычно отражая личностные особенности индивида.

Традиционно в динамике суицидального поведения выделяют три основных этапа: пресуицидальный, реализации суицидальных действий и постсуицидальный. В задачи настоящей работы входит более полное клиническое описание пресуицидального периода, включающего так называемые «внутренние формы» суицидальной активности. Именно этот период характеризуется значительной внутренней борьбой, поиском смысла существования в сложившейся ситуации и др. Своевременная диагностика и квалифицированная помощь, оказанная в этот период, могут быть наиболее важными элементами профилактики самоубийства.

Антивитальные переживания представляют собой самый ранний этап суицидальной динамики. Они характеризуются постепенным усилением скрытых и малоосознаваемых авитальных тенденций, ослабляющих стремление поддерживать жизнь. Обычно формирование антивитальных переживаний начинается с *утраты желаний жить*. В последующем появляются мотивы *желательности близкой смерти от естественных причин*. В этом случае человек чаще рассматривает смерть как возможный выход из сложившейся ситуации, но еще не задумывается о возможности добровольного ухода из жизни.

Клинически антивитальные переживания не выступают на первый план и, обычно, проявляются в виде высказываний: «устал так жить...», «если б кто знал, как мне надоело мучиться...», «порой хочется уснуть и не проснуться...» и др. Являясь, по сути, жалобами депрессивного характера, эти проявления редко привлекают внимание врачей. Между тем, предъявление подобных жалоб является условием для обязательного более глубокого обследования больного по выявлению

суицидальной настроенности. В данной ситуации необходим целенаправленный опрос. Лишь, ограничение только данным кругом жалоб и отсутствие идей добровольного ухода из жизни позволяет специалисту отнести имеющиеся нарушения к антивитальным переживаниям.

Кроме вербальных признаков антивитальная настроенность может проявляться и другими симптомами – нежелание сотрудничества с врачом, игнорирование и невыполнение рекомендаций по лечению и др. Важно отметить, что, несмотря на такой внешне негативный ответ, большинство пациентов нуждаются и ищут психологической поддержки. Имеющиеся сомнения и переживания в трудной жизненной ситуации требуют поиска решений. На этапе антивитальных переживаний суицидальный риск минимален, т.к. характеризуется высокой активностью психологических защит и значимостью факторов антисуицидального барьера.

Продолжение действия стрессовых факторов в определенный момент может привести человека к осознанию личного участия в своей судьбе – в данном случае возможности самостоятельного лишения себя жизни. С этого момента суицидальная динамика вступает в *этап суицидальных мыслей*.

Суицидальные мысли. Этот переход значительно повышает степень витальной угрозы. Поэтому для суицидальных мыслей характерно наличие более выраженной, чем для антивитальных переживаний, внутренней борьбы, между желанием совершить самоубийство и факторами антисуицидального барьера; борьбой «за» и «против». Человек обычно ищет ответы на психологически сложные вопросы: – приемлем ли суицид вообще, – является ли самоубийство выходом из сложившейся ситуации, решит ли оно имеющиеся проблемы? Так же продумываются вопросы возможных социальных последствий для себя и близких. Решаются субъективно значимые экзистенциальные и духовные вопросы и т.д. Рассмотрение конкретного способа, места и времени суицида, на данном этапе динамики суицидальной активности стоит на втором плане и не занимает в мыслях ведущего положения. Суицидальный риск в этот период минимален.

На данном этапе человек активно ищет психологической поддержки, обращается за помощью к врачу, близким, друзьям. Однако в разговоре речь о самоубийстве редко сразу выходит на первую линию обсуждения. Обычно встречаются два варианта. Чаще вначале предъявляются нейтральные, наводящие жалобы, и лишь, при достаточном внимании и заинтересованности собеседника раскрываются значимые переживания, мысли о добровольном уходе. При втором варианте суицидальные идеи высказываются, как бы, между прочим, но с долей вероятности – «может

быть, лучше застрелиться...», «наверно, всем будет легче, если я умру...».

Этап суицидальных мыслей наиболее важен для превенции самоубийства, т.к. человек еще не принял окончательного решения. Психотерапевтическая коррекция возможна, необходима, и, что особенно важно, эффективна. Однако, как показывают наши исследования, проведенные на самом различном контингенте, включающем психически, соматических, неврологических больных [4, 7, 10 и др.], в большинстве случаев помощь оказывает врач. Близкие, родственники и окружающие потенциального суицидента, обычно, не способны найти время и слов для столь сложного и важного разговора. Отсутствие помощи на этом этапе нередко завершается принятием решения о добровольном уходе из жизни. Человек переходит на следующий этап суицидальной динамики – суицидальных замыслов.

Суицидальные замыслы. На данном этапе продумываются вопросы реализации суицидальных действий: о способах и средствах самоубийства, месте и времени его совершения. Тем не менее, несмотря на то, что пик психологической борьбы пройден, совершение попытки суицида обычно не носит случайный / экстренный характер. Запуск программы возможен лишь при возникновении какого-либо внешнего признака, предложенного нами термином – «внешний ключ» [8]. «Внешний ключ» – это психологическое образование. При этом оно представляет собой какое-либо объективное событие, действие, которое индивид выделил в индивидуальный, субъективно особо значимый фактор, актуализация которого может запустить программу реализации самоубийства. Примерами «внешнего ключа» могут являться: получение результата о ВИЧ-инфицировании; диагноз онкологического или другого тяжелого заболевания; «полный» отказ любимого человека от встреч; получение «достоверных» фактов об измене и др.

Структура вербальных проявлений в этот период чаще соответствуют схеме: «если – КЛЮЧ, то – РЕАЛИЗАЦИЯ». Например, «... если у меня подтвердится ВИЧ, то отравлюсь ...», «если узнаю, что жена изменяет, то ...» и др. Особенно наглядно эти психологические образования озвучиваются в виде угроз, в том числе при шантажных, рентных формах суицидального поведения.

Введение понятия «внешнего ключа» в теорию суицидального поведения, на наш взгляд, позволяет более четко охарактеризовать этап суицидальных замыслов. Понять, что до момента срабатывания «внешнего ключа» суицидальные дей-

ствия маловероятны. Поэтому при работе специалиста с этим контингентом обязательным условием суицидальной превенции является активное выявление данного индивидуального субъективно значимого психологического образования. Идентификация «внешнего ключа» требует рассмотрения его врачом как объекта (!) психотерапии.

Дальнейшее развитие суицидального поведения переводит человека на этап намерений.

Суицидальные намерения включают поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни и непосредственную подготовку к суицидальным действиям. Они более трудны в диагностике, так как присущие суицидальным мыслям сомнения, надежды и другие когнитивные компоненты, как правило, нашли свое решение, и уже не требуют внешнего воздействия (помощи). «Внешний ключ» сработал и запустил программу реализации. Нередко этих пациентов находят уже после совершения попытки суицида, а о присутствии суицидальных намерений говорят лишь при ретроспективной оценке случившегося. Тем не менее, практический опыт показывает, что в некоторых ситуациях суицидальные замыслы клинически узнаваемы. Примером могут быть накопление пациентами медикаментов. В условиях стационара обычно для этих целей они просят у медсестер дополнительно лекарственные средства, ссылаясь на то, что таблетка непригодна («упала на пол», «вышла при рвоте»). Поэтому среди мер повышения эффективности суицидальной превенции важна целенаправленная подготовка среднего и младшего медперсонала: обращение их внимания на запросы пациентов дополнительных лекарственных средств, а так же осмотр мест пребывания больных (особенно тумбочек, кроватей) и общение с соседями по палате (нередко, на накопление лекарств и суицидальные идеи указывают именно эти пациенты). Другими примерами могут быть случаи обнаружения колюще-режущих предметов, подготовленной петли-удавки и др. В случае выявления этих фактов средний и младший персонал должен поставить в известность лечащего / дежурного врача.

Выразительными клиническими примерами суицидальных намерений так же могут служить нередкие случаи «значительного» улучшения самочувствия больных. Так, пациент, пришедший на прием, благодарит врача за оказанную помощь и прощается. При этом внешне не проявляет каких-либо признаков имеющейся ранее, длительно сохранявшейся и трудно корректируемой депрессии и тревоги.

Таблица 1

Факторы	Формы суицидального поведения				
	Антивитаальные	Суицидальные	Суицидальные	Суицидальные	Суицидальные

	переживания	мысли	замыслы	намерения	попытки
Риск суицида	Минимальный. Суицид возможен в исключительных случаях	Повышен, но суицид маловероятен	Высокий, но суицид маловероятен до срабатывания «внешнего ключа»	Максимальный, идет подготовка к реализации	Реализация
Психологические защиты	Активны	Максимально активны (внутренняя борьба)	Избирательно активны, частично нарушены	Избирательно активны, частично нарушены	Мало активны, значительно нарушены
Доступность контакту	Максимально доступны	Максимально доступны	Доступны	Ограниченно доступны	Ограниченно доступны
Терапия	Возможна и эффективна	Возможна и эффективна	Возможна, но избирательно эффективна	Возможна, но ограничена	Возможна, но ограничена

На следующий день сообщается о совершенном им самоубийстве. Ретроспективная оценка ситуации врачебной комиссией позволит говорить о ларвированной, «сменяющейся» депрессии. В данной ситуации внимание специалиста должно было бы привлечь эмоциональное состояние больного, факт «значительного» улучшения, возможно, какие-то вербальные проявления суицидальности.

Следующим этапом прогрессии суицидального поведения являются суицидальные действия: попытка и завершённое самоубийство.

В случае «неудавшейся» попытки наступает постсуицидальный период с целым комплексом психологических, психопатологических, медицинских и, нередко, социальных, последствий.

В заключение, предлагаем сводные данные, представленные в виде таблицы (табл. 1), отражающей суицидальный риск и эффективность мер по снижению суицидальной готовности.

Дадим краткую характеристику приведенных данных. При анализе таблицы можно отметить, что наименьший риск суицида на этапе антивитальных переживаний. В этот период достаточно активны психологические защиты, что не позволяет индивиду рассматривать суицид как средство выхода из сложившейся ситуации. Пациенты контакту доступны, а психотерапия возможна и эффективна. Вместе с тем, исключать суицид полностью нельзя, в случае возникновения сильного психотравмирующего фактора.

По мере развития суицидальной динамики риск суицида повышается, однако, он достаточно низкий на этапе суицидальных мыслей, а так же суицидальных замыслов, до срабатывания «внешнего ключа».

Следует так же отметить, что доступность контакту, хоть и снижется, но редко теряется полностью. Поэтому терапевтическое воздействие возможно даже в период совершения аутоагрессивных действий. Понятно, что эффективность его будет во многом зависеть от опыта специалиста и психологического состояния суицидента.

В целом, предложенные в этой работе подходы к клинической классификации и оценке суицидальной динамики могут быть использованы,

как в клинической практике при проведении превентивной и коррекционной работы, так и в теоретической суицидологии для разработки мер профилактики и организации системы превенции суицида [9].

#### Литература:

1. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Балыгин, М.М. Население России и ее регионов в 1998 г. / М.М. Балыгин, Б.П. Бруй // Мир медицины. – 1999. – № 5-6. – С. 39-45.
3. Вагин, Ю.Р. Развитие феноменологической суицидологии / Ю.Р. Вагин // Тюменский медицинский журнал. – 2003. - № 2. – С. 25-27.
4. Зотов, П.Б. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями / П.Б. Зотов, С.М. Уманский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – Том 35, № 1. – С. 99-101.
5. Зотов, П.Б. О создании в Тюменской области регионального суицидологического центра и системы суицидальной превенции / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский // Тюменский медицинский журнал. – 2010. - № 1. – С. 8-9.
6. Зотов, П.Б. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 8-9.
7. Зотов, П.Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом и алкоголь / П.Б. Зотов, С.М. Уманский, Н.И. Куценко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – №2. – С. 14-16.
8. Зотов, П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи) / П.Б. Зотов // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 2005. – 46 с.
9. Зотов, П.Б. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский, П.В. Кузнецов // Тюменский медицинский журнал. – 2011. - № 1. – С. 10-11.
10. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США / Л.А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97-105.
11. Статистические данные // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2009. – № 4. – С. 62.
12. Уманский, М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста / М.С. Уманский, П.Б.

Зотов // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. - № 5. – С. 56-58.

13. Jianlin, J. Suicidal rates and mental health services in modern China / J. Jianlin // Crisis. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 118-121.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*П.Б. Зотов, С.М. Уманский*

Тюменская ГМА

Авторами предложена уточняющая клиническая классификация суицидального поведения. Особое внимание уделяется подробному клиническому описанию отдельных форм, представляющих последовательные этапы динамики суицидальной активности: антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы и намерения. Оценивается степень суицидального риска каждого этапа. Обосновывается введение предложенного авторами понятия «внешний ключ» – психологического субъективно значимого образования, способного контролировать на этапе суицидальных замыслов, индукцию поведенческого компонента суицидальной активности и последующей реализации суицида.

По мнению авторов, предложенная клиническая классификация позволит диагностировать суицидальное поведение на более ранних этапах, что будет способствовать повышению эффективности системы суицидальной профилактики.

#### CLINICAL FORMS AND DYNAMICS SUICIDAL BEHAVIOR

*P.B. Zotov, S.M. Umansky*

Tyumen State Medical Academy

The authors propose refining the clinical classification of suicidal behavior. Particular attention is paid to detailed clinical description of the individual forms, representing successive stages of the dynamics of suicidal activity: antivital feelings, suicidal thoughts, plans and intentions. Assessed the degree of suicide risk of each phase.

Justifies the introduction of the concept proposed by the authors of "foreign key" – psychological subjective importance of education, capable of controlling the stage of suicidal ideas, and induction of the behavioral component of suicidal activity and subsequent implementation of suicide. According to the authors, the proposed clinical classification of suicidal behavior enables to diagnose at earlier stages, which will enhance the effectiveness of suicide prevention.

## РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

*С.И. Ворошилин*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Расстройства влечений, проявляющиеся поведением, вредным для человека и окружающих, зависимое от непонятных внутренних побуждений, были известны в человеческом обществе с незапамятных времен. В примитивных обществах и в обществах, основу идеологии которых составляла религия, они рассматривались как проявление «греха», как результат воздействия темных, сверхъестественных сил, как влияние колдовства или иных магических воздействий, либо как вселение чужеродных духов, демонов и т.д. Поэтому значительное место в каждой религии в человеческом обществе уделялось «борьбе с грехом», а именно определению и осуждению греха, указанию, какие последствия и кары последуют за его совершением. Предлагались способы борьбы с ним и его преодоления. Подобные представления были в этих обществах основой правовых аспектов обозначенного поведения. На основе вероучений вырабатывались методы борьбы с грехами, а также с теми, кто, несмотря на запреты, совершал грех. За греховное поведение, которое общество рассматривало в качестве преступного, нарушитель наказывался. При умеренном нарушении – общественным порицанием, церковными наказа-

ниями, или штрафами, но могли быть и более суровые наказания, вплоть до смертной казни.

В настоящее время, в условиях постепенного ограничения и даже вытеснения религии (и национальных традиций) из числа ведущих регуляторов общественной жизни, неприемлемое для общества (в прошлом «греховное») поведение оценивается, прежде всего, как следствие сознательного отказа от выполнения требований общества, как антисоциальное. Возникновение его рассматривается, как следствие неправильного формирования личности,