С.Д. Мельченко

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК И ФАКТОРЫ,
СПОСОБСТВУЮЩИЕ УВЕЛИЧЕНИЮ ДАННОГО РИСКА**

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Контактное лицо: Мельченко Софья Дмитриевна: sofya.melchenko@mail.ru

Резюме

В данной статье приводится обзор литературы по проблеме факторов суицидального риска, а также генеза суицидального поведения. Целью исследования является диагностика психологических факторов суицидального риска и выделение критериев риска в отношении суицидальных действий для создания психопрофилактической и психокоррекционной программы.

Ключевые слова: *суицид, факторы риска суицида, суицидальный риск, суицидальное поведение, самоубийство*

Для цитирования: Мельченко С.Д. Суицидальный риск и факторы, способствующие увеличению данного риска // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2023. №2. С. 42–46. DOI: 10.33266/2782-6430-2023-2-42-46

DOI: 10.33266/2782-6430-2023-2-42-46

S.D. Melchenko

Suicidal Risk and Factors Contributing to an Increase in this Risk

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Contact person: Melchenko Sofya Dmitrievna: sofya.melchenko@mail.ru

Abstract

This article provides a review of literature on the problem of suicidal risk factors, as well as the genesis of suicidal behavior. The aim of the study is to diagnose psychological factors of suicidal risk and identify risk criteria for suicidal actions to create a preventive and corrective program.

Keywords: *suicide, suicide risk factors, suicidal risk, suicidal behavior*

For citation: Melchenko SD. Suicidal Risk and Factors Contributing to an Increase in this Risk. A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2023.2:42-46. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2023-2-42-46

Введение

Необходимость углубленного изучения причин самоубийства, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в настоящее время не подлежит сомнению с точки зрения социальной значимости в свете имеющихся статистических данных.

Актуальность исследования

По данным ВОЗ, каждый день совершают суицид 1,5 тыс. человек; незавершенный суицид совершают ещё 15 тысяч.

Актуальность данной работы заключается в исследовании психологических факторов суицидального риска. Исследование необходимо для создания психокоррекционной и психопрофилактической программы с учетом выявленных диагностических критериев суицидального риска и уменьшения возможных попыток самоубийства.

Статистика

Всемирная организация здравоохранения делит все страны мира по показателю суицида на три группы [2].

1. Низкий уровень самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения) – Гватемала (0.5), Филиппины (0.5), Албания (1.4), Армения (2.3), Греция

(4.8). Самый низкий уровень самоубийств отмечается в Египте (0.03).

2. Средний уровень самоубийств (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) – Италия (10.3), Белоруссия (16), Австралия, США.

3. Высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек на 100 тысяч населения) – Литва (90.5), Эстония (54.9), Латвия (54), Венгрия (35.9).

Россия уже давно занимает прочную позицию в группе высокого и очень высокого уровня (36.1)

Суицидальный риск различен как для разных этнических групп (так, например, среди угро-финской группы к суициду более расположены жители Удмуртии, Венгрии и Финляндии), так и для представителей различных профессий: оценивая по шкале баллов от 1 до 10, первое место по количеству суицида занимают музыканты (8,5 балла), далее следуют медсестры (8,2 балла) и зубные врачи (8,2 балла), финансисты (7,2 балла) и психиатры (7,2 балла), замыкают список библиотекари (3,2 балла) и продавцы (2,1 балла). На уровень суицидального риска также влияет семейное положение: по статистике, люди, состоящие в браке, кончают с собой значительно реже, нежели холостые или разведенные. Высокий уровень самоубийств отмечается у тех, кто потерял партнера – они совершают суицид в три раза чаще, чем семейные [1,6,14].

Вопреки общественным представлениям, алкоголь перед суицидом употребляют лишь 8% самоубийц, а наркотические вещества только 4%. Такие же житейские заблуждения связаны с материальным положением суицидентов. Удовлетворительное материальное обеспечение имеют 44% суицидентов, неудовлетворительное – 56%. Уровень жизни и количество самоубийств не связаны между собой – одна из самых высокоразвитых и богатых стран Европы – Швеция на протяжении десяти лет является страной с высоким числом самоубийств [1].

Суицид, как форма девиантного поведения

Прежде чем приступить к анализу суицида как девиантного поведения, необходимо рассмотреть, что вообще представляет собой девиантное поведение как таковое.

Процесс социализации (процесс усвоения индивидом образцов поведения, социальных норм и ценностей, необходимых для его успешного функционирования в данном обществе) достигает определенной степени завершенности при достижении личностью социальной зрелости, которая характеризуется обретением личностью интегрального социального статуса (статуса, который определяет положение человека в обществе). Однако в процессе социализации возможны сбои, неудачи. Проявлением недостатков социализации является отклоняющееся поведение – это различные формы негативного поведения лиц, сфера нравственных пороков, отступление от принципов, норм морали и права.

Социологи называют отклоняющееся поведение девиантным. Девиантное поведение подразумевает любые поступки или действия, не соответствующие признанным писанным или неписанным нормам. В некоторых обществах малейшие отступления от традиции, не говоря уже о серьезных проступках, сурово карались. Под контролем находилось все, в том числе длина волос, форма одежды и манеры поведения. Так, например, поступали правители древней Спарты в V веке до н.э.

Борьба с девиацией зачастую перетекала в борьбу с разнообразием чувств, мыслей, поступков. Как правило она оказывается нерезультативной: через некоторое время акты отклонения возрождаются в еще более яркой форме.

В большинстве обществ контроль девиантного поведения несимметричен: отклонения в негативную сторону осуждаются, а в позитивную – одобряются. В зависимости от того хорошим или плохим является отклонение, все формы девиации можно разложить на некоторые континууме. На одном его полюсе разместится группа лиц, проявляющих максимально не одобряемое поведение: революционеры, террористы, атеисты, предатели. На другом полюсе расположится группа с максимально одобряемыми отклонениями: национальные герои, выдающиеся артисты, ученые.

Итак, всякое поведение, которое вызывает неодобрение общественного мнения, называется девиантным. Это чрезвычайно широкий класс явлений: от безбилетного проезда до убийства человека.

Таким образом, в широком смысле девиант – это любой человек, сбившийся с пути или отклонившийся от нормы. При такой постановке вопроса следует говорить о формах и размерах отклонения. К основным формам отклоняющегося поведения принято относить правонарушаемость, включая преступность, пьянство, наркоманию, самоубийство [11, 15].

Адаптация и дезадаптация

В русском языке слово самоубийство означает «намеренное лишение себя жизни». В научной литературе исследователи также говорят, что самоубийство – умышленное деяние. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета о своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта, относят не к самоубийству, а к несчастным случаям. Что же лежит в основе существования такого явления, как самоубийство? [2].

Амбрумова А. Г. (1981) и ряд других исследователей выдвигают концепцию о том, что суицид – это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятия для данного явления – социально-психологическая адаптация и дезадаптация.

Под адаптацией вообще подразумевается приспособление – соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация – это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин адаптация и дезадаптация; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности [10].

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формы – сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычных и экстремальных ситуациях [1].

Различают лимитирующую и трансформирующую адаптацию.

В условиях экстремальной ситуации разные личности неодинаково выстраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из них за счет пластичности и резервов сохраняют прежний общий уровень адаптации. Другая часть характеризуется временным снижением этого уровня, но без слома основных направлений адаптации. А в этом случае дезадаптация носит лишь количественный характер, она лимитирована и не выходит за пределы качественной определенности адаптационного процесса, то есть дезадаптация не привела к болезни, не породила патологических форм адаптации.

В тех случаях, когда экстремальные нагрузки падают на почву, измененную конституционально (как это имеет место при психопатиях и некоторых неврозах), тогда вероятность полома значительно возрастает. В таких случаях социально-психологическая дезадаптация ведет за собой качественную трансформацию приспособительного процесса, появление патологических форм адаптации.

Этот вариант характерен для пограничных расстройств, при которых наиболее подвержены срыву ценностно-ориентационная и коммуникативная деятельности при общем снижении интенсивности и пластичности процесса приспособления [12].

Психические расстройства представляют собой глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый уровень патологического реагирования.

Рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, выделяются две фазы: predispositional и suicidal.

Predispositional фаза дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для ее перехода в suicidal имеет конфликт. Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую – тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Конфликт при этом может быть внешним и внутренним.

Напряженность и сила конфликта зависят от силовых соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, приобретающим черты экстремальности, считается конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. В случае их слабости, т.е. в условиях predispositional дезадаптации, и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, подменяющей собой все другие типы, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что суицид есть «следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта» [6].

Суицидальные проявления

Теперь следует осветить сам механизм формирования внутри личности суицидальной направленности.

Собственно суицидальное поведение – «любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни».

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения.

Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы:

- пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»);

- суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства;

- суицидальные намерения предполагает присоединения к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации традиционно называется пресуицидальным (пресуицидом).

Его длительность может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. Однако эта последовательность обнаруживается далеко не всегда. При острых пресуицидах можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды.

Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она в своем развитии проходит две фазы: обратимая и необратимая.

Исходя из суицидальной попытки и ее фаз, можно в каждом конкретном случае решить вопрос, имел ли место переход от суицидальных тенденций к покушению на самоубийство [7].

В соответствии со всем вышеизложенным, суицид можно рассматривать как действие, подчиненной конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом.

Р. Маррис [1] вводит в научный оборот понятие «суицидальная карьера». Он выявляет восемь значимых ключевых «узлов» в «суицидальной карьере»: возраст, пол и развивающийся застой; ранняя травма; изоляция, негативное взаимодействие и сексуальные отклонения; служебная карьера; алкоголь, наркотики и соматические заболевания; депрессия и беспомощность; религиозный фактор; летальность способов поведения.

Р. Маррис представляет пятнадцать различных моделей «пути к суициду». Он уверен, что системная теория суицида должна включать четыре широких компонента: личностный, социальный контекст, биологические факторы и «временные», включая «суицидальную карьеру».

С точки зрения И. Макинен, существует следующие группы суицидальных факторов: психологические (мозговые дисфункции, соматические заболе-

вания, фрустрация, депрессия, безнадежность, неврозы, шизофрения, алкоголизм, наркомания); экологические (включая географические, климатические, погодные); экономические (экономическая нестабильность, безработица); социальные (модернизация, социальная дезорганизация, урбанизация, индустриализация); культурологические, включая религиозные (превалирующие ценности, СМИ, традиции, «национальный характер») [9,14].

Все исследователи суицида, так или иначе, рассматривают группы социально-экономических, национальных и возрастно-психологических факторов. Все они влияют на психическую реальность личности таким образом, что она может принять решение о добровольном уходе из жизни.

На первом месте из проблем, характерных для подростков и молодежи с суицидальным поведением, находятся отношения с родителями. Примерно в 70% случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом, на втором месте – трудности, связанные со школой, на третьем – проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположенного пола [5].

Многие попытки суицида у молодых рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам. Интересно, что у молодых (в возрасте 15-19 лет), наоборот, ранние браки не спасают от уменьшения риска суицида – по данным американских авторов, среди женатых юношей в 1.5, а среди замужних девушек в 1.7 раз процент самоубийств выше, чем у несемейных сверстников. Это связано прежде всего с тем, что «молодые» браки чаще всего являются попыткой, и не всегда удачной, решить какие-то другие, не относящиеся к браку проблемы, например, избавиться от невыносимой обстановки в семье родителей [3].

Школьные проблемы также могут вызвать суицид или его попытки. Трудности в школе чаще всего связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями и администрацией школы, реже

с взаимоотношениями в классе. [4, 13] В подростковом возрасте часто возникает сильная эмоциональная привязанность к другому человеку. Разрыв отношений воспринимается как фатальный, выход из которого один – самоубийство. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, происходят «ситуативные самоубийства» - импульсивные, неподготовленные и собственно, не имеющие отношения к осознанным намерениям лишить себя жизни.

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей: «дать понять человеку, в каком ты отчаянии» - около 40% случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» - около 30% случаев, «показать, как ты любишь другого» и «выяснить, любит ли тебя действительно другой человек» - 25%, «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение» - 25% и в 18% случаев «призыв, чтобы пришла помощь от другого». [8] Трудное социально-экономическое положение почти всего населения приводит к тому, что детьми некому и некогда заниматься. Подростки предоставлены сами себе и строят жизнь как могут и умеют. Без поддержки родителей, а иногда и при их противодействии, возникают проблемы, кажущиеся молодому поколению неразрешимыми.

Выводы

1. Таким образом, ведущими психологическими факторами суицидального риска могут выступать девиантное поведение, экстремальные ситуации на фоне низкого уровня социальной адаптации, внешний или внутренний конфликт в предиспозиционной фазе дезадаптации.

2. Высокий показатель склонности к суицидальным реакциям коррелирует с высоким уровнем степени стрессовой нагрузки и низким уровнем социальной адаптации, которые и могут приводить к суицидальным попыткам.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Актуальные проблемы суицидологии под ред. А.Г. Амбрумовой. Тр.Моск.НИИ психиатрии МЗ РСФСР, т.92, Москва, 1981, С 34-37
2. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С 40-51.
3. Амбрумова А.Г., Полевая А.М. Телефонная психотерапевтическая помощь в системе социально-психологической службы., Москва. 1988, С.45-55
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения, Методические рекомендации, Москва – 1980, С.45-51
5. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse / J.G. Stewart [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2015.
6. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников[и др.] // Суицидология. 2015.
7. Садуакасова К.З. Суицид как биопсихосоциальная проблема. Введение в проблему // Психиатрия и неврология. Вестник КазНМУ. 2017.
8. Richard-Devantoy S., Courtet P. Neurocognitive Processes and decision making in suicidal behavior / Kaschka W.P., Rujesku D. (eds): Biological Aspects of Suicidal Behavior // Adv. Biol. Psychiatry. Basel, Karger. 2016. Vol. 30.
9. Зотова Л. Э., Краева М. Ю. Социально-психологическая диагностика окружающей среды – 2016
10. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В., Карева М.А. – Практикум по психиатрии: учебное пособие - Москва. РУДН. 2014
11. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы / В.Д. Бадмаева [и др.] // Российский психиатрический журнал. 2016.
12. Столяренко Л.Д. Психология: Учебник для вузов. – 2021
13. Shain BN. Youth Suicide: The First Suicide Attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 Oct;57(10):730-732. doi: 10.1016/j.jaac.2018.05.022. PMID: 30274647.
14. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berruignat S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. Eur Psychiatry. 2022 Oct 11;65(1):e65. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2320. PMID: 36216777; PMCID: PMC9641655.
15. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. Am J Addict. 2015 Mar;24(2):98-104. doi: 10.1111/ajad.12185. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25644860.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Aktual'nye problemy suicidologii pod red. A.G. Ambrumovoj Tr.Mosk.NII psikiatrii MZ RSFSR, t.92, Moskva, 1981, P34-37
2. Ambrumova A.G. Nepatologicheskie situacionnye reakcii v suicidologicheskoi praktike // Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii. M., 1983. P 40-51.
3. Ambrumova A.G., Poleev A.M. Telefonnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' v sisteme social'no-psihologicheskoi sluzhby., Moskva. 1988, P.45-55
4. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya, Metodicheskie rekomendacii, Moskva – 1980, P.45-51
5. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse / J.G. Stewart [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2015.
6. Potencial'nye i aktual'nye faktory riska razvitija suicidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor literatury) / G.S. Bannikov // Suicidologija. 2015.
7. Saduakasova K.Z. Suicid kak biopsihosocial'naja problema. Vvedenie v problemu // Psihijatrija i nevrologija. Vestnik KazNMU. 2017.
8. Richard-Devantoy S., Courtet P. Neurocognitive Processes and decision making in suicidal behavior / Kaschka W.P., Rujesku D. (eds): Biological Aspects of Suicidal Behavior // Adv. Biol. Psychiatry. Basel, Karger. 2016. Vol. 30.
9. Zotova L. Je., Kraeva M. Ju. Social'no-psihologicheskaja diagnostika okruzhajushhej sredy – 2016
10. Korkina M.V., Civilko M.A., Marilov V.V., Kareva M.A. – Praktikum po psikiatrii: uchebnoe posobie - Moskva. RUDN. 2014
11. Suicidy u podrostkov: social'nye, klinicheskie i psihologicheskie faktory / V.D. Badmaeva // Rossijskij psikiatricheskij zhurnal. 2016.
12. Stoljarenko L.D. Psihologija: Uchebnik dlja vuzov. – 2021
13. Shain BN. Youth Suicide: The First Suicide Attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 Oct;57(10):730-732. doi: 10.1016/j.jaac.2018.05.022. PMID: 30274647.
14. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berruiguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. Eur Psychiatry. 2022 Oct 11;65(1):e65. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2320. PMID: 36216777; PMCID: PMC9641655.
15. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. Am J Addict. 2015 Mar;24(2):98-104. doi: 10.1111/ajad.12185. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25644860.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Участие авторов. Статья подготовлена с равным участием авторов.

Поступила: 28.02.2023. **Принята к публикации:** 22.03.2023.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study had no sponsorship.

Contribution. Article was prepared with equal participation of the authors.

Article received: 28.02.2023. **Accepted for publication:** 22.03.2023