

ВОЗРАСТНЫЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДА

Особенности детского и подросткового суицидов

Гамлет

Когда б он сам мог дать себе расчет
Простым кинжалом? Кто бы плелся с ношей,
Чтоб охать и потеть под нудной жизнью,
Когда бы страх чего-то после смерти –
Безвестный край, откуда нет возврата
Земным скитальцам, – волю не смущал,
Внушая нам терпеть невзгоды наши
И не спешить к другим от нас сокрытым?

*В. Шекспир «Гамлет, принц датский»
(Перевод Лозинского М.)*

Опасность суицидального поведения у детей велика в атмосфере ненависти, агрессии, грубости, несправедливости, ранящей глубокие детские чувства, – всего того, что делает ребенка потерянным и одиноким. Самоубийства детей часто бывают связаны не столько со стремлением умереть, сколько со стремлением избежать тяжелых семейных ситуаций и страхом перед ними. Более 92 % случаев суицида в среде детей подростков спровоцированы школой и семьей. Неправильное одностороннее воспитание в духе максимализма также может быть причиной повышенного риска самоубийства, особенно в тех случаях, когда у детей отсутствует чувство, что родители их любят. К совершению самоубийства ребенка может привести воспитанное родителями или окружающими чувство вины, выражающееся в том, что ребенок оценивает себя ниже других, считает себя «плохим», не имеет чувства самоуважения.

Во многих случаях суицидальное поведение развивается у детей, отцы которых (реже матери) страдают алкоголизмом или другими формами аддиктивного поведения. Этот вопрос не надо рассматри-

вать упрощенно, полагая, например, что достаточно злоупотребляющему алкоголем отцу прекратить выпивки – и ситуация исправится. Нельзя забывать, что речь идет об аддиктивном поведении отца, которое может сменить свое содержание, оставаясь аддиктивным, а настоящие эмоции к детям могут и не проявиться. Следует подчеркнуть то, что причиной самоубийств детей могут явиться психические травмы, полученные в школе при формальном, бездушном отношении к детям, воспитание по типу предъявления завышенных требований.

Причины, предпосылки и условия проявления суицида. Общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Однако для детей и подростков это чаще всего не тотальная дезадаптация, а нарушения общения с близкими, с семьей.

Считается, что суицидом личность пытается изменить обстоятельства своей жизни: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», в нем могут проявляться черты патологического упрямства в преследовании цели любой ценой. Нередко этот акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию.

Предпосылками аутодеструктивного поведения и суицида являются апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется отсутствием жизненного опыта и неумением определить жизненные ориентиры. Помимо этих причин существуют факторы, значительно повышающие риск подросткового суицида:

1. Потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви.
2. Уязвленное чувство собственного достоинства.
3. Крайнее переутомление.
4. Алкогольное или наркотическое опьянение.
5. Токсикомания и наркомания.
6. Отождествлением себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство.

7. Состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха, когда человек утрачивает контроль над своим поведением.

Для установления причин суицидального поведения важное значение имеют их мотивы и поводы, позволяющие судить о конкретных обстоятельствах, которые приводят к этому. К сожалению, установить мотивы и причины не всегда удается из-за недостатка сведений.

Следует отметить, что наличие психотравмирующей ситуации – недостаточное условие для проявления суицида. Вторая составляющая – личностные особенности суицидента. Обнаруживается ряд особенностей личности, не позволяющих ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональную нестабильность, импульсивность, повышенную внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта.

У детей и подростков суицид чаще встречается при следующих типах акцентуации личностных черт: истероидный, сенситивный, эмоционально-мобильный, астенический. Усугубляющим фактором является высокий уровень агрессивности подростка.

Парасуицид. В возрасте до 19 лет процент умерших от суицида составляет 4,2 % от других возрастных групп суицидентов. Однако у детей и подростков много так называемых парасуицидальных поступков: фиксации на темах смерти, страх и любопытство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные поступки. Действия подростков направляются не на самоуничтожение, но на восстановление нарушенных социальных отношений.

Дети и подростки с суицидальными намерениями характеризуются отягощенным социальным окружением: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого. Мотивы суицида, как правило, незначительны: двойка по предмету, обида на взрослого, переживание несправедливого обращения.

Суицидальная готовность возникает на фоне довольно длительных психотравмирующих переживаний, которые способствуют снижению устойчивости к психотравмирующим факторам, росту агрессивности, поведенческому регрессу (обнаруживается неспособность разрешать сложные ситуации).

Психологический смысл детского и подросткового суицидов – крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть нет, представление о смерти крайне не отчетливо, инфантильно. Смерть представляется в виде желательного длительного сна, отдыха от невзгод, способа попасть в иной мир, так же она видится средством наказать обидчиков.

Характерные черты детского и подросткового суицидов:

1. Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, учебной группе).
2. Конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.
3. Суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение.
4. Суицидальное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику».
5. Суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманного плана совершения суицида, взвешенного выбора места и времени совершения суицида.
6. Средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2–3 этажа, малотоксические вещества, тонкая веревка и т. п.).

Признаки, повышающие вероятность суицидальной попытки у подростка:

1. Нарушения сна, потеря аппетита, апатия.
2. Склонность к уединению и отчуждению.
3. Тяжёлые утраты, потери, близких, друзей, несчастная любовь.
4. Серьёзные конфликты в учебном заведении или семье.
5. Побег из дома.
6. Резкие изменения во внешности и поведении.
7. Злоупотребление алкоголем или наркотиками.
8. Разговоры о смерти, записки о самоубийстве, рисунки в черном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя.
9. Интерес к литературе религиозно-мистического или философского характера, рассуждения о смысле жизни и её ценности.

10. Чувство безнадежности, тревоги, снижение настроения, плач без причины.
11. Утрата интереса к любимым занятиям.
12. Членство в какой-либо группировке или религиозной секте.
13. Наличие свободного доступа к огнестрельному оружию, ядовитым веществам, сильнодействующим лекарственным средствам.
14. Увлечение азартными играми.

Возрастная динамика отношения к смерти. Психологический смысл детского, подросткового и юношеского суицида – просьба о помощи, стремление привлечь внимание к своему положению. Истинного желания умереть у детей нет, а представление о смерти крайне неотчетливо и инфантильно. У детей всех возрастных категорий существует представление о смерти как о желательном длительном сне, отдыхе от невзгод, способе попасть в иной мир, средстве наказать обидчиков.

Дети-суициденты 6–7 лет представляли смерть как «иное существование». Собственная смерть им кажется глубоким сном, смерть близких – длительным отсутствием. Дети убеждены, что смерть имеет свой конец и когда она закончится, жизнь начнется снова, без прежних трудностей. Дети не испытывают страха перед суицидом.

Дети более старшего возраста (10–12 лет) понимают, что смерть это исчезновение навсегда, но у них нет понимания, что смерть есть конец жизни. Дети этого возраста убеждены, что суицидальной попыткой они устроят себя из тяжелой ситуации, накажут себя или своих близких на какое-то время, но не навсегда.

В подростковом и юношеском возрасте возникает философский интерес к теме смерти, размышление о смысле жизни. Следует отметить, что это характерно не для всех подростков.

Аутодеструктивные поведенческие паттерны в подростковом возрасте

Будь осторожен, как слезинка на веке, –
ибо от смерти тебя отделяет всего один шаг.

(Надпись таджикском языке на горной
тропинке, на скале, повисшей над пропастью,
в Горной Бухаре (Памир).

*В. В. Бианки «Записная книжка» [около
1935 года]*

В специфике аутодеструктивных поведенческих паттернов, характерных для подросткового возраста, выделяют две разновидности поведенческих реакций: саморазрушающее и самоповреждающее поведение. Несмотря на то что многие авторы отождествляют саморазрушающее и самоповреждающее поведение, и фактически ставят между ними знак равенства (Валентик Ю. В. И др., 2004; Зуркарнеева З. Л., Менделевич Д. М., 2004; Красильников Г. Т., Мартьянова Е. В., 2004; Стрельник С. Н., 2004), между этими типами поведения существует значительное различие (Андронникова О. О., 2009).

Саморазрушающее поведение – аутодеструктивное поведение, для которого свойственно совершение опасных для жизни действий, не связанных с осознанными представлениями о собственной смерти. Это широкий спектр аутодеструктивной активности, которая включает в себя действия прямо или косвенно приводящие к причинению ущерба личности (курение табака, употребление алкоголя или наркотических веществ, склонность к риску, азартные игры, хулиганские действия, провокация уличных драк, дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев), но не осознаются как таковые. Достаточно часто эти действия носят провоцирующий характер, то есть представляют собой активность, связанную с причинением ущерба личности в результате осознанной или неосознанной провокации окружающих. По своему содержанию это активность, примыкающая к суицидальной сфере, но таковой не являющаяся.

Самоповреждающее поведение – поведение, связанное с преднамеренным причинением ущерба собственному телу, без желания прекращения жизни. А. А. Зайченко (2007) выделяет следующий пе-

речень поведенческих реакций связанных в первую очередь с причинением вреда телу посредством:

1. Нарушения пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия).
2. Нанесение татуировок.
3. Пирсинг.
4. Ряд специфических навязчивых действий (разрушение ногтей и околоногтевых валиков, обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, касание губ, щипание кожи, вывихив суставов пальцев, кусание рук и других частей тела, царапанье кожи, вырывание волос).
5. Расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен.
6. Самопорезы.
7. Перфорация частей тела с введением в отверстие раневого канала инородных предметов.
8. Удары кулаком (или головой) о предметы и самоизбиение.
9. Уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.).
10. Самоожоги.
11. Неполное самоудушение.
12. Злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения).
13. Глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок.

Несмотря на значительные различия саморазрушающего и самоповреждающего поведения, и то и другое поведение связаны с аутодеструктивным паттерном.

Рассматривая основные теоретические подходы к аутодеструктивному поведению, необходимо отметить классификации Ц. П. Короленко, Т. А. Донских (1990). Авторы, анализируя поведенческие девиации, выделяют две группы: нестандартное и деструктивное поведение.

Нестандартное поведение (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990) имеет форму нового мышления или идей, а так же действий, выходящих за рамки социальных поведенческих стереотипов (например, деятельность революционеров, оппозиционеров, новаторов).

Деструктивное поведение (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990) имеет две формы:

1. Внешнедеструктивное поведение, направленное на нарушения социальных норм.

2. Внутридеструктивное поведение, направленное на дезинтеграцию самой личности, ее регресс. Направление деструкции зависит от преобладающей цели. В группе внутридеструктивного поведения выделяют суицидное, конформистское, нарциссическое, фанатическое и аутическое поведение. Аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение обозначается как поведение, отклоняющееся от медико-психологической и социальной норм, угрожающее целостности и развитию самой личности. Рассматриваются следующие формы поведения: суицидальное поведение, пищевая или химическая зависимость, фанатическое поведение, аутическое поведение, деятельность с выраженным риском для жизни (экстремальные виды спорта, существенное превышение скорости при езде на автомобиле и др.).

А. Г. Амбрумова, Е. Г. Трайнина, Н. А. Ратинова (1990) рассматривают подобные типы поведения через феномен агрессии и выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения:

- Суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни.
- Суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению.
- Несуицидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть (или заведомо неопасные для жизни).

Н. Фейберу впервые описал и систематически исследовал различные формы саморазрушающего поведения, которые не относились к суицидальным. К ним отнесены такие поведенческие реакции как:

1. Злоупотребление различными психоактивными веществами, включая наркотики, алкоголь и табак.
2. Соматические болезни (заболевание сердца, травмы позвоночника, при которых пациенты не соблюдают назначенного лечения и нарушают режим).
3. Проституция, делинквентное поведение, преступные деяния, которые опасны возможностью краха личности.

4. Виды спорта, связанные с риском (например, прыжки с парашютом, в воду с большой высоты). Такое поведение Э. Дюркгейм еще в 1897 году назвал «символическим суицидом».

Позднее все типы поведения, которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти, стали классифицироваться как саморазрушающее поведение. П. И. Сидоров, А. В. Парняков в своей работе «Введение в клиническую психологию» (2000) данные типы поведения называют непрямым суицидом, признаком которого является отсутствие полного осознания своих поступков в направлении смерти, отрицание суицидальной тенденции.

Все перечисленные формы деструктивного поведения приводят к ухудшению качества жизни, снижению критичности к своему поведению, когнитивным искажениям (восприятия и понимания происходящего), снижению самооценки и эмоциональным нарушениям. По мнению О. О. Андронниковой (2009), вышеперечисленные формы поведения можно объединить по ключевому признаку причинения ущерба самой личности в самоповреждающее виктимное поведение, однако суицидальное поведение, связанное с осознанием действий в направлении окончания жизни, следует отнести к особой категории.

Собственно суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни (Тихоненко В. А., 1978).

А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко (1980) в методических рекомендациях выделяют внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, включающие:

- Внутренние формы – суицидальные мысли; суицидальные представления; суицидальные переживания; суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения;
- Внешние формы – суицидальные попытки и завершённые суициды.

Важным фактором, непосредственно включенным в структуру суицидального поведения, является наличие суицидальной установки. Суицидальные мысли представляют когнитивный аспект суицидальной установки, связаны с начальным этапом суицидального процесса и относятся, по мнению ряда авторов (Pawsey R., Krupinska O., 1994) к факторам риска самоубийства. По некоторым данным (Яворский А. А., 1991; Панченко Е. А., 2003), формирование суицидальных

установок, антивитальных переживаний и возникновение суицидальных мыслей в большинстве случаев происходит в возрасте 14–15 лет. При этом некоторыми авторами (Войцех В. Ф., 2003) личностный конфликт при фрустрации базовых потребностей в начальном периоде суицидогенеза признается более значимым, чем наличие психосоциальных стрессоров.

Внутренние и внешние формы суицидального поведения подчинены общим закономерностям строения человеческой предметной деятельности (Выготский Л. С., Леонтьев А. Н.). Психологический анализ ее «макроструктуры» выделяет, во-первых, отдельные деятельности – по критерию побуждающих их мотивов, во-вторых, – действия, подчиняющиеся сознательным целям, и, в-третьих, – операции, которые непосредственно зависят от задач, т. е. условий достижения конкретных целей.

Благодаря отношениям, складывающимся между целью и мотивом, формируется личностный смысл – существенная характеристика сознания и личности.

В соответствии со структурой деятельности суицид можно рассматривать как действие, подчиненное конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом. Иными словами, суицидальные действия в подавляющем большинстве случаев «обслуживают» иную «вышестоящую» потребность. Цель суицида и мотив деятельности, в состав которой он включен, не совпадают, а их отношение (цели к мотиву) составляет личностный смысл самоубийства для субъекта (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Любой вид деятельности – это сложный процесс, в который включаются и используются все психические процессы и свойства личности. Деятельностный подход к рассмотрению суицидальной активности позволяет предположить, что, как и всякая другая деятельность, суицидальная активность будет находиться в тесной зависимости от целого ряда компонентов, опосредующих специфику и характер деятельности. Это характерологические и личностные особенности, эмоционально-волевые компоненты и т. д.

Рассматривая особенности подросткового суицидального поведения, как наиболее значимо опосредующие специфику деятельного акта, необходимо учитывать такие характерные возрасту проявления, как эмоциональные расстройства (депрессия), волевые расстройства, акцентуации характера.

Акцентуации характера (понятие введено Карлом Леонгардом) – чрезмерное усиление и выраженность отдельных черт характера или их сочетания, проявляемые в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. Различные комбинации чрезмерно усиленных черт дают различные типы акцентуаций.

Анализ литературных источников (Личко А. Е., 1982, 1999; Андронникова О. О., 2009) позволяет сделать вывод, что разные типы акцентуированных характеров проявляют склонность к разным формам суицидального поведения.

Для подростков с гипертимным типом акцентуаций склонность к суицидальному поведению не характерна. Подростки этого типа не наносят себе ни физический, ни социально-психологический ущерб. Они, скорее, склонны к саморазрушающему виктимному поведению: тяга к риску, новым впечатлениям, острым ощущениям.

У подростков с циклоидным типом акцентуаций возможность суицида зависит от фазы. В субдепрессивной фазе для циклоидного типа акцентуаций характерно суицидальное поведение. Суицидальные попытки совершаются обычно в стрессовой ситуации на высоте аффекта.

Эмоционально-лабильные подростки склонны к суицидальному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют (в тот же день). Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности пережить данное событие. Они ищут эмоциональные связи и поддержку у друзей и близких. Эмоциональное отвержение, потеря поддержки значимых людей, например родителей, толкает подростков эмоционально-лабильного типа к суицидальным попыткам.

Уязвимым звеном в характере подростка сенситивного типа акцентуаций является чувство собственной неполноценности. Такие подростки зависят от окружающих, нуждаются в их добром отношении, поддержке и оценке. Недоброжелательность окружения, несправедливые обвинения, предательство друзей и возлюбленных, насмешки или подозрения легко приводят к развитию реактивной депрессии. Сенситивные подростки не делятся своими переживаниями, накапливая, аккумулируя чувство вины за свою неполноценность, постепенно приходя к мысли о невозможности и бессмысленности своего существования. Незаметно для окружающих у них вызревают

суицидальные намерения, которые реализуются неожиданно для всех.

Подростки с психастеническим и шизоидным типами акцентуации к суицидам не предрасположены. Для подростков с шизоидной акцентуацией свойственно больше агрессивное или саморазрушающее виктимное поведение, которое облегчает неформальные контакты со сверстниками.

Эпилептоидный тип акцентуации предопределяет риск самоубийств. Истинные суициды встречаются у эпилептоидных психопатов. При акцентуациях характерна демонстративная форма суицидального поведения. Мотивом служит желание причинить обидчику вред, напугать кого-то, добиваясь своих целей. Но демонстративные по форме намерения при сильной аффектации эпилептоидов могут стать неконтролируемыми и обернуться трагически. Аффективные реакции эпилептоидов чаще всего агрессивны, если подросток остается в одиночестве, в безвыходной ситуации, то агрессия может быть направлена на себя. Характерны порезы, самоповреждения горящими предметами как проявление мазохистических тенденций эпилептоидов.

Главной чертой истероидного характера является демонстративность, что обуславливает склонность к суицидальному шантажу у подростков данного типа акцентуаций. Подросток стремится произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать, но главное – привлечь к себе внимание, добиться желаемого. Демонстративность суицида может обернуться реальным самоубийством из-за несчастного случая. Желание выделиться приводит к неверному расчету усилий или последствий поступка.

При неустойчивом типе акцентуаций характерными являются слабость волевой сферы в организации поведения и гедонистическая направленность подростка. Риску суицида отсутствует.

По данным А. Е. Личко (1999), распределение типов характера связано с типами суицидального поведения. При демонстративном суицидальном поведении преобладали подростки истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов (50 %), 32 % – эпилептоиды и эпилептоидно-истероидного типа. 18 % составляли подростки всех остальных типов, причем шизоидов, циклоидов и сенситивных подростков при демонстративном типе вообще не встречалось. При аффективном типе суицидального поведения основную группу составляли подростки с лабильным и лабильно-

истероидными типами (37 %), другие варианты истероидного типа – 23 %, сенситивный и конформно-неустойчивые типы – по 18 % и только 4 % – эпилептоидный тип характера. Истинные суициды были характерны для сенситивного (63 %) и циклоидного (25 %) типов. Для подростков шизоидного типа свойственна чрезвычайно низкая выраженность суицидального поведения в подростковом возрасте.

Вторым компонентом детерминации суицидального поведения выступают волевые расстройства (Андронникова О. О., 2009). Воля – способность к выбору деятельности и к внутренним усилиям, необходимым для ее осуществления. Осуществляя волевое воздействие, человек противостоит власти непосредственно испытываемых потребностей, импульсивных желаний. Для волевого акта характерно не переживание «я хочу», а переживание «надо», «я должен», осознание ценностной характеристики цели действия. Волевое поведение включает принятие решения, часто сопровождающееся борьбой мотивов (акт выбора) и его реализацию (Пережогин Л. О., 2001).

Расстройства воли – большая группа психопатологических феноменов. Они выражаются в нарушении способности к деятельности, патологических, извращенных потребностях, нарушении представления о конечных результатах, нарушении контроля за деятельностью, нарушении проецирования процессов в сознании. Волевые расстройства наблюдаются при различных патологических состояниях, как правило, являясь одним из многих элементов наблюдаемой клинической картины. В то же время любое действие индивидуума является непосредственным воплощением в реальность его волевых актов (Пережогин Л. О., 2001).

По мнению многих авторов, одним из наиболее часто встречающихся факторов, способствующих совершению суицидальной попытки, является развитие депрессивного синдрома. Депрессия (от лат. *depressio* – подавление) – аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Типичны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями сочетаются с чувством бесперспектив-

ности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое, как кажется, течет мучительно долго. В состоянии депрессии отмечаются замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; это приводит к резкому падению продуктивности. В тяжелых длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства.

Необходимо отметить, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности человека, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к потере социального статуса.

В соответствии с клиническими особенностями аффективных синдромов определялись основные типы депрессий:

- Простые – меланхолические, тревожные, апатические.
- Сложные – депрессии с навязчивостями, с бредом.

Среди классических признаков депрессии выделяют: чувство витальной тоски, первичное чувство вины, суицидальные проявления, нарушение суточного ритма.

В структуру депрессивного паттерна часто входят суицидальные мысли – желание умереть с идеями бессмысленности существования, желательности несчастного случая со смертельным исходом или намерение покончить с собой. Данные проявления могут приобретать характер навязчивых представлений или непреодолимого влечения, упорного стремления к самоубийству (суицидомания).

Таким образом, суицид в подростковом возрасте в большинстве случаев обусловлен наличием аутодеструктивных поведенческих паттернов.

Распространенность суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте

- А что случилось с солнцем?
- Оно состарилось. Скоро умрет. Мы здесь бессильны – что ты, что я.
- Почему так быстро?
- Нет, не быстро. Пока ты шел через колодец, прошло полтора миллиарда лет. Время летит, как стрела – у вас ведь так говорят? Колодец, в который ты спустился, прорыт вдоль искривленного времени. Мы можем путешествовать по нему. От зарождения Вселенной – и до ее конца. Поэтому для нас нет ни рождения, ни смерти. Только Ветер.
- Ответь мне на один вопрос.
- С удовольствием.
- Чему ты учился?

Ветер захохотал, и весь воздух мелко затрясся. А потом поверхность Марса снова окутала вечная тишина. Парень достал из кармана пистолет, приложил дулом к виску и нажал на спусковой крючок.

Д Хартфильд «Марсианские колодцы».

Суицид является трагическим событием в жизни индивида и негативным явлением в жизни общества. Эта проблема особенно затрагивает представителей наиболее продуктивного и трудоспособного возраста. Значимость проблемы самоубийств стимулирует развитие суицидологических исследований во всем мире. Определенным препятствием для эпидемиологов являются отличающиеся критерии, применяемые исследователями отдельных стран для определения возрастных границ. Разнообразие подходов к определению подростково-юношеского возраста имеет довольно большой размах. Так, например, N. Garnefski & R. F. W. Diekstra исследуют подростков 12–19-летнего возраста, P. M. Lewinsohn пользуется рамками 14–18 лет, U. Bille-Brahe & A. Schmidtke расширяют границы до 15–24 лет. В современной мировой литературе часто встречаются такие термины, как «детство», «подростковый возраст», «юношеский возраст» «молодость». Ряд работ включает в себя исследования суицидального поведения представителей различных учебных заведений – школ, кол-

леджей, университетов. М. Н. Михайлова отмечает, что 11 % студентов имеют мысли о нежелании жить различной степени выраженности, а 10 % совершали суицидальные попытки. Другим препятствием для проведения эпидемиологических исследований являются различия в организации и критериях констатации суицида. Так, в во многих странах самоубийство констатируют разные должностные лица, например, судебный врач, владелец похоронного бюро, прокурор и т. д.

S. Platt et al. определили процент самоубийств среди европейской молодежи 15–24 лет. Предметом анализа послужили эпидемиологические показатели тринадцати европейских государств по данной проблеме. Характерной закономерностью оказалось заметное преобладание фатальных суицидов у лиц мужского пола. Наиболее неблагоприятной страной в этом отношении является Финляндия, где показатель смертности соответствует 37/100 тыс. населения. Также высокий уровень самоубийств у молодых людей в Швейцарии – 34/100 тыс., Австрии – 31/100 тыс., Венгрии – 27/100 тыс., Норвегии – 24/100 тыс. и Германии – 21/100 тыс. Умеренными выглядят показатели Франции и Швеции, где смертность составляет 17/100 тыс., а также Дании – 16/100 тыс. Низкий уровень суицидальности среди молодых людей выявлен в Нидерландах – 10/100 тыс., Великобритании – 9/100 тыс., Италии – 7/100 тыс., Испании – 6/100 тыс. У молодых представительниц этих же стран смертность от суицидов гораздо ниже. В Венгрии она составляет 9/100 тыс., Австрии – 8/100 тыс., Швейцарии – 7/100 тыс., Германии, Финляндии и Швеции – 6/100 тыс., Дании, Норвегии и Франции – 5/100 тыс., Нидерландах – 4/100 тыс. Самыми благополучными странами по уровню смертности от самоубийств у молодых женщин, также как и у мужчин, являются Италия, Великобритания и Испания, где этот показатель составил 3/100 тыс., 2/100 тыс., 1/100 тыс. соответственно.

В России публикация статистики суицидальных действий, закрытая более 60 лет, была восстановлена только в 1989 году. За последние несколько лет отмечается неуклонный рост числа самоубийств и суицидальных попыток, что связано с условиями социально-экономического и политического кризиса. В 1990 году показатель самоубийств был 26,5 на 100 тыс. населения, а к 1993–1994 годам эти цифры увеличились до 38 суицидов на 100 тыс. населения. За последние 5 лет частота самоубийств у мужчин увеличилась в 1,7 раза, а у женщин – в 1,3. В то же время Д. Б. Анискин указывает на тен-

денцию к «омоложению» суицида и увеличение коэффициента вариабельности самоубийств в разных регионах страны. Однако рост суицидальности в настоящее время прослеживается во всех этнических группах. Так, в Республике Коми удельный вес суицидов среди лиц, не достигших 20 лет, невелик, а подавляющее их количество приходится на средний возраст, причем среди представителей финно-угорской группы этот показатель в последние годы неуклонно приближается к угрожающей цифре – 100 суицидов на 100 тыс. населения. В Удмуртии самоубийства подростков 15–18 лет с 1992 по 1995 год увеличились с 20,1 до 42,7 на 100 тыс. Причем у юношей этот показатель составляет 67,5/100 тыс., а у девушек – 17,3/100 тыс. В Кемеровской области ситуация менее угрожающая, но тем не менее суицидальность молодежи достаточно высока: 45,9/100 тыс. у мужчин и 10,4/100 тыс. у женщин.

По данным О. В. Сидорюк и Л. А. Прониной, несмотря на то что 28,5 % обследованных детей и подростков считают для себя недопустимым самоубийство даже в очень тяжелых жизненных условиях, 15,5 % не исключают возможность суицида, а иногда и одобряют его как форму выхода из неразрешимой ситуации. Приведенные данные свидетельствуют о достаточно высокой суицидальной готовности подрастающего поколения.

В последние годы, особенно у обучающейся молодежи, обозначился рост психопатологических состояний, сопровождающихся антивитальными переживаниями. В этой категории наметилась тенденция к реализации суицидальных побуждений в неблагоприятных ситуациях, например, во время адаптации к военной службе. Среди психически больных в возрасте до 20 лет от суицида погибает 2,9 %, от 20 до 30 лет – 10 %.

Описывая типичные для представителей различных этносов способы самоубийства: японцев – колото-резаные ранения, жителей некоторых стран Средней Азии и Африки – самосожжения, Сингапура – падения с высоты, Америки – самострелы, А. И. Лазебник приводит следующие данные о соотношении способов суицидов детей и подростков, проживающих в Удмуртии: самоповешения составляют 81,9 %, отравления – 9,5 %, самострелы – 2,9 %, падения с высоты – 1,9 %, утопления – 0,9 %. Наиболее частыми способами ухода из жизни у мужчин всех возрастов являются механические или сильные травматические приемы, такие как самоповешения, самострелы, автодорожные столкновения; женщины чаще используют отравления. В по-

следние годы отмечается рост самоубийств путем падения с высоты. Также учащаются суицидальные действия лиц, пребывающих под действием психоактивных веществ. Среди молодых мужчин, избравших в качестве способа суицида самоповешение, удельный вес лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, составляет 63,8 %, среди отравившихся – 36,4 %, на другие способы приходится 29,4 %.

Наряду с нарастанием фатальных суицидов среди молодежи, отмечается увеличение количества суицидальных попыток. Изучению этого феномена благоприятствует процесс интеграции исследователей, работающих в этой области. Так, U. Bille-Brahe & A. Schmidtke, основываясь на данных своих коллег, провели анализ распространенности суицидальных попыток в возрастной группе 15–24 лет в 16 крупнейших городах Европы с 1989 по 1992 годы. Практически во всех этих центрах отмечается количественное преобладание попыток расстаться с жизнью у лиц женского пола. Так, в частности, в Оксфорде в 1990 году этот показатель достиг 553 случая на 100 тыс. населения. K. Hawton et al. сравнивая эти данные с количеством суицидальных попыток у студенток Оксфордского университета – 269/100 тыс., объясняют столь значимое различие более высоким социально-экономическим состоянием учащейся молодежи. Обращает на себя внимание высокий уровень парасуицидов у молодых представительниц Бордо и Хельсинки – свыше 400 на 100 тыс. населения. В самых благополучных городах по этим показателям – Падуя, Инсбрук и др. число суицидальных попыток несколько превышает 100/100 тыс. Молодые мужчины пытаются расстаться с жизнью реже. Однако в Хельсинки количество суицидальных попыток у молодых мужчин и молодых женщин примерно одинаково. В Оксфорде этот показатель составляет 328 на 100 тыс. населения. Отмечается традиционно низкий удельный вес суицидальности на юге Европы. Так, в итальянском городе Падуя в 1990 году у молодых людей было отмечено 44 попытки на 100 тысяч населения. Анализируя изменения эпидемиологических показателей суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте у европейцев U. Bille-Brahe et al., A. Schmidtke et al. указывают на уменьшение суицидальных попыток с 1989 по 1992 годы, что, вероятно, связано с ростом количества самоубийств.

Африканский континент менее изучен в этом отношении. Хотя он представляет определенный интерес для суицидологов, в силу разнообразия политических, экономических, этнических, культураль-

ных, социальных и религиозных особенностей государств данного региона. В. И. Петров приводя пример двух отличающихся по перечисленным характеристикам стран: Бурунди – относительно небольшое государство в центральной Африке с католическим вероисповеданием большинства граждан, проживающих в ней, и Алжир – исламское государство, находящееся в Северной Африке, указывает на низкий удельный вес суицидальных тенденций и попыток в этих странах.

В США у подростков суицидальное поведение стало обычным явлением. С 1950-го по конец 1980-х годов число суицидов возросло в 3 раза. Почти 5 тысяч подростков ежегодно умирает от самоубийств, причем эта цифра может быть значительно выше, так как вероятно, что некоторые суицидальные акты официально зарегистрированы как «несчастные случаи» или приписаны к другим причинам смерти. Среди выборочно обследованной молодежи от 13 до 19 лет 5–6 % совершали суицидальную попытку, 12–15 % были близки к ней и приблизительно 60 % лично знали подростков, пытавшихся покончить жизнь самоубийством. Кроме того, более 50 % сообщили о периодических суицидальных мыслях. Другие исследования говорят о наличии преходящих суицидальных мыслей у большего числа подростков. Данные психологической аутопсии суицидентов показывают, что 20 % мужчин и 30 % женщин совершали предыдущую попытку самоубийства, 85 % имели суицидальные мысли, 55 % угрожали самоубийством, 70 % употребляли алкоголь и наркотики, столько же совершали противоправные действия, 65 % были замкнутыми.

В Российской Федерации за последние годы отмечается рост аутоагрессивных действий в целом и суицидальных попыток у молодежи, в частности. И. В. Фисник, М. А. Лапицкий и С. В. Ваулин отмечают преобладание суицидальных попыток у молодых женщин над таковыми у мужчин в соотношении 4/1. На это же указывают А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова, а также приводят процент подростково-юношеских суицидов от общего количества – 4 %. С. В. Ваулин, анализируя суицидальность в г. Смоленске за 1994 год, обращает внимание на то, что суицидальные попытки в возрасте до 14 лет встречаются только у девочек. По данным Н. П. Кокориной с соавт., среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1 % составляют школьники и студенты.

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения в данной возрастной группе большинство исследователей выделяют

такие переживания, как обиды, одиночество, отчужденность, утрата родителей, их развод или уход из семьи одного из родителей, неразделенная любовь, ревность, чувство вины, оскорбленного самолюбия, страх наказания, желание отомстить, злоба, сексуальные эксцессы, подражание.

Большинство совершающих суицидальные действия осуществляют их при незначительном временном разрыве от начала формирования суицидальных мыслей.

Самым частым способом попытки самоубийства является отравление лекарствами – 68 %, самоповреждения составляют 28 %, отравления веществами бытовой химии – 2 %, газом – 1 %, уксусной эссенцией – 1 %. Такая тенденция, скорее всего, объясняется доступностью различных химических веществ, в частности лекарственных препаратов – 90 % случаев отравлений. Наиболее тяжелыми формами отравлений являются трициклические антидепрессанты, обладающие выраженным кардиотоксическим эффектом, а также лепонекс – препарат с длительной токсикогенной фазой и некоторые другие. Определенную опасность для жизни представляет полимедикаментозное отравление, когда имеют место полиморфная симптоматика интоксикации и потенцирование эффектов препаратов. Среди предметов бытовой химии чаще всего используются уксусная кислота, фосфорорганические инсектициды (карбофос, хлорофос). В таких случаях летальность способа высока, выражены неблагоприятные последствия для соматической системы выжившего подростка, в первую очередь пищеварительного тракта. Менее распространен такой brutальный способ суицидальных попыток, как самосожжение, частота которого в подростково-юношеской популяции г. Москвы составляет 0,2/100 тыс. населения: для мужчин – 0,3/100 тыс.; для женщин – 0,1/100 тыс.

Факторы, влияющие на суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте

Новелла про ветер по своему стилю очень похожа на стиль Рэя Брэдбери. Прямо фрагмент «Марсианских хроник».

И, мне кажется, что в этой новелле нет трагедии, а есть в ней идея вечного покоя. Парень, герой новеллы, устал от жизни, довольно ему бродяжничать по космосу. В конце концов, он же искал смерти, и его спуск в таинственный колодец, на глубину около километра – это же скрытый суицид. Да и жаловаться ему не на что – его жизнь и так была достаточно длинна. Он ждал развязки полтора миллиарда лет.

Комментарии П. В. Иванченко к новелле из книги Харуки Мураками «Слушай песню ветра» [2006]

Предупреждение возникновения и распространения суицидального поведения возможно лишь при детальном и всестороннем изучении этого явления во всем его многообразии и полноте. Возрастной аспект исследований в этой области является одним из важных, так как суицидальное поведение в каждой возрастной группе обусловлено различными причинами. В настоящее время широко известно, что на его формирование и проявления в подростково-юношеском возрасте оказывают влияние многочисленные биопсихосоциальные факторы. Необходимость изучения и поиска путей устранения факторов риска или ослабления степени их негативного влияния вытекает из принципа профилактики психических заболеваний, являющегося ведущим в системах здравоохранения большинства развитых стран мира. Профилактические тенденции современной медицины имеют особое значение для психиатрии подросткового возраста, с которого собственно и начинается профилактика многих психических заболеваний, а также различных проявлений суицидального поведения.

К демографическим факторам, влияющим на суицидальность, относятся возраст, пол, расовая и религиозная принадлежность, секулярный тренд (эпохальная тенденция). Установление статистических корреляций между этими параметрами и частотой самоубийств явля-

ется основной задачей социально-демографического анализа причин суицидального поведения. Возрастной промежуток между 15 и 24 годами является пиковым в отношении суицидальных попыток у представителей обоих полов. В то же время для завершеного самоубийства этот пик приходится на пожилой возраст. Суициды у мужчин в возрастной группе 15–19 лет численно преобладают над таковыми у представительниц женского пола приблизительно в 4 раза. Чаще всего молодые люди прибегают к жестким (наиболее летальным) способам суицида – огнестрельные ранения, самоповешения. Женщины, совершающие в этом возрасте суицидальные попытки, используют в основном отравления различными лекарственными препаратами. Широко известно, что высокими показателями суицидальности отличаются представители финно-угорской группы. Для народов юга Европы, в частности государств романской группы языков, характерны низкие цифры самоубийств и суицидальных попыток. В Северной Америке от самоубийств в молодом возрасте чаще всего умирают белые американцы, немного реже – негры. Ниже смертность от суицидов отмечается у негритянок. По мнению J. C. Smith et al. (1986), S. B. Sorenson & J. M. Golding (1988), W. A. Vega et al. (1993), в испаноязычной популяции США коэффициент суицидальности несколько ниже, чем у представителей «черной и белой Америки». Троекратное увеличение самоубийств в подростково-юношеском возрасте с 1950 по 1980 годы, произошло в значительной степени из-за их роста у мужчин. С начала 80-х годов эти показатели стабилизировались и в настоящее время достигают 13 на 100 тыс. населения. Привести однозначное объяснение этого феномена весьма непросто. Видимо, речь идет о сложном комплексе причин, обстоятельств и нюансов, преломляющихся и сложно опосредующихся личностью самоубийцы. Одним из важнейших факторов в этом отношении является вероисповедание, и хотя в современной литературе религиозная принадлежность суицидальных подростков практически не обсуждается, можно предположить, что закономерности общей популяции распространяются и на данную возрастную группу. Влияние религии на суицидальное поведение прослеживается на протяжении многих веков. Ряд актов самоубийства описывается в Библии. Как писал классик мировой социологии Е. Durkheim (1897), достоверно изучить степень влияния принадлежности к той или иной конфессии можно только внутри одного общества. Такое влияние, по всей видимости, наиболее отчетливо прослеживается у представителей более ортодоксальных

вероисповеданий. В некоторых исследованиях показано преобладание суицидальности у индуистов над мусульманами в традиционных местах проживания. Эта тенденция характерна и для мигрантов. Анализируя истоки таких различий, R. Nassan указывает на традиционные представления индуизма о том, что смерть ведет к возрождению в другой форме, а следовательно, более терпимое отношение к самоубийству. В противоположность этому Коран осуждает любые проявления аутоагрессии. Ряд авторов, в частности M. I. Solomon и C. P. Hellon, а также S. Stack, указывают на такие социально-психологические причины суицида, как нарастание безработицы, снижение доступа к внешним источникам повышения самооценки. D. Brent и D.J. Kolko связывают нарастание самоубийств с увеличением депрессии и токсикомании у молодежи, что говорит о вероятной причинной связи этих состояний.

Основными психосоциальными факторами риска суицидального поведения в рассматриваемой возрастной группе являются семейные отношения, жизненные стрессовые ситуации (микросоциальный конфликт), физическое или сексуальное насилие, травматический стресс, влияние некоторых форм молодежной культуры и средств массовой информации, отсутствие возможности самореализации, социальная незащищенность. Одними из важнейших условий комфортности в жизни молодых людей является семейное благополучие, наличие адекватных эмоциональных связей между родными. Подростки, пережившие изменение в составе их семей – смерть одного или обоих родителей, развод, появление отчима или мачехи, а также длительное отлучение, в том числе по причине лишения родительских прав, чаще прибегают к тем или иным формам суицидального поведения. В то же время Н. В. Конончук, изучая молодых женщин, страдающих депрессией, совершивших суицидальную попытку, не находит какого-либо изменения состава семей их родителей, а также других нарушений социально-психологического климата. Эти данные могут говорить о депрессии, как более серьезном причинном факторе развития суицидального поведения в данной возрастной группе, хотя это требует дополнительных подтверждений. У подростков, проживающих в семьях, где имеет место насилие в любых его проявлениях, в том числе физическое и сексуальное по отношению к ним, выше риск самоубийств и суицидальных попыток. Возможно, параллельно с насилием суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных, неблагополучных, конфликтных семей. Мотивы семейной дисфунк-

ции обнаруживаются более чем в 40 % случаев суицидов. В семьях, где есть больные депрессией, другими психическими заболеваниями, лица, совершавшие суицидальную попытку, или суицид, подростки чаще прибегают к суицидальным действиям. Стрессовые ситуации предрасполагают к развитию суицидальных мыслей у студентов колледжей, а сильный психологический стресс увеличивает риск суицидального поведения у школьников. Наиболее частыми стрессовыми факторами для подростков являются конфликты с родителями, потеря друга или подруги, переход в другой класс или другую школу, потеря родителя из-за развода или его смерти, смерть обоих родителей. Однако эти факторы не всегда способствуют развитию суицидального поведения, поэтому определять угрозу самоубийства для конкретного индивидуума, основываясь лишь на констатации наличия у него микросоциального стресса, без учета личностных особенностей подростка, не представляется обоснованным. По мнению Е. Шир, большинство суицидальных действий в таких случаях направлено не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими, что однако не снижает потенциальной опасности для жизни этих действий. Одним из психоэмоциональных стрессоров в юношеском возрасте, приводящих к развитию суицидального поведения, является нежелательная беременность. Причем во всех случаях травмирующим переживанием является не сама беременность, а отношение к происходящему родителей, родственников, неблагоприятная семейная обстановка – пьянство мужа, супружеская неверность. То есть собственно нежелательная беременность, вероятно, не является фактором риска суицидального поведения, а служит его видимым психологическим объяснением. Дети и подростки являются возрастной группой, наиболее часто подвергающейся различным формам насилия. По данным D.S. Lipschitz et al., 34 % молодых пациентов, совершивших суицидальную попытку, подвергались физическому, а 44 % сексуальному насилию. Такие подростки почти вдвое чаще совершают аутоагрессивные действия. На повышенный риск суицидального поведения после перенесенного насилия также указывают А. В. Елисеев, Е. М. Райзман, Т. И. Кадина, Н. Sansonnet-Hayden et al. В литературе последних лет обсуждается очевидность имитации в патогенезе суицидального поведения. Присутствие его различных проявлений в семье или у знакомых может оказывать прямое влияние на развитие имитации у данного пациента. Косвенное воздействие оказывают средства массовой информации, сообщающие

о реальных самоубийствах, суицидальных попытках, обсуждающие проблемы суицида, а также использование этого сюжета в художественных фильмах, литературных произведениях, песнях. S. Stack указывает на очевидность связи повышения количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации о фактах суицида знаменитостей, особенно политиков, киноактеров, звезд шоу-бизнеса. По мнению D. P. Phillips et al., уровень самоубийств не возрастает, если mass-media не ставят такую информацию на первый план. В некоторых исследованиях отмечается, что важную роль в возможных последствиях, в виде количества и качества суицидального поведения в популяции, играют форма подачи темы суицида, включая подробное описание, и сопутствующая информация. В то же время эпидемия сектантских самоубийств в США (ноябрь 1978 года), широко освещенная в средствах массовой информации, не повлекла за собой статистически значимого увеличения суицидальных действий. Программы превенции самоубийств, применяемые в школах США, оказались не только неэффективными, а в ряде случаев фактически увеличивали суицидальность среди учащихся, находившихся в группе повышенного риска. Иной точки зрения придерживаются К. J. Abbey et al., F. C. Nelson, A. Spirito et al., нашедшие положительные результаты применения этих программ. Таким образом, влияние информации по данной проблеме на возникновение имитации очевидно, но в какой мере это происходит – до сих пор достоверно не известно. J. T. Barter et al., F. E. Crumley, C. Tischler et al. указывают на связь возникновения суицидальных попыток у подростков с низким уровнем социальных контактов. Интенсивность и частота психологических проблем у них выше, чем у несуйцидальных психиатрических пациентов. К признакам нарушения социальной адаптации В. С. Чудновский и др. относят потерю социально направленных чувств, недоверие к близкому социальному кругу и социальным нормам, неконтактность, негативное отношение к требованиям общественной морали, конфликтность. Puig-Antich J. et al., указывают на четкую хронологическую взаимосвязь между нарушением социальных контактов, расстройствами настроения и самоубийством. Однако другие исследователи, в частности D. Brent et al., R. Kosky et al., использовавшие более глобальные критерии оценки социальной адаптации, не находят такой связи. G. Clum et al., D. Schotte & G. Clum, B. Yang & G. Clum поддерживают мнение, что психосоциальные стрессоры, лежащие на почве низких адаптационных возможностей и слабых копинг-механизмов, приво-

дят к развитию депрессии, чувства безнадежности и суицидальному поведению. R. L. Bonner & A. R. Rich, C. R. Pfeffer et al. предлагают рассматривать недостаточность или отсутствие социальной поддержки фактором риска суицида в подростковом возрасте, а сама она может становиться смягчающим фактором для индивидуума, подвергающегося действию психосоциальных стрессоров.

Среди психиатрических факторов риска в формировании суицидального поведения в современной литературе рассматриваются расстройства настроения, безысходность, предшествующая суицидальность, расстройства личности и поведения, злоупотребление психоактивными веществами, психотические состояния. Широко известна отчетливая связь между аффективными расстройствами и суицидальностью. Но большинство молодых людей, страдающих депрессией, все-таки не предпринимают попыток расстаться с жизнью и не погибают от суицида. В данном случае имеют значение сопряженные обстоятельства, влияющие как на проявления самой депрессии, так и на суицидальные составляющие. К таким факторам можно отнести безысходность, которая, например, у взрослых является более выраженным предиктором суицидального поведения, чем депрессия в целом. Влияние безысходности на возникновение мыслей о самоубийстве у подростков, госпитализированных в психиатрические стационары показано в исследовании J. R. Asarnow & D. Guthrie. Аналогичные результаты получили В. Yang & G. A. Clum, изучавшие такое влияние на примере студентов азиатского происхождения, обучавшихся в США. В то же время, M. Rotheram-Borus et al., получили противоположный результат, исследуя городскую популяцию молодых суициденток. Более сильным прогностически неблагоприятным фактором являются проявления суицидальности в анамнезе юных пациентов. Повторяющееся суицидальное поведение увеличивает риск самоубийства. Это особенно характерно для лиц, проходящих лечение в психиатрических стационарах и отделениях внебольничной помощи, среди которых оказываются не только страдающие депрессией, но и молодые люди с личностными и поведенческими расстройствами. Опыт клинициста позволяет с большой долей вероятности определять патохарактерологические черты еще в подростковом возрасте, поэтому современные исследователи, работающие в области подростковой психиатрии, не оставляют без внимания вторую ось диагностики, применяемую в стандарте DSM-IV, в частности в тех случаях, когда в их поле зрения попадают суицидальные подростки.

И хотя расстройства поведения, диагностируемые до пятнадцатилетнего возраста, не рассматриваются как личностные расстройства, подростки с такими нарушениями имеют большой риск стать впоследствии антисоциальными личностями. Данные психологической аутопсии, приводимые D. Shaffer et al., показывают, что диагноз «Расстройство поведения» является специфическим предиктором самоубийства для мужчин. А исследование A. Apter et al. выявило более высокую смертность от суицида у подростков с расстройствами поведения, чем у представителей той же возрастной группы, страдающих депрессией, хотя последние в силу своего душевного состояния испытывают гораздо большее угнетение. Нередко расстройства личности, поведения, депрессия коморбидны со злоупотреблением психоактивными веществами. В настоящее время имеется достаточно фактов, подтверждающих связь суицида с алкогольной, наркотической и другими видами зависимости.

Многие исследования подтверждают роль генетических факторов риска суицидального поведения. Близнецовый метод показывает преобладание проявлений суицидальности у монозиготных над дизиготными близнецами. Кроме того, приемные дети, у которых биологический родственник совершил суицид, гораздо чаще уходят из жизни подобным образом, чем лица, не имеющие таких родственных связей. Объяснением этому феномену может служить гипотеза утраты контроля над импульсивным поведением в семьях, выдвинутая S. Kety (1986). При анализе семей молодых самоубийц установлено, что среди родственников первой степени родства частота суицидов выше чем у остальных. В то же время, А. Г. Амбрумова (1983, 1986) считает, что истинной суицидальной наследственности не существует, наследуется не склонность к суициду, а психическое заболевание или расстройство, обуславливающее в структуре психопатологических проявлений суицидальное поведение в определенных социально-психологических кондициях, при которых возникает дезадаптация личности к социальной среде.

В последние годы актуальным становится изучение биологических факторов риска суицидальности, к которым можно отнести конституционально-биологические и нейробиологические. Среди множества публикаций в современной литературе, касающихся взрослой популяции, практически не встречаются работы с анализом онтогенетического аспекта биологии суицидальности, в том числе подростковой. Общая конституция интегрально объединяет совокупность со-

пряженных морфологических и функциональных, соматических и психических характеристик. Эти биотипологические характеристики складываются в онтогенезе в относительно стабильные и генетически детерминированные свойства реагирующего субстрата, которые на уровне целостности человеческой индивидуальности определяют норму реакции генотипических свойств индивида. Наследственно обусловленный способ реагирования индивида в ответ на эндогенные (генетические) и экзогенные (средовые) вредности маркируется его соматопсихическими особенностями. Дисгармонический генотип отличается мелкими отклонениями от нормы и пороками строения тканей, органов и систем (регионарные морфологические дисплазии), при множественности накопления которых формируются проявления соматопсихического дизонтогенеза, являющиеся патопластической почвой для формирования психических и поведенческих расстройств индивида, включая суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте. Среди множества объяснений нейробиологии суицидального поведения ведущее место занимает гипотеза нарушения нейротрансмиссии серотонина. В этой связи заслуживает внимание работа А. Roy (1992, 1994), проведенная на депрессивных пациентах с различными проявлениями суицидальности, где показан дисбаланс в центральном обмене дофамина. Немногочисленные данные по подросткам свидетельствуют о вовлечении серотониновой системы в генез суицидального поведения.

К другим факторам, оказывающим влияние на возникновение суицидальности, некоторые авторы относят аутодеструктивное поведение. А. Г. Амбрумова и Е. Г. Трайнина (1990) рассматривают проявления самонаправленной жестокости подростков в виде опасных для жизни поступков и увлечений, как эквивалент суицидальности. В то же время, Ю. В. Попов (1988, 1990, 1991), утверждает, что в основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем, а не подсознательное стремление к смерти.

Изменения геофизических природных показателей также могут оказывать влияние на суицидальное поведение. В. Чернявский (1996), зафиксировал увеличение в 2–3 раза числа суицидальных действий во время колебаний геомагнитной возмущенности. Некоторые исследователи указывают на возможность экологической детерминации суицидальных действий. Однако постановка такого вопроса является достаточно спорной в виду отсутствия в настоящее время репрезентативных сведений по данной тематике.

Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте

Он выпрыгнул из окна – ногами вперед. Он хотел закричать, но не смог, потому что сердце его разорвалось, как только тело ощутило под собой стремительную пустоту.

Ю. С. Семенов. «Семнадцать мгновений весны» [1968]

Одним из традиционных методов исследования в суицидологии является клиническое наблюдение. Большая часть подростков, кончающих свою жизнь самоубийством или совершающих суицидальные попытки, страдает тем или иным душевным расстройством. В этой связи клинико-психопатологическое обследование данной группы пациентов является базисным для подросткового психиатра. Точность диагностики тем более важна в свете развития психофармакологии, появления в арсенале врачей новых поколений психотропных средств, особенно избирательного действия.

Депрессия в юности является общепризнанным клиническим синдромом. Определение ее критериев, являясь одной из наиболее сложных проблем детской и подростковой психиатрии, служит стимулом для развития исследований в этой области с целью более точной диагностики и совершенствования терапевтической курации данных пациентов. Становление депрессивного синдрома наблюдается, как правило, лишь начиная с препубертатного возраста, при этом формирование тоскливого аффекта на данном возрастном этапе нередко сопровождается появлением своеобразного чувства малоценности, являющегося прообразом депрессивных идей самообвинения и самоуничтожения. М. Kovacs et al. проводили изучение нарушений адаптации с депрессивным настроением, большого депрессивного расстройства и дистимии на материале подростков от 8 до 13 лет. Купирование депрессии легче всего было достичь в случаях нарушения адаптации, тогда как дистимия поддавалась лечению значительно хуже. Диагностические критерии большой депрессии по DSM-IV для детей и подростков отличаются от критериев, используемых для взрослых. Они требуют наличия дисфории или выраженной ангедонии, по крайней мере, в течение 2 недель. Кроме того, 4 из 8 следующих особенностей должны присутствовать в это же время: повышение или понижение аппетита, бессонница или гиперсомния, двига-

тельная ажитация или заторможенность, ангедония, потеря энергии, самоупрек или чувство вины, трудность концентрации внимания и повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве. Помимо этого, депрессия в юности может проявляться поведенческими нарушениями в виде делинквентных поступков, рискованных действий, агрессии, насилия, употребления наркотиков, промискуитета, а токсикомания может быть наиболее очевидным симптомом депрессии. Е. М. Вроно указывает на то, что в среднем подростковом возрасте нередко приходится наблюдать депрессии, замаскированные проявлениями школьной фобии. Здесь психопатологическое состояние определяется нарастающей идеаторной заторможенностью, которая постепенно блокирует способность подростка осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти. А. С. Ломаченков, анализируя влияние возрастного фактора на проявления аффективных расстройств, указывал, что в подростковом возрасте депрессивный аффект еще мало выражен, а на первый план выступают ипохондрические и дереализационные переживания. В целом, аффективные нарушения в пубертатный период весьма лабильны, часто сопровождаются дисфорическим компонентом, капризностью. Ряд авторов (Олейчик И. В., 1997; Копейко Г. И., 1998) включают эти и другие проявления в симптомокомплекс так называемой юношеской астенической несостоятельности. Атипичный характер депрессий подросткового возраста затрудняет и отдаляет диагностику, а несвоевременное и неадекватное лечение ведет к утяжелению симптоматики, резистентности к терапии, появлению суицидальных тенденций. В то же время раннее и точное выявление и лечение депрессивных расстройств подростково-юношеского возраста может эффективно предотвращать не только суицидальное поведение, но и повторение депрессивных эпизодов. Некоторые авторы приводят наблюдения так называемых спонтанных ремиссий подростковых депрессий, однако данная возрастная особенность не исключает тяжести переносимой депрессии и суицидальных тенденций. В старшем подростковом возрасте клиническая картина депрессий чаще напоминает таковую у взрослых. По мнению Е. М. Вроно (1983, 1984), суицидоопасность депрессий в этом возрасте определяется наличием «сквозного синдрома тревоги». D. Shaffer et al. (1990), исследовавшие самоубийства у подростков в общей популяции, указывают на то, что 21 % мужчин и 50 % молодых женщин страдали большой депрессией, в контрольной группе несуйцидентов этот показатель достигал лишь 2 %. P. D. Trautman et

al. (1991) сообщают, что депрессия была диагностирована в 42 % случаев у девушек, совершивших суицидальную попытку в возрасте 12–17 лет. По данным К. Myers et al., (1991) у подростков, страдающих большой депрессией в возрасте 7-17 лет, суицидальный риск увеличивается при утяжелении депрессии, наличии импульсивности и нарушений поведения.

Особого внимания заслуживает работа G. Carlson et al., (1977, 1982) в которой говорится, что примерно в 20 % случаев биполярное расстройство настроения дебютирует до девятнадцатилетнего возраста. В этой связи необходимо отметить, что клинические симптомы мании в подростково-юношеском возрасте подобны таковым у взрослых и проявляются в виде сокращенной потребности в сне, раздражительности, чрезмерной расточительности, гиперсексуальности, увеличении двигательной активности, полете мыслей и бредовых идей (величия или преследования). Суицидальные мысли могут быть замаскированы как грандиозные фантазии. Например, попытка самоубийства в виде прыжка с высоты во время маниакального эпизода объяснялась бы больным как попытка полететь и не осознавалась как суицидальный акт. D. Shaffer et al. (1974, 1988) рассматривают молодых людей, страдающих биполярным расстройством, в группе высокого риска самоубийства. Мания у подростков часто расценивается психиатрами как социопатия или шизофрения. Она может включать в себя такие симптомы, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, суицидальные попытки, проблемы с учебой, философские размышления, обсессивно-компульсивные симптомы, соматические жалобы, раздражительность, переходящая часто в драки и другие анти-социальные поступки.

Дистимия – другое аффективное расстройство, которое нередко отмечается у молодых суицидентов. Клиническое представление о дистимии в подростково-юношеском возрасте включает в себя сниженное или раздражительное настроение в течение одного года (в отличие от дистимии у взрослых, когда для постановки такого диагноза необходимо наличие симптоматики не менее двух лет) и сопровождается по крайней мере двумя из следующих симптомов: снижение аппетита или переедание, инсомния или гиперсомния, низкая энергия, снижение самооценки, снижение способности к концентрации внимания или затруднения в принятии решений и чувство безнадежности. Начало дистимии менее ощутимо подростком, чем начало большой депрессии, и родители не всегда замечают подобное изменение в

состоянии ребенка. Ее особенностью может являться большая степень социальных нарушений, чем при других аффективных состояниях, в частности большой депрессии. В ряде случаев у этих подростков, также как и у взрослых, может наблюдаться феномен двойной депрессии – развитие большого депрессивного расстройства на фоне дистимии.

Токсикомания очень часто является способом спонтанного «самолечения» подростков, страдающих депрессией. При проведении психологической аутопсии 11–19-летних самоубийц M. Strober et al. (1988) установили, что расстройства настроения сопровождались злоупотреблением алкоголем или наркотиками, поведенческими нарушениями и другими психическими расстройствами в 76 % случаев, в контрольной группе этот показатель находился на уровне 24 %. M. J. Martunen et al. (1991) в аналогичном исследовании на материале 13–19-летних финляндских самоубийц показали что из двух третей подростков с аффективными нарушениями в виде депрессий половина обследованных злоупотребляли спиртным или страдали алкогольной зависимостью. В отечественной литературе также имеются сведения о связи роста числа самоубийств с увеличением злоупотребления спиртными напитками в населении. Необходимо отметить, что формирование психических и поведенческих нарушений вследствие злоупотребления алкоголем происходит быстрее у девушек с более ранним возрастом начала употребления спиртных напитков, что важно учитывать при проведении комплекса превентивных мероприятий суицидального поведения. Часть попыток самоубийства импульсивного характера совершается в алкогольном опьянении, особенно в вечернее время, чаще всего это самопорезы. А. Г. Амбрумова и Е. А. Чуркин (1980) указывают на то, что они возникают, как правило, на фоне дисфорического аффекта с мрачной тоской и злобным недовольством. Суицидальное поведение также может встречаться у лиц, страдающих тревожными расстройствами. R. Mattison фиксировал высокий уровень тревоги у подростков с теми или иными проявлениями суицидального поведения, а у молодых пациентов с тревожными расстройствами – суицидальные мысли. Подобно дистимии, тревожные расстройства могут иметь хроническое течение и маскироваться проявлениями других психопатологических состояний.

Обсессивно-компульсивное расстройство часто связано с глубокой изоляцией подростков, обусловленной смущением из-за собственных ритуальных действий, а также стеснением своих навязчивых

мыслей. Следовательно, подростки зачастую стыдятся и неохотно раскрывают симптомы своего состояния. Проявления обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков такие же, как и у взрослых, а именно: постоянные и повторяющиеся мысли, образы, импульсы и ритуалы. J. Rapoport et al. (1988) обследовав 9 детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, выявили у 6 из них суицидальные мысли. В. А. Гурьева с соавт. (1980, 1994) указывают на особую опасность для жизни подростка суицидальных мыслей и фантазий, принимающих компульсивный характер. Примерно 22 % подростков, совершающих суицидальные попытки, никогда ранее не наблюдались у психиатра, были полностью адаптированы в социальном и психологическом смысле. Ряд авторов полагают, что большинство суицидальных действий совершается психически здоровыми лицами в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Анализируя работы этих исследователей, Ю. И. Полищук (1993) утверждает, что психическое состояние пациентов в пресуицидальном периоде, а также во время совершения суицидальных действий в ряде случаев описано неполно в виду невозможности обследования пациентов непосредственно в момент суицидального акта, а в других наблюдениях уровень реакций выходит за рамки непатологического. Появление в пресуицидальном периоде выраженной тревоги, депрессии, диссомний и вегетативных нарушений говорит о трансформации симптоматики из аномальных личностных реакций в то или иное психическое расстройство. В большинстве случаев психопатологическая картина укладывается в рамки адаптационных реакций. Здесь острота развития суицидальных проявлений зависит от степени взаимодействия характерологических черт подростка, условий воспитания, содержания психогений, а также пубертатных психосоциальных и соматических сдвигов. Длительность, стойкость и серьезность суицидальных намерений, как правило, имеют неодинаковую степень выраженности. Способ покушения на самоубийство не является информативным в плане определения истинности этих намерений, а граница между истинным суицидальным и демонстративно-шантажным поведением подростка весьма условна. Невротические реакции детского и подросткового возрастов, по мнению В. А. Гурьевой, В. Я. Гиндикина, следует рассматривать в рамках формирующейся психопатии. Эти реакции авторы разделяют на два вида: активные формы, к числу которых наряду с различными формами взрыва аффекта, агрессией, рвотой,

относят суицидальные попытки; реакции пассивной оппозиции включают в себя неподчинение, уход в себя, мутизм и др.

И. С. Лазарашвили (1986) проводил изучение лиц, страдающих расстройствами личности, совершающих повторные суицидальные действия. На основании анализа пресуицидальных состояний пациентов автором была выделена типология патологических суицидоопасных реакций. В зависимости от варианта расстройства личности 12 типов реакций были разделены на 3 группы. Во всех группах эти реакции приводили к актуализации переживаний, которая препятствовала компенсации психопатии, а также закреплению суицидальных тенденций как проявлений патологической защиты, особенно в ситуациях, когда совершение пациентом попытки расстаться с жизнью приводило к разрешению жизненной ситуации в «благоприятную» для него сторону. Особенности суицидального поведения при расстройствах личности также были изучены Э. А. Чомалян (1983) у 72 подростков. Причинами суицидального поведения чаще всего являлись идеи обиды, оскорбления, несправедливое отношение окружающих, унижение личного достоинства, различные школьные и производственные конфликты. Риск суицида значительно повышался при декомпенсации психопатии.

Психотические состояния являются одним из главных факторов риска суицидального поведения. Поэтому центральная клиническая задача при работе с суицидальным подростком состоит в идентификации психотических переживаний, например, процессов мышления, а особенно императивных слуховых галлюцинаций, на предмет суицидального содержания. Симптомы, появляющиеся в инициальный период шизофрении, иногда расцениваются как проявления других психических заболеваний – депрессии, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, состояний органической природы, личностной патологии. В частности, у подростка могут отмечаться постоянное снижение личности, социальная отгороженность, снижение работоспособности, побуждений и снижение самооценки. Суицидальное поведение иногда может являться одним из проявлений инициального периода шизофрении. Иногда происходящая в инициальный период суицидальная попытка является следствием реальной психотравмирующей ситуации и не рассматривается как проявление шизофренического процесса. В манифестный период нередко отмечается острый чувственный бред, сопровождающийся растерянностью, аффектом страха, тревоги, вербальными иллюзиями и галлюцина-

циями. Встречающиеся в рамках этого дебюта бред воздействия и явления психического автоматизма обычно остры, непоследовательны, фантастичны, но в то же время чувственно конкретны. Возникновение суицидальных тенденций определяется не депрессивным аффектом, а другими причинами, иногда парадоксальными. В то же время довольно часто на фоне повышенного настроения эти тенденции являются элементом диссоциации эмоциональных проявлений. В некоторых случаях аффективные колебания носят характер немотивированного тоскливого настроения, сопровождающегося двигательным возбуждением и суицидальными действиями. При простой шизофрении депрессивные проявления обычно завуалированы апато-абулическим «фасадом», а упорные суицидальные тенденции скорее всего выходят из общих витальных механизмов депрессивного аффекта, вторичных по отношению к чувству измененности функций «эго» под влиянием процессуальных симптомов, нежели являются следствием шизофренических волевых нарушений. Г. И. Копейко (1987, 1998) анализируя феноменологию и динамику бреда отношения в юношеском возрасте, указывает, что наряду с пассивными формами бредового поведения – избегание людей, уединение, могут встречаться неожиданные для окружающих суицидальные попытки. Так, у 54,8 % молодых пациентов, страдающих сенситивным бредом отношения, отмечаются упорные суицидальные мысли, а 21,5 % совершают серьезные попытки расстаться с жизнью, после которых бредовая фабула не меняется, а суицидальные мысли сохраняются в той же степени выраженности. Иногда только длительное наблюдение может помочь в более достоверной оценке клинико-психопатологических проявлений в подростковом возрасте.