

ФЕНОМЕН СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СОВРЕМЕННОСТИ

«Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [1]. Оговоримся заранее, что в данной работе не будет рассмотрен альтруистический вариант суицида, как действие, совершенное психически нормальным человеком во имя общественного блага. Мы сузим тему до суицидомании как «болезненного влечения к самоубийству» [2] вследствие патологии мотивационного компонента волевого акта, а именно извращения влечений, побуждений и мотивов деятельности.

Феномен суицида изучается социальной психологией, философией, психиатрией и имеет отражение в религиозных представлениях. В данной работе проблема суицида будет рассмотрена с точки зрения психопатологии.

На постсоветском пространстве в связи с социокультурной трансформацией частота суицидальных действий «в последние два десятилетия удвоилась. У 30% лиц в возрасте 14-24 лет бывают суицидальные мысли, 6% процентов юношей и 10 % девушек совершают суицидальные действия» [3]. Необходимо отметить, что мужчины в 4 раза чаще женщин заканчивают жизнь суицидом, а женщины в 4 раза чаще мужчин совершают парасуицид (незавершенный суицид). Разрушенные старые ценности и не успевшие оформиться новые вызывают серьезные личностные расстройства. Подобные тенденции свидетельствуют о серьезности проблемы суицида в современности, особенно для подросткового возраста в России.

Обычно суициду предшествует пресуицидальный синдром (ПС), являющийся этапом суицидальной динамики периодом от нескольких минут до месяцев. Чаще всего он наблюдается у лиц с предрасположенностью к суициду в сложных ситуациях; для него характерно ограничение психической жизни, торможение агрессии вовне, преобладают аутоагрессивные тенденции, появляется желание смерти.

Разработаны специальные шкалы для определения суицидального риска, особенно расположены к суициду люди, находящиеся в состоянии депрессии. «Пациенты, у которых в прошлом отмечалась негативная терапевтическая реакция, и у которых инфантильные черты сочетаются с депрессивно-мазохистическими» [4] особенно расположены к попыткам суицида, равно как и страдающие злокачественным нарциссизмом (агрессия «пропитывает» раздутое Я) ввиду недостатка контроля над импульсами и неумения переносить тревогу.

В основном в группу риска попадают люди с пограничной личностной ориентацией. Риск суицида возрастает многократно, если человек употребляет алкоголь или наркотики, также повышение риска напрямую связано с антисоциальной направленностью действий человека. Врач-терапевт с большей степенью уверенности может предсказать степень риска у невротиков; у маниакально-депрессивных пациентов достаточно сложно определить степень «созревания» суицида, так что после серии тяжелых личностных расстройств с повторяющейся депрессией, но без суицидальных попыток, больной может неожиданно покончить с собой.

Также терапевтическое обследование осложняется, если больной представляет собой «лживую личность» или если его поведение «сценическое». В психиатрической практике профилактики суицида более предпочтительно открыто агрессивное поведение пациента, нежели замаскированная вежливостью или равнодушием агрессия. Попытки скрыть правду дают достаточные основания для госпитализации, поскольку означают, что больной близок к суициду, когда амбулаторного лечения уже недостаточно.

Несмотря на то, что суицид считается «быстрым» способом ухода из жизни, существует такое явление как хроническое саморазрушение, являющееся серией мыслей и попыток суицида. Этим страдают люди с пограничной ориентацией, имеющие

злокачественный нарциссизм (для них характерно любование собственной значимостью при нанесении себе повреждений, наслаждение собственной грандиозностью при суициде), и имеющие инфантильные черты. Однако это могут быть и психотики с бредовыми депрессивными мыслями, имеющие суицидальные попытки с необычно жестокими чертами, а также больные, совершающие суицид под влиянием галлюцинаций.

Анализируя готовность суицидента покончить с жизнью, необходимо учитывать следующие факторы: выбор средства, смертельность средства, доступность средства. Если средство легкодоступно и обладает большой способностью убивать, то опасность суицида возрастает. Также, если на вопрос о видении будущего человек рассказывает о бытовых или творческих планах, то суицид достаточно далек от реализации, но ответ, что в будущем его ничего не ждет, должен вызвать серьезные опасения. Риск высок также при преждевременной выписке из госпиталя после парасуицида, потому что причины, побудившие пациента совершить суицид, не исчезли; он переживает неудачу и в 40% повторяет попытку в течение двух лет после парасуицида.

Причинами суицида может стать неумение выйти из сложной ситуации, бредовые идеи, жажда умереть, разрядка аффективных наклонностей, зачастую шантаж (в основном у психопатов, от угроз больной, пытаясь повлиять на семью или лечащий персонал, может перейти к демонстративным попыткам и погибнуть в одной из них). Также «характерно стремление к умиротворению, восторг от направленной на себя агрессии, желание насладиться мезгие, желание избежать вины и радость от осознания мощи суицидального импульса» [4].

Подростковые суицидальные тенденции (как извращение защитно-оборонительного инстинкта) имеют ряд особенностей. В связи с недостаточным опытом преодоления трудностей и незрелости представлений о жизни и смерти подростки совершают суицидальные действия, также причиной может стать витальная депрессия, вызванная витальным ростом. Обычно выделяют три периода:

- 1) длительное существование проблем в детском и подростковом возрасте (неполная семья, жизнь в интернате);
- 2) период эскалации, присоединение всех проблем подростковой фазы (возможны кражи, лживость, отсутствие адекватных отношений со сверстниками и родителями) порядка пяти лет;
- 3) отчуждение от родителей и сверстников, разрыв связей с объектом привязанности, растерянность.

Суицидальное поведение имеет множество причин и протекает по-разному у больных и здоровых людей, также различны возможности оценить риск суицида и воспрепятствовать ему. Однако для большинства больных характерна депрессия, и чаще всего люди так или иначе выражают расположенность покончить с собой. Во всех случаях необходимо деликатное вмешательство, желательно врача-специалиста и семьи; а при высокой опасности суицида необходима госпитализация.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагин И.О. Психология жизни и смерти. – СПб.: Питер, 2002. 160 с.
2. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2000. 416 с.
3. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1997. 576 с.
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии./ Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 464 с.