

Методическое пособие «Психологические основы профилактики детских и подростковых суицидов» (авт. А.Л.Рыжов)

Содержание

Глава 1. Парадигмы и основные концептуальные модели суицидального поведения ..

- 1.1. Терминология
- 1.2. История исследования. Основные исследовательские парадигмы
- 1.3. Психологические модели и концепции
- 1.4. Возрастной фактор в развитии суицидального поведения

Глава 2. Феноменология суицидального и аутодеструктивного поведения

- 2.1. Социальная значимость проблемы суицидального и аутодеструктивного поведения
- 2.2. Метод суицида
- 2.3. Клиническая типология суицидального поведения
- 2.4. Типология самоповреждающего поведения

Глава 3. Структура и динамика суицидального поведения

- 3.1. Суицидальная идеация, суицидальный кризис и суицидальная коммуникация
- 3.2. Этапы развития суицидального процесса (суицидальная динамика)
- 3.3. Предиспозиционные профили, суицидальная уязвимость
- 3.4. Возрастные особенности

Глава 4. Факторные модели объяснения суицидального поведения

- 4.1. Принципы построения объяснительных моделей суицидального поведения
- 4.2. Модель факторов детерминации суицидального поведения в детском и подростковом возрасте

Глава 1

**Парадигмы и основные концептуальные модели
суицидального поведения**

1.1. Терминология

Суицид - вошедший в обиход в 17-м в. латинский неологизм, с дословным переводом «самоубийство» (sui - себя, caedere - убивать). В литературной и обыденной речи характерно использование эвфемизмов (напр., наложить на себя руки, свести счеты с жизнью и пр.). Одно из первых научных определений было дано Эмилем Дюркгеймом, согласно которому суицид - любой случай смерти, непосредственным или косвенным

образом связанный с позитивным или негативным (отсутствующим) поступком самой жертвы, при понимании результата этого действия, а покушением на самоубийство называется родственное, но не доведенное до конца, действие. Намерение, собственная инициированная активность и результат - эти три критерия используются и в современных предложениях исследовательской группы ВОЗ (WHO/EURO Multicenter Study) по определению суицидальных феноменов (De Leo, 2006): «Суицид - действие с фатальным исходом, которое погибший, зная или ожидая потенциальный фатальный исход, инициировал и довел до конца с целью достижения желаемого результата».

Используемые в научной литературе дефиниции, и номенклатура вызывают много споров. С одной стороны, отмечается бедность словаря, связываемая некоторыми авторами с табуированностью темы, с другой - наличие неопределенных, взаимоперекрывающихся и по-разному трактуемых терминов, таких, как аутоагрессия, аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение, парасуицид, суицидальные попытки или покушения, самоповреждение, – образно обозначенное, как вавилонское смешение языков (O'Carrol et al. 1989).

Суицид принято отличать от актов самопожертвования и непредумышленного причинения себе смерти, хотя первое сложно теоретически и не свободно от морального релятивизма (какие мотивы будут считаться, а какие - нет, для оценки оправданности жертвы), а второе - затруднительно практически (учитывая смерти с неустановленными причинами, например, т.н. автоциды – дорожные происшествия со смертельным исходом, что дает основания некоторым авторам полагать, что наблюдаемая статистика - это только вершина айсберга.

Суицидальная активность может, по воле или против воли субъекта, не закончиться смертью, ограничиваясь мыслями разной степени определенности, подготовительными действиями или не повлекшими смерть попытки. От этих проявлений следует отличать формы поведения, связанные с риском для жизни или намеренным повреждением своего организма, но не сопряженные с оформленным желанием умереть.

Было предпринято несколько попыток унификации номенклатуры и классификации суицидальных проявлений. Одна из первых была предпринята в США Комитетом по классификации и номенклатуре Национального института психического здоровья, руководимым основателем когнитивной терапии Аароном Беком в 1972 г. Суицидальные феномены были разделены на три класса: (1) суицид, (2) суицидальная попытка, (3) суицидальные идеи. Наиболее уязвимым местом данной системы считается объединение всех, не закончившихся смертью, действий, под общей «шапкой» суицидальных попыток или покушений на суицид (suicide attempt, attempted suicide), в соответствии с работой

ранней работой Эрвина Штенгеля (1962), постулировавшего, что лица, совершившие суицид, и лица с суицидальными попытками представляют собой два качественно отличных типа. В Европейской традиции в то же время получил распространение термин Нормана Крайтмана «парасуицид», указывающий на действие с риском для жизни, но неявным намерением (1969). В современных работах предпочтение отдается использованию взаимозаменяемых и наиболее адекватно передаваемых на русский язык общим словом «самоповреждение» терминов self-harm (буквально, самовредительство, используемый в первую очередь в Европе в форме deliberate self-harm, преднамеренное самоповреждение), self-injury (самоповреждение, распространенный в США в форме non-suicidal self-injury, NSSI - несуицидальное самоповреждение), и self-mutilation (буквально, членовредительство, исторически сохранившийся термин, введенный Лоувиллем Юджином Эмерсоном еще в 1913 г.).

При самоповреждениях намерение покончить с жизнью отсутствует. Они должны отличаться от форм суицидального поведения без летального исхода, включающих (а) нелетальные суицидальные попытки, (б) прерванные суицидальные попытки, (в) оставленные суицидальные попытки, (г) подготовительные действия. К суицидальному поведению (или суицидальным действиям, явлениям - в зависимости от широты понимания авторами слова «поведение») относятся так же суицидальная идеация и суицидальные высказывания (коммуникация).

С другой стороны, выделение самоповреждений ставит вопрос об их дифференциации от допустимых манипуляций с телом. Здесь возникают вопросы возможности и необходимости проведения границ с такими феноменами, как телесные модификации, косметическая хирургия. Уолш и Розен (1988) дают узкое определение, исключая социально-санкционированные формы: «ранения и деформации тела, причиненные себе субъектом, преднамеренные, не летального характера и социально неприемлемые». Фавацца (1998) различает культурно-санкционированные и девиантные (патологические) формы членовредительства. К самоповреждениям обычно не относят формы сексуальности, связанные с причинением себе боли (мазохизм).

Менее определенным остается положение тех форм поведения, которые связаны с высоким риском для жизни и здоровья, но не имеют ни отчетливой направленности на лишение себя жизни, ни на нанесение телесных увечий, деструктивный элемент которых является скорее плодом толкования и клинической оценки. Карл Меннингер (1935) выделял «хронический суицид», к которому относил алкоголизм, антисоциальное поведения, «невроз неудачи» и пр., наравне с суицидальным поведением, «фокальным суицидом» (членовредительство) и деструктивными органическими процессами, как формы

саморазрушения (self-destructiveness), с отсылками к теории инстинкта смерти по Фрейд. В современных работах используются термины «суицидальные эквиваленты», «рискованные формы поведения», «косвенные формы суицида» (indirect suicide). Кроме сложных саморазрушительных паттернов, таких, как злоупотребление психоактивными веществами, сексуальный промискуитет, опасное вождение, выделяются и элементарные аутодеструктивные действия, наблюдаемые в случаях тяжелой психической патологии, и, в определенных обстоятельствах, у животных, а также отдельные направленные против себя симптоматические действия (например, скарификации, расчесывания). При составлении современной номенклатуры суицидального и самоповреждающего поведения, аутодеструктивные проявления в такой широкой трактовке не учитываются, в связи с их гипотетическим характером. Тем не менее, включение суицидального и самоповреждающего поведения в более широкий контекст активности, связанной с риском для здоровья, выражающейся не только в клинических синдромах, но и формах девиантного поведения и в культурно-допустимых вариациях (*включая формы телесных модификаций, пластической хирургии*), представляется продуктивным и оправданным.

Неоднозначен вопрос об использовании родовых терминов для обозначения всей указанной феноменологии. Одним из наиболее перспективных предложений считается использование (взаимозаменяемое) общих терминов самоповреждающее (self-injurious) или насилие над собой (self-violence), предложенные центром за контролем над заболеваниями национального института здравоохранения, США (Crosby, 2011, см. рис. 1). Такое же широкое значение могут иметь термины суицидальное поведение (suicidal behavior, введенное Алексом Покорны, 1974), или суицидальные действия (suicidal acts), используемый ВОЗ. Предлагается так же «суицидальный спектр», «связанные с суицидом мысли и действия» (Silverman 2007). Традиционно в этом смысле так же использовались понятия аутоагрессия, аутодеструктивность (саморазрушение), суицидальность.

Следует отметить стремление к отказу от потенциально уничижительных, дискриминирующих или вводящих в заблуждение терминов. К ним, например, относят (Posner et al, 2014, Silverman 2011): (а) завершённый (успешный) суицид и неудачная суицидальная попытка, (б) нефатальный суицид, (в) парасуицид, (г) суицидальность, (д) суицидальный жест (suicidal gesture - в русскоязычной литературе демонстративная попытка), манипулятивная попытка, суицидальная угроза, (е) жертва суицида. Д.

Лестер отмечает, что происходящий отказ от термина суицидальная попытка в США был связан феминистской критикой - так как такой вид поведения чаще встречается у женщин, подобное словоупотребление может пониматься, как указание на неспособность женщины довести задуманное до конца.

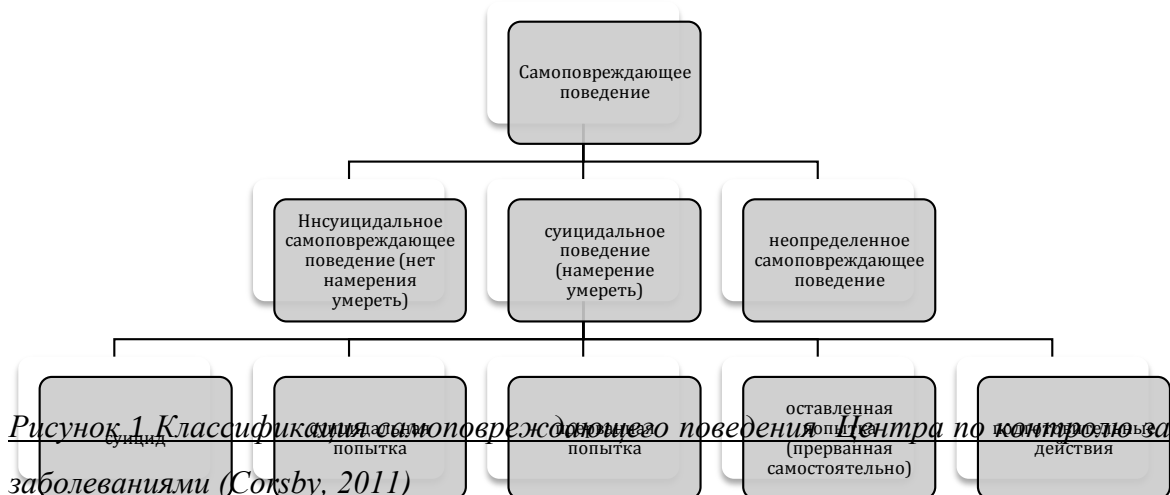


Рисунок 1. Классификация самоповреждающего поведения. Центра по контролю за заболеваниями (Coxsby, 2011)

Официальные систематики

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) используются термины (а) преднамеренно самопричиненное повреждение или отравление и (б) суицид (попытка). Они представлены в классе XX, внешние причины смертности и заболеваемости, блок X60-X98 (умышленное самоповреждение, intentional self-harm - далее дифференцируются по методу и указанным двум типам). В классе XVIII, Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках упоминается суицидальная идеация или тенденции (R45.8), не связанные с расстройствами психики и поведения, классифицируемыми в других рубриках. В 2006 г. исследовательская группа ВОЗ предложила использовать термины фатальное и нефатальное суицидальное поведение (De Leo, 2006), которое подразумевает отсутствие летального намерения и/или исхода. Используется так же термин суицидальное поведение, для описания спектра поведений, включающих мысли о суициде, планирование, попытки суицида и сам суицид. Предположительно, эта рубрикация останется нетронутой в МКБ-11.

В недавно принятой Американской психиатрической ассоциацией систематике DSM-5 (2015 г.) в секции III, Состояния, требующие дальнейшего изучения, включены Суицидальное расстройство поведения и Расстройство несуйцидального самоповреждения. Связанные с психическими расстройствами суицидальные и самоповреждающие действия также обозначаются в эпиграфе к основному диагнозу (например, при аффективных расстройствах или расстройствах личности).

1.2. История исследования. Основные исследовательские парадигмы

Исторически в научном исследовании суицидального поведения можно выделить две большие парадигмы – социологическую и медицинскую. Согласно первой из них, корни суицидального поведения следует искать не в индивидуальных особенностях и психологии человека, а в общественном устройстве. Социологическая традиция исследования суицидов восходит к классическому труду «О суициде» одного из основателей социологической науки Эмиля Дюркгейма. Суицид, однако, стал интересом научного исследования еще ранее, в исследованиях так называемой «моральной статистики», включая работы Адольфа Кеттле (изобретателя социальной статистики), Генри Бокля (основателя научной истории), сформулировавшего тезис о том, что причины суицидов, как и других общественных феноменов, лежат в области социальных, а не индивидуально-психологических законов. Непосредственно исследованиям Дюркгейма предшествовали посвященные суициду монографии выдающегося экономиста Адольфа Вагнера и автора термина «дисморфомания», итальянского психиатра Энрико Морселли (в последней, например, приводится анализ ряда факторов, влияющих на статистику суицидов, включая климат, религию, семейный статус, психические заболевания, а также утверждается обратное отношение числа суицидов и гомицидов, в противовес той закономерности, которая наблюдается в современности). Монография Дюркгейма «Самоубийство. Социологическое изучение» (1897) является иллюстрацией подхода французской социологической школы, с акцентом на макро-социологии и объективном подходе, опорой на статистические данные. В качестве предмета исследования выступает в первую очередь процент самоубийств по отношению к смертности, который рассматривается как устойчивая характеристика данного общества, «склонность к суициду *in globo*», отражающая социальные, а не индивидуальные закономерности. Подход предполагает, что не индивидуальные особенности определяют функционирование социальных институтов, а социальные институты (семья, брак, религия, армия и пр.) определяют индивидуальные состояния ума (определяемые Дюркгеймом, как «внешние выражения»), включая мотивы самоубийства. Логика Дюркгейма заключается не в отрицании биологических и психологических факторов суицида, но в попытке доказательства того, что социальные факторы имеют большее и систематическое (в противовес «случайной» роли, например, невропатической предрасположенности) влияние, определяя саму возможность определенной формы социального поведения (через коллективные представления). В модели Дюркгейма, позже формализованной его последователями, выделяются четыре типа суицидального поведения (аномический, альтруистический, эгоистический и фаталистический суициды), отражающие такие особенности культуры и социума, как недостаточную или избыточную регламентацию и недостаточную или избыточную интеграцию человека в общество.

Наиболее значимой для суицидального поведения считается аномия, связанная с недостаточной регуляцией, при которой социально значимые цели не находят поддержки в возможных средствах их достижения. Ситуация аномии, которая характеризует переходные этапы, связанные с изменением традиционных ценностей (можно отметить, что, с социально-психологической точки зрения, и переходный период в онтогенезе, о чем писал К. Левин), является одним из центральных понятий теории Дюркгейма в целом, в связи с чем суицид сближается и с другими «аномическими» проявлениями, такими, как гомицид и преступность, алкоголизм, и пр., а позже, в работах крупнейшего американского социолога Р. Мертона и его соавторов, она легла в основу концепции девиантного поведения. Подход Дюркгейма был развит Морисом Хальбваксом, который придавал большее значение социально-психологическим факторам, в частности тревоге и, ведущему суицидогенному фактору, социальной изоляции, возникающих вследствие социальной дезинтеграции. В развитии социологических концепций характерно смещение акцента на исследование роли дезинтеграции семьи в обуславливании суицида. Альтернативный, микро-социологический подход, связан с исследованием закономерностей социальных ролей и жизненных историй суицидентов, указывающих на закономерное стечение обстоятельств, приводящих к суициду, как, например, в понятии «суицидальной карьеры» Роланда Мариса (1981). Энтони Гидденс (1966) делает попытку совмещения макро- и микросоциологического анализа, с привлечением идей психоанализа и рассмотрении взаимоотношений особенностей социализации, структуры личности и депрессии. Следует также отметить связь социологического исследования феноменов суицидального поведения с криминологическим.

Медицинская парадигма исследований суицидального поведения в своем исходном положении является противоположностью социологической, поскольку как ведущие факторы суицидального поведения рассматривает индивидуальные склонности суицидента. Данный тезис был в крайней форме сформулирован одним из основателей научной психиатрии Жан-Этьен-Домиником Эскиролем в 1838 г.: «Только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы — душевно больные люди», а Бурден в 1945 г. определил суицид, как форму мономании. Эта позиция имеет своих сторонников и в современной психиатрии, где, с одной стороны, антивитаальные тенденции рассматриваются, как один из психопатологических признаков, а, с другой, приводятся данные о высоких показателях (до 90 процентов) психопатологической отягощенности лиц с законченным суицидом. Жан Пьер Фальре, автор понятия «циркулярного безумия», ученик Пинеля и Эскироля, является автором первого труда о суициде (1822), в котором можно проследить ряд идей, характерных и для

современного понимания проблемы: (а) связь суицида в первую очередь с проблемой меланхолии, (б) выделение двух типов суицида – меланхолического, характеризующегося тоской и подавленностью, и связанного с конфликтом и кризисом, характеризующегося психическим и физиологическим возбуждением, (в) поиск анатомических мозговых коррелятов, (г) выделение набора факторов, влияющих на частоту суицидов, включая неустойчивость социальных институтов, несогласие в семьях, бунт молодежи против авторитетов, увеличение стандартов жизни с потребностью в роскоши, и сексуальное раскрепощение (Fuller, 1973). Вильгельм Гризингер, основатель «органического» подхода в психиатрии, типологизирует суицидальные проявления в зависимости от психопатологических расстройств, где он отличал рациональные суициды, направленные на снятие аффекта тоски (встречающиеся при меланхолии), и суициды, связанные с патологическими идеями или восприятиями (допуская, однако, возможность самоубийства и вне рамок психического расстройства). Моро де Туру принадлежит первое исследование суицидов в детском возрасте. Важным шагом развития медицинской парадигмы является работа Роберта Гауппа (1906 г.), который указал на необходимость различия наблюдаемых мотивов суицидальных действий, и причин в собственном смысле слова, которые имеют систематический характер и проявляют предрасположенности, связанные с расстройствами (особенности поведения и пр.). В частности, Гаупп указывал на существование специфических патологических личностных черт суицидальных пациентов (эксцентричные и дисгармоничные), а также делал попытку соотнести социологический и психиатрический подходы, подчеркивая (на основе эпидемиологических сравнений данных полученных в Мюнхене и Гейдельберге), что в крупных городах наблюдается накопление психических расстройств.

С научной точки зрения, психиатрический подход смещает акцент на исследование биологии и психологии, как основ суицидального поведения (в трактовке Морселли, имевшей впоследствии значительное влияние, суицид – форма эволюционного отбора в социальной сфере).

Суицидальные проявления рассматриваются, как отражение лежащих в их основе расстройств психики. Они могут быть непосредственным симптомом расстройства, проявлением болезненной предрасположенности или личностной реакцией на невыносимые условия существования, определяемые болезнью. С точки зрения психопатологии, суицидальные проявления могут относиться к расстройствам мышления и расстройствам влечений, включаться в психотические, непсихотические аффективные и личностные синдромы. С точки зрения нозологических единиц, отмечается связь с расстройствами настроения (биполярное расстройство и депрессии, зависимостями и злоупотреблениями

ПАВ, шизофренией, некоторыми расстройствами личности, прежде всего эмоционально-неустойчивым/пограничным типом, в определение которого аутодеструктивность входит, как один из критериев). Следует отметить неоднозначность статуса суицидальных проявлений в психиатрии – они могут рассматриваться, как неспецифический симптом, устойчивый поведенческий паттерн (синдром), как отдельное расстройство (что рассматривается как возможность DSM-5), или как осложнение расстройства (Giner et al, 2014/Nock 2014).

Наконец, в 60-70-е гг. выделяется третья большая парадигма, связанная с задачами предсказания и профилактики суицидального поведения, в рамках которой оформляется отдельное направление - суицидология. За рубежом она связана с такими именами, как Эдвин Шнейдман и Норман Фарбероу (США), Эрвин Рингель (Австрия) и др., в СССР – Айна Григорьевна Амбрумова. Спецификой здесь является проблема кризисного сопровождения и консультирования, поиска общих факторов в разных формах суицидального поведения, связанных с возможностями оказания помощи.

Так, Шнейдманом были сформулированы 10 общих черт, или заповедей суицида: (1) стимул, запускающий суицидальную активность - неодолима психологическая боль, (2) ее причина (стрессор) - неудовлетворенные urgentные жизненные потребности (Шнейдман использовал метафору гестапо, стучащего в дверь), (3) цель суицидального поведения - поиск выхода из ситуации, (4) задача - остановка сознания, (5) психологическое (когнитивное) ограничение функционирования, запускающее суицидальный сценарий, при котором прекращение сознания рассматривается, как единственный выход и ограничивающее доступ к другим возможностям (т.н. тоннельное мышление); (6) сопровождающие эмоции - безнадежность и беспомощность, (7) наличие амбивалентности по отношению к суициду, с постоянным взвешиванием двух идей, (8) наличие коммуникативного характера в суицидальном поведении, (9) эгрессивный (связанный с уходом) характер активности, (10) последовательность поведенческой логики, в виде сходства с привычными жизненными паттернами совладания.

Схожая модель у нас в стране предлагалась А. Амбрумовой, которая так же связывала суицид с психалгией, психической болью, и рассматривала его как результат психосоциальной дезадаптации личности, связанной с неразрешимыми микросоциальными конфликтами.

1.3. Психологические модели и концепции

Психологические причины суицидального поведения так или иначе представлены в каждой из выделенных парадигм. Объяснительные психологические модели достаточно

разнообразны, и часто представлены частными концепциями, узко ориентированными на суицидальную проблематику, нередко с использованием научных неологизмов. Это затрудняет их последовательное и обобщенное изложение. Тем не менее, можно выделить несколько основных подходов

(а) Психодинамические и психоаналитические концепции.

Общей чертой психодинамических концепций является различие между очевидными, манифестными мотивами и психологическими механизмами суицидальных действий, и латентными, или истинными мотивами и механизмами. Несмотря на снижение их популярности, психодинамические концепции внесли большой вклад в понимание разных форм суицидального поведения, особенно в понимание роли суицидальных фантазий.

Основу для понимания задали работы Фрейда и ранних психоаналитиков по теории депрессии (меланхолии). Центральным положением данной модели является то, что депрессия возникает в случае невозможности нормальной «работы скорби», направленной на постепенную деинвестицию объекта для возможности замещения. Два фактора были идентифицированы Фрейдом в качестве причин невозможности работы горя: (а) наличие амбивалентных установок, (б) симбиотический характер отношений с объектом, где объект выполняет роль дополнения Эго и несет на себе некоторые из его функций (в первую очередь связанные с регуляцией самоотношения). Первоначально именно амбивалентность рассматривалась, как ведущая причина, обуславливающая возникновение суицидальных идей. Принятая Фрейдом формула «убить себя хочет лишь тот, кто ранее хотел убить кого-то другого» получила широкую известность, а понимание суицида, как обращения агрессии на себя, чтобы избежать риска столкновения с враждебными фантазиями об объекте, угроза потери которого является слишком значимой, - как интерпретация неосознаваемой цели суицида.

Существенное переосмысление психодинамического подхода к пониманию суицида связано с работами американского психиатра Карла Меннингера. Меннингер предполагал, что суицидальные фантазии могут иметь более разнообразное и связанное с бессознательными желаниями содержание. Им было выделено три группы фантазий, лежащих за суицидальным поведением: желание убить, желание быть убитым и желание быть мертвым, интерпретация каждой из которых ведет к бессознательным импульсам, не только деструктивного, но и эротического характера, и в целом отражает сложную динамику структурного личностного конфликта. Существование различий в динамике суицидальных действий было так же продемонстрировано в исследовании суицида в Дании, Швеции и Норвегии Х.Хендином.

Постепенно, с развитием психоаналитических концепций нарциссизма, больше внимания стало уделяться типу динамики, определенному К.Меннингером, как «желание быть мертвым», рассматривающему как проявление регрессивной фантазии о слиянии с объектом, что стало рассматриваться, как ведущая альтернативная модель объяснения смысла суицидального поведения (возвращая, соответственно, к первой из идентифицированных Фрейдом причин меланхолии). Суицид рассматривается, как попытка преодоления «нарциссического кризиса», связанного с резкой инфляцией самооценки (Х.Хензелер). Блатт указывает на различия в динамике суицидального поведения в связи с типом личностной конфигурации (интроективным и аналитическим), с характерным для первого высоким соперничеством и перфекционизмом, и зависимостью, потребностью в постоянном подтверждении собственной значимости и импульсивностью.

Важное значение имеет также дифференциация суицидального и аутодеструктивного поведения, проведенная, одним из первых, К.Меннингером. Смысл аутодеструктивного поведения понимался им, как обратный суицидальному - стремление уничтожить часть себя, для того, чтобы спастись самому. В широкой трактовке такой смысл приобретают разные формы поведения, как наркомании, нелетальные самоповреждения. В современных работах аутодеструктивные тенденции связываются с проблемой автономии, регуляции личностных границ, и рассматриваются как характерные для так называемого пограничного уровня личностной организации, а также схожих по проблематике кризисов идентичности, характерных для подросткового возраста.

(б) Другая влиятельная модель суицидального поведения связана с **экзистенциально-гуманистическим подходом**, важную роль в развитии которого сыграл противоречивый хрестоматийный случай пациентки Людвиг Бинсвангера Эллен Вест, покончившей самоубийством и при этом страдавшей от расстройства пищевого поведения и склонной к другим формам аутодеструктивного поведения. Бинсвангер, несмотря на то, что считал пациентку страдающей шизофренией, сам суицид рассматривал, как последовательную и рациональную форму поведения, закономерную, если учитывать ее способ бытия, определенный как «экзистенциальный вакуум». При критике терапевтического подхода Бинсвангера, крупнейший представитель гуманистической психотерапии Карл Роджерс также считал, что суицид Эллен Вест связан с ее восприятием себя, как ненормальной, подкрепленным психиатрическим подходом Бинсвангера, относившимся к ней, как к объекту, что подкрепляло существовавшее у нее чувство самоотстраненности. Наибольшее значение для психологических концепций суицида, однако, имели представления другого представителя экзистенциально-гуманистического подхода, основателя логотерапии Виктора Франкла. Франкл связывал суицид с отсутствием смысла жизни, опираясь на свой

собственный опыт выживания в концлагере. Кроме этого, суицид рассматривался, как уход от ответственности за принятие важных решений в своей жизни. С экзистенциально-гуманистическим подходом в целом связан интерес к рассмотрению ценностно-смысловой сферы суицидальных пациентов, с точки зрения, в первую очередь, протективного значения устойчивых личностных смысловых образований.

(в) В рамках *когнитивно-бихевиорального подхода* представлено большое число моделей, приспособленных для объяснения разных форм суицидального поведения и методов работы с ними. Поведенческие механизмы суицидального поведения связаны с моделями как классического, так и оперантного и викарного обучения. Наибольшее применение они находят по отношению к подражательным суицидам, повторяющимся (хроническим) суицидальным попыткам. Моделирование рассматривается как один из ведущих механизмов, с подчеркиванием разных факторов, определяющих эффективность научения: тип модели (семейный, сверстники, социальные персонажи), привлекательность, воспринимаемый эффект. Другой подчеркиваемый механизм - это десенсибилизация страха смерти при неоднократной экспозиции содержанию, связанному со смертью и умиранием, объясняющий повышенную вероятность реализации намерения. Кроме этого, привычным для бихевиоральных моделей образом подчеркивается значение механизмов инструментального подкрепления с дальнейшим функциональным анализом поведения. Подкрепление суицидального поведения может быть как негативным, так и позитивным: так, Нокк и Принстейн выделяют автоматическое (интернальное) негативное подкрепление (избегание душевной боли и пр.), автоматическое позитивное подкрепление (самонаказание, уход от болезненного бесчувствия), социальное (экстернальное) негативное подкрепление (избегание наказания, нежелательных ситуаций), социальное позитивное подкрепление (привлечение внимания, сообщение о дистрессе, получаемая от других компенсация за перенесенные страдания). Особый акцент ставится на повторяющиеся семейные паттерны воспитания, в которых суицидальное поведение оказывается единственным способом получения, желаемого или избегания наказания. Инструментальное подкрепление также очевидно играет большую роль при несуицидальных самоповреждениях, как механизм регуляции негативных аффектов. Более детально эти идеи были разработаны в когнитивно-бихевиоральных моделях, таких, как диалектическая бихевиоральная терапия М.Лайнен (M.Linehan). Следует также подчеркнуть связь этих идей с бихевиоральными концепциями депрессии, например, концепцией Левинсона, согласно которой депрессогенным фактором является избегание социальной позитивной обратной связи (подкрепления), что способствует выработке замещающих способов поиска позитивного подкрепления.

В когнитивных моделях суицид, как и в психоаналитических, изначально рассматривался в контексте концепции аффективных расстройств. Как общие особенности депрессивного мышления, так и наличие специфических представлений (т.н. суицидальная идеация) о смерти и суициде, как о способе решения проблем рассматриваются, как связанные с расположенностью к суицидальному поведению. В модели Арона Бека депрессивные переживания концентрируются вокруг «когнитивной триады депрессии», включающей негативный образ себя, негативный опыт и негативные ожидания от будущего. Суицидальные идеи рассматриваются, как вытекающие из когнитивной триады, существование которой поддерживается систематическими когнитивными искажениями: сверх обобщения, избирательным абстрагированием, персонализацией, предвзятыми интерпретациями. Особо подчеркивается связь с суицидальностью т.н. дихотомического, или черно-белого мышления (по типу все или ничего). Важную роль играет так же конкретность мышления, заключающаяся в высоком отождествлении себя с ситуацией, обстоятельствами, особенно неудачами, которая прослеживается и в феномене «тоннельного» мышления, описанного Шнейдманом при суицидальном кризисе, и связанного с восприятием ситуации как безвыходной.

Указываются так же индивидуальные различия, связанные с двумя типами предрасположенности к развитию депрессии, а именно высокой выраженности одного из двух личностных стилей – социотропии (высокая зависимость от поддержки, поиск подкрепления) и автономии (высокая роль собственных достижений, уникальности, самоопределения и контроля) (Beck, 1983). Соответственно, разный (по жизненным сферам) тип угроз и потерь выступает триггером декомпенсации.

Большое внимание уделяется чувству безнадежности, которое считается связанным с суицидальностью вне зависимости от выраженности депрессии. Концепция безнадежности связана с модифицированной моделью «выученной беспомощности», с акцентом на роли пессимистического стиля атрибуции, связанного с интернальностью, глобальностью и стабильностью атрибуции неуспеха.

Так же указывается на predispositional когнитивные черты, такие как дефицит навыков решения проблем (problem solving) и общее ограничение репертуара реакций, неспособность к порождению новых решений суицидального поведения (Дейвид Шотте, Израил Орбах). Другие модели когнитивного дефицита указывают на низкую социальную компетентность, особенности атрибутивного стиля и неразвитость копинг-стратегий.

Большое распространение получила когнитивная модель «крика боли» Марка Вильямса (основанная на модели «прерванного бегства» Джилберта). Центральное значение в ней имеют три момента (а) готовность к трактовке ситуации, как унижения или

неудачи, связанная с повышенной чувствительностью к «сигналам поражения» (когнитивные ошибки), (б) чувство «попадания в западню», невозможности выхода, связанное с ограничением копинг-стратегий, дефектами автобиографической памяти, (в) чувство невозможности получения помощи, связанное с низкой воспринимаемой социальной поддержкой и несформированностью «позитивного мышления о будущем».

Модель «Бегства от себя», предложенная Роем Баумайстером (1990), в качестве пускового фактора рассматривается стресс-«бедствие», связанный с событиями, выпадающими из стандарта ожиданий. Он запускает процессы социального сравнения, направленные на объяснение причины происходящего, а интернальность атрибуции к самообвинению, что в свою очередь (вкуче с нереалистичными перфекционистскими стандартами) влияет на формирование негативного представления о себе, как некомпетентном, неадекватном или виновном. Возникающие вследствие появления такого самовосприятия негативные аффекты стимулируют стремление к уходу от мыслей о себе, запуская процесс когнитивной деконструкции, ключевым моментом которого является психическое сужение путем отказа от длительных перспектив и осмысления происходящего и, заключающийся в сужении психического пространства, путем сосредоточения на настоящем и направленной на снятие значимости ситуации. Если когнитивная деконструкция оказывается недостаточной, то требуются другие способы ухода от болезненных мыслей и аффектов, что ведет к возникновению суицидальных идей. Одновременно, когнитивная деконструкция, влияет на ослабление моральных и социальных барьеров, связанных с суицидом. Модель бегства и когнитивной реконструкции используется и для объяснения других форм ухода от себя, включая алкоголизм, религиозность и пр.

Другое направление связано с вниманием к слабости аффективной регуляции и импульсивности, как важной черте, обуславливающей легкость совершения необдуманных поступков. Одной из популярных моделей стал подход диалектически-бихевиоральной терапии, в некоторой степени благодаря личности ее создательницы, Марши Лайнен, сообщавшей о собственном суицидально опыте. Разработанная для терапии «пограничного типа личности», характеризующегося высокой связью с суицидальным поведением, ДБТ ставит акцент на пяти основных мишенях: эмоциональной регуляции, толерантности к дистрессу, интерперсональной эффективности, осознанности (mindfulness).

(г) *Концепции с акцентом на актуальные межличностные отношения и коммуникацию.*

Концепция «крика о помощи», представленная в одной из первых коллективных монографий, посвященных суициду, является одной из наиболее ранних и значимых для

осмысления феномена. Так или иначе, значимость роли межличностных отношений подчеркивается представителями самых разных направлений, занимавшихся объяснением суицидального поведения. Тем не менее, можно выделить ряд подходов, уделяющих межличностным отношениям и коммуникации особое, фактически эксклюзивное значение.

В теории привязанности постулируется приравнивание идеи быть оставленным родителями и идеи собственной смерти. Реальные или фантазийные угрозы оставления ребенка являются основой для генезиса невыносимого страха быть брошенным, а суицидальные попытки парадоксальным образом могут рассматриваться, как стремление его избежать. Приводимая исследователями статистика указывает на роль ранней сепарации и потери родителей в развитии суицидальных тенденций. Сами использует аналогию с концепцией анаклитической депрессии Шпица, согласно которому ребенок, лишенный возможности стать социальным существом (в результате феномена госпитализма) погибает.

Интерперсональная модель суицида Томаса Джойнера выделяет два компонента суицидальной активности: желание смерти и суицидальную способность. Желание смерти в своей основе предполагает хронические неудовлетворенные потребности в межличностном общении, в результате чего формируется чувство малоценности (worthlessness) обременения окружающих (burdensomeness) и нарушенной связи с другими (thwarted belongingness). Суицидальная способность объясняется преимущественно бихевиоральными механизмами, связанными со снижением страха смерти.

В системной семейной терапии особое место занимает анализ функции симптома в семье. Поскольку в фокусе подхода межличностные, а не индивидуальные параметры: близость/разобщённость, иерархия, коммуникации, границы внутри семьи, внешние границы и многое другое, суицидальное поведение, как и другие симптомы, анализируются в контексте характера тех изменений, которые оно вызывает в системе.

Основной смысл суицидального поведения: резкие и значительные изменения, скачок развития семейной системы, который ставит перед семьёй задачу «изменения любой ценой». Если потребность в изменении близости, коммуникаций, границ, иерархии долгое время игнорируется системой, или есть сдерживающие развитие факторы, гомеостаз системы слишком долго доминирует над развитием - суицидальная симптоматика вынуждает семью менять структуру и динамику. То же касается других систем - класса, компании, организации.

Иными словами, игнорирование проблем системы, создание социально-приемлемого образа при наличии конфликтов, небезопасности внутри семьи, запутанных или избегающих коммуникаций, других сложностей - создаёт суицидальный риск.

Ещё один аспект, на который обращает внимание системный подход - это шантажные суициды, особенно, в подростковом возрасте. Интерпретируются они как нарушенная коммуникация, «послание». В классической ССТ любое действие или его отсутствие является коммуникативным актом. Если взаимодействие в системе так устроено, что открытые явные коммуникации неэффективны или «запрещены» негласными правилами, суицидальные действия - единственно возможная коммуникация, которая будет услышана. Психотерапия в эти случаях направлена на создание эффективных и ясных коммуникаций, чтобы в дисфункциональных не было необходимости. Повторные попытки суицида рассматриваются как послание: «меня не услышали», «меня опять услышали неправильно».

(д) В отечественной традиции наибольшую распространенность получила *теоретическая концепция суицидального поведения, как результата социально-психологической дезадаптации в условиях микро-социального конфликта*, предложенная А.Г. Амбрумовой, которая осмысливается с позиций теории деятельности. Переход дезадаптации из predispositional у суицидальную фазу связывается с невозможностью продуктивного разрешения значимого личностного конфликта (внешнего или внутреннего, смыслового кризиса личности), с прохождением т.н. критического пункта, когда происходит значительное ограничение известных или субъективно приемлемых вариантов разрешения конфликта. Принятие суицидального решения рассматривается как этап переживания кризиса или личностной проработки конфликтной ситуации. Типы суицидального поведения могут быть соотнесены с общими стратегиями поведения и переживания в ситуации конфликта, а в «продольном анализе» индивидуальной жизненной истории прослеживается их преемственность. Центральную роль играет анализ личностно-смысловой направленности, отражающей уровень социализации, ценностные ориентации, сформированность произвольных механизмов смысловой и эмоциональной саморегуляции личности. Для суицидентов характерна т.н. «проигрышная» личностная позиция, характеризующаяся шестью признаками: (а) фиксированность, (б) сверхвовлеченность, (в) сужение смыслового поля сознания, (г) изолированность и замкнутость, (д) пассивность, (е) сужение временной перспективы. Эта формула рассматривается, как равно релевантная для разных состояний (условной нормы, пограничных психических расстройств и психических заболеваний), хотя причины возникновения хронических и острых конфликтов, «проигрышных» личностных позиций, других ограничений возможности выхода из ситуации могут быть разными (например, преимущественно микро-социальными, связанными с дисгармониями характера или психопатологическими расстройствами). Среди других отечественных концепций можно

указать на рассмотрение А.Б. Холмогоровой суицидального поведения с позиций «эффекта Зейгарник» (продолжая идеи, высказанные Дж. Зубиным), а так же описание Е.Т. Соколовой патопсихологического синдрома, характерного для повторяющихся суицидальных попыток и различных форм аутодеструктивного поведения, с этиологической ролью ранней травматизации в детстве и системным характером нарушений, где ведущими факторами являются перфекционизм, манипулятивные тенденции, неустойчивость представлений о себе и нестабильность межличностных отношений.

(е) можно также выделить преимущественно **биологические модели понимания суицидального поведения**. В большинстве случаев они не формулируют специфических концепций, объясняющих суть суицидального поведения, а указывают на факторы риска или уязвимости, делающие человека более предрасположенным к рискованным формам поведения, развитие которых в свою очередь должно объясняться поведенческими или когнитивными механизмами. Факторы ранимости связываются с особенностями темперамента или специфическими дефектами переработки информации и, в целом, являются неспецифическими для суицидального поведения, а скорее включенными в объяснительные модели континуумов аффективных, тревожных и связанных с трудностями контроля над импульсами (злоупотребления ПАВ и пр.) расстройств. Тем не менее, следует отметить классические исследования ученых Каролинского университета (Asberg 1997), в которых показано изменение содержания продуктов метаболизма серотонина (5-HIAA) в спинно-мозговой жидкости у суицидальных пациентов, независимо от выраженности депрессии (тест используется и для краткосрочного предсказания суицидального риска, особенно у депрессивных пациентов). Также заслуживает внимания концепция «суицидального мозга» (van Heeringen et al 2011, Lopez-Castroman et al 2016), описывающая функциональные изменения в префронтальных отделах головного мозга, с помощью делаются попытки объяснения феноменов переоценки сигналов социального отвержения, ограниченности возможностей в ситуации выбора и пр. Отдельно стоят, преимущественно теоретические, этологические и социобиологические концепции, в которых суицид связывается с врожденными системами альтруистического поведения (и объясняется в сравнении с животными моделями).

1.4.Возрастной фактор в развитии суицидального поведения

Возрастная проблематика также должна учитываться при описании развития суицидального поведения. Во-первых, следует отметить связь увеличения риска суицидального поведения с возрастными кризисами, характеризующимися качественными

изменениями в особенностях психологического функционирования. Наиболее характерно это для подросткового возраста, где наблюдается пикообразный скачок распространенности суицидальных и аутодеструктивных проявлений. Отмечаются и более специфические особенности, формирующие возрастную ранимость подросткового возраста (Orbach, 2003 / Suicide in children..., 2003).

Во-первых, можно указать на роль подросткового возраста, как «периода неприкаянности» (по К. Левину), с большой значимостью новых моделей для поведения, что подчеркивается также в бихевиоральных концепциях, указывающих на ведущую роль vicarious learning в подростковом возрасте. Большую роль в данном возрасте играют групповые процессы, присвоение субкультурных норм.

Вторая область уязвимости связана с кризисом идентичности, постепенным формированием устойчивого представления о себе, неопределенность которого (т.н. «мораторий»), внешне может проявляться в аффективной неустойчивости и импульсивности поведения.

Проблемы, связанные с установлением автономии влияют на особую чувствительность к личностным границам, что, в свою очередь, имеет прямое отношение к управлению гневом (агрессия, как способ установления границ).

Особую роль играют особенности межличностных отношений, характеризующиеся незрелостью, завышенными ожиданиями, стремлением к повторению инфантильных зависимостей, т.н. нарциссическим окрасом, что может приводить к частым фрустрациям.

Важная роль отводится феномену эгоцентризма, как характеристики мышления и восприятия реальности у подростков, накладывающего отпечаток как на особенности мышления подростков, схожие с «депрессивным мышлением» (связанные с склонностью к дихотомичности, максимализму, неспособности отвлечься от собственной позиции, одного взгляда на проблему), так и на особые возникающие вследствие него феномены (воображаемая аудитория, персональный миф), связь которых с суицидальными идеями требует изучения. Следует принимать во внимание постепенное формирование абстрактной идеи смерти, которая может иметь нереалистичный характер у детей до подросткового возраста (например, смерть, как сон).

С развитием мышления, с одной стороны, чувства собственной идентичности, с другой, и самосознания с третьей, связана склонность к формированию сверхценных образований, определенная Теодором Цигеном, как моноидеическая тенденция, лежащая в основе так называемого идеаторно-эмоционального уровня нервно-психического реагирования по В.В.Ковалеву.

Следует отметить, что мысли и фантазии о смерти имеют особое значение в развитии подростка, что документировано также в обрядах инициации, подростковой литературе, содержании субкультур. Они могут иметь разное значение, в т.ч. отражать внутреннюю проработку переживаний, связанных с переживаемым дефицитом автономии, неприемлемых сексуальных фантазий. Бруно Клопфер, в юнгианской трактовке, рассматривает фантазии, лежащие за суицидом, как фантазии о перерождении. Проблему смерти и возрождения в обрядах инициации, как центральную, выделял известный культуролог Мирча Элиаде.

Наконец, особенно по отношению к аутодеструктивному поведению, следует отметить характерные для подросткового возраста проблемы, связанные с физическими изменениями и формированием нового отношения к телу.

Контрольные вопросы и задания

Дайте определения и проведите сравнительный анализ терминов суицид, суицидальная попытка, парасуицид, самоповреждение, несуицидальное самоповреждение.

В чем заключаются трудности дифференциации суицидального поведения и несуицидального самоповреждения в подростковом возрасте? Какие феномены носят «пограничный» характер между нормой и патологией? Какие критерии нормы целесообразно использовать?

В чем специфика разных парадигм в исследовании суицидального поведения? Какие аспекты суицидального поведения являются предметом интереса общественных наук, медицины, суицидологии, психологии?

Какие возрастные периоды характеризуются наибольшим риском развития суицидального поведения? С чем это связано?

Сравните в общем виде психодинамические, бихевиоральные и когнитивные модели самоповреждающего и суицидального поведения. В чем их преимущества и недостатки, какие феномены они объясняют в большей мере?

Кто является основателями суицидологии? Перечислите наиболее значимые фигуры в исследовании суицидального поведения в нашей стране и за рубежом.

Какие современные направления психотерапии рекомендуются для работы с суицидальными пациентами? Суицидальными подростками? С подростками с самоповреждениями?

Дайте сравнительный анализ взглядов на проблему суицида в классическом психоаналитическом подходе и с точки зрения экзистенциально-гуманистического подхода. Что в них общего и что различного?

Чем определяется «суицидальная способность» в модели Т. Джойнера? На ваш взгляд, почему?

Используя систематику, предложенную центром по контролю за заболеваниями (Corsby, 2011), приведите конкретные (вымышленные) примеры разных вариантов самоповреждающего поведения.

В психологических концепциях и теориях суицидального поведения предлагаются различные объяснительные идеи и механизмы. Какие из них представляются Вам наиболее тесно связанными с проблематикой подросткового и детского возраста? Почему?

Насколько вам представляются противоречивыми социологические и биологические взгляды на природу суицидального поведения? Есть ли специфический предмет психологического понимания проблемы суицида?

В исследованиях Х.Хендином были рассмотрены факторы различия в распространенности суицидов в Норвегии, Дании и Швеции. Для датчан были характерны пассивность, склонность к подавлению агрессии, сверхчувствительность к разлуке, манипулятивность в поведении. Для шведов – ранняя сепарация с родителями, поощрение притязаний и строгий контроль над выражением агрессии, для норвежцев – меньшая ориентация на успех, поощрение самостоятельности и выражения эмоций. Где на ваш взгляд более распространено суицидальное поведение? Какие психологические мотивы суицидального поведения характерны для каждой группы?

Литература

Основная литература

Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: Спец Лит, 2017.
Напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005.

Дополнительная литература

Антология суицидологии / под ред. Дж. Мольтсбергера, М.Голдблатта, М.: Когито-центр, 2018.
ВОЗ. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Geneva: WHO, 2014.
Меннингер К. Война с самим собой. М.: Эксмо-Пресс, 2001

Напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005.

Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015.

Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида. // Энциклопедия глубинной психологии, т. II. / под ред. А.М.Боковикова. М.: Когито-центр, МГМ, 2001ю – сс. 88-102. Психоаналитические концепции суицида.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.

Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.

Farberow N. (Editor). The Encyclopedia of suicide. / под ред. G.Evans, N.Farberow. NY: FactOnFile, 2003.

International handbook on suicide prevention / под ред. R.o'Connor, S.Platt, J.Gordon. NY: John Wiley & Sons, 2011.

The Oxford handbook on suicide and self-injury / под ред. Nock M., Oxford, NY: Oxford University Press, 2014.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-центр, 2005.

Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015.

Глава 2

Феноменология суицидального и аутодеструктивного поведения

2.1. Социальная значимость проблемы суицидального и аутодеструктивного поведения

Суицидальное поведение выделяется, как одна из наиболее актуальных проблем, связанных со здоровьем в подростковом возрасте. В структуре смертности подростков суицид занимает одно из ведущих мест (по данным США 2014 г.- вторая причина смертности после несчастных случаев в возрастных периодах от 10 до 14, от 15 до 24, и от 25 до 34 лет). Несмотря на значительность этих данных, следует учитывать, что процентные показатели смертности от подростковых суицидов в целом не превышают таковых в более высоких возрастных группах, и по вполне естественным причинам уступают в старшем возрасте первые ранги в структуре смертности хроническим заболеваниям. В то же время, следует так же отметить социокультурные различия, и особое значение подростковых и юношеских суицидов в РФ и странах бывшего СССР в целом. Безусловным фактом является пикообразное возрастание количества суицидов в подростковом возрасте по сравнению с детским. Наконец, если оценивать не законченные суициды, а суицидальные попытки, то они также являются специфической проблемой подросткового возраста, и, учитывая их ассоциацию с возрастающей вероятностью повторных суицидальных попыток,

в т.ч. успешных, в дальнейшем, то это подчеркивает важность внимания к суицидальному поведению подростков.

Существует ряд работ по динамике распространенности суицидального поведения, указывающих как на существование нарастающих, так и ниспадающих трендов. В целом, со времен окончания второй мировой войны отмечается постепенное нарастание числа подростковых и молодежных суицидов каждую декаду. Среди причин перечисляются: (а) пессимизм связанный с возможностями успеха в будущем, (б) возрастающая быстрота социальных изменений, связанная с более высокими требованиями к перестройке уклада жизни в подростковом возрасте, (в) давление в связи с необходимостью быть успешным в разных сферах жизни, (г) отсутствие систем и институтов, осуществляющих эмоциональную поддержку, (д) ослабление семьи (по Blumenthal, Kupfer 1988).

Феноменология суицидального поведения может быть рассмотрена с разных точек зрения: с точки зрения исторической, с точки зрения средств совершения суицида, с точки зрения особенностей суицидального поведения или феноменологически, а также в возрастном разрезе.

Суицид, как культурный феномен.

Суеверный страх перед суицидом является достаточно распространенным феноменом и проявляется в форме «табу суицида», характерного, с одной стороны, для многих традиционных обществ, где суицид окружается соответствующими ритуалами, призванными ограничить от его эффектов сообщество, но также и косвенно представленного в современной реальности в форме стигматизации людей, совершивших суицид. Существуют разные подходы к объяснению природы данного табу: как с точки зрения эволюционно-биологической, как необходимого защитного механизма, связанного с развитием у человека функций, позволяющих осуществление преднамеренной смерти, так и со скорее с социокультурной точки зрения, как охраны стабильности социальной системы, ставящейся под угрозу желанием индивида покинуть ее (Soper 2018, р. 244). Различные религиозные, мировоззренческие, медицинские концептуализации могут рассматриваться, как попытки рационализации табу суицида (ср. рассмотрение А.Камю проблемы суицида, как центральной дилеммы человеческого существования). В то же время, табу суицида не является универсальным, а самоубийство в некоторых культурах является предписанной ритуализированной формой поведения (например, обряд сути в Индии, предписывающий вдовам самосожжение). Ряд авторов постулирует базовое различие личного и конвенционального типа суицида.

В историческом разрезе суицид приобретает разное значение, что позволяет проследить три важных аспекта:

(а) особенности отношения социума и отдельных социальных институтов к суицидальным проявлениям;

(б) патоморфоз разных форм суицидального поведения;

(в) смысл, который приобретает суицид для человека, как особый культурный феномен.

Для античности определяющим можно считать рассмотрение суицида в контексте проблемы личной автономии. Этот контекст важен как в многочисленных мифологических репрезентациях суицида (проблема несогласия с судьбой и предопределенности), так и в этических позициях различных философских направлений (где суицид ставился в контексте проблемы свободы воли и распоряжения собственной судьбой, с наиболее радикальными, толерантными к суициду взглядами, представленными в стоической и эпикурейской этике). Исследователи отмечают характерное противопоставление «достойного» типа суицидального поведения, проявляющего силу характера и связанного с защитой собственных убеждений, чести, готовности принять наказание, и «недостойного», связанного, напротив, со слабостью и уступчивостью аффекту, например, в случае несчастной любви. Схожее значение, связанное с идеей суицида, как достойной формы поведения в деликатных, связанных с унижением, невозможностью другими способами отстоять собственные убеждения и правоту, можно проследить и в других культурных контекстах, особенно в ритуале сеппуку в Японии.

Представление о самоубийстве, как о грехе, характерно для западных религий (христианство, ислам, иудаизм). Эта позиция была отчетливо сформулирована св. Августином, рассматривавшем суицид, не только, как нарушение шестой заповеди, но и как деяние, исключающее возможность покаяния. Суицид рассматривался, как акт предательства веры (ср. суицид Иуды Искарота), уступки соблазну, а совершившие его зачастую лишались как религиозных (отпевание, погребение), так и гражданских (собственность) прав.

В Возрождении и Просвещении наблюдается известная реабилитация самоубийства, с более нюансированным отношением к нему и оценкой скорее, как личной трагедии, чему соответствует развитие естественных наук и интерес к теме смерти в целом. Так, в начале 17 в. Джон Сим написал трактат об «Охранении жизни от самоубийства», в которой ставились вопросы помощи и предупреждения суицида, утверждалось, что большинство суицидов совершаются в состоянии помрачения рассудка и не могут рассматриваться, как повод для осуждения.

Новый культурный смысл самоубийства возникает позже, в 18 веке, когда оно приобретает романтический характер. Уже у Руссо суицид рассматривается, как прежде

всего молодежный феномен, связанный с противопоставлением чистоты и невинности меркантильному и лицемерному обществу. Самоубийство Чаттертона, роман Гете «Страдания молодого Вертера», как и более ранний шекспировский сюжет Ромео и Джульетты, становятся новой моделью, в которой суицид предстает как форма бегства от неприемлемой реальности в лучший, идеальный мир, отражая суть романтического мировоззрения. Важность суицида, как культурного образа, иллюстрируется лирической оперой, наиболее суицидальным жанром. Формальное исследование оперных либретто (в 337 операх на протяжении 4-х столетий) показывает, что завершённый суицид присутствует в 22% опер, а суицидальные высказывания и попытки - в 14%. В общем случае, каждая третья опера включает суицидальное содержание (Pridmore et al, 2013).

Связанным с оперой является и еще один прототипический случай, характеризующий новую модель суицида, характерную для западной цивилизации на рубеже 19-20 вв. Это смерть известного оперного тенора Адольфа Нурри, покончившего с собой в возрасте 37 лет в связи с переживаниями ухудшающейся вокальной формы и недостаточного приема у публики. Суицид в данном случае предстает как неудача, провал и разочарование. Это характеризует зарождение научного исследования суицида, где суицид концептуализируется, как неуспех в конкуренции, как в рамках свободного рынка, так и в рамках эволюционного отбора. Эту идею отчетливо формулирует Э. Морселли - суицид является проявлением естественного отбора, действующего, однако, не в сфере выживания в естественной среде, а в сфере конкуренции за место в социуме.

На фоне дальнейшей медиализации проблемы самоубийства в XX в., оно приобретает новое значение, как проявление, с одной стороны, слабости и ранимости человека, и, с другой, дефекта в общественных институтах и функциях, связанных с уходом и заботой. Суицид включается в сценарий страдания, расстройства, недолжного внимания, депривации и злоупотребления. Культурным прототипом можно считать самоубийство Мерлин Монро, демонстрирующее противоречие между внешним успехом и популярностью и внутренней ранимостью, и одиночеством.

Вероятно, справедливо говорить и о еще одной культурной модели суицидального поведения, связывающей суицид преимущественно с подростковым возрастом, и концептом кризиса, как одной из метафор, широко используемой в описании современных общественных явлений. Крупнейший научный журнал по суицидологии имеет название «Кризис», Познер и др. (Posner et al 2014) определяют суицид, как «величайший кризис в области общественного здоровья». Суицид в этом случае рассматривается в контексте неустойчивости, непредсказуемости, борьбы и противоречий, неэффективности в оценке рисков и управления ими.

2.2. Метод суицида

С точки зрения метода (средства) суициды делятся на попытки с высоким и низким суицидальным потенциалом. Среди наиболее распространенных, к методам с высоким суицидальным потенциалом относятся прыжки с высоты, использование огнестрельного оружия, повешенье. Менее высоким потенциалом обладают отравления бытовым газом, лекарственными средствами. Низкий потенциал отмечается при попытках свести счеты с жизнью с помощью вскрытия вен, что обычно встречается в рамках неоднократных суицидальных попыток и близко к несуицидальному самоповреждению. Различия в распространенности средств для суицида связаны в основном с их доступностью, так, в США отмечается большое количество случаев использования огнестрельного оружия, в Европе же самым популярным летальным средством суицида является самоудушение. В абсолютных и относительных цифрах, наблюдается преобладание попыток с высокой летальностью у мальчиков-подростков, с низкой летальностью – у девочек.

2.3. Клиническая типология суицидального поведения

Общепринятой типологии клинически различных вариантов суицидального поведения не существует. Одной из первых можно считать классификацию П.Жуссе и Ж.Моро-де-Тура (по Дюркгейму), выделявших (а) маниакальные (в результате бреда и галлюцинаций), (б) меланхолические, (в) обсессивные (в виде навязчивых идей), (г) необдуманные и импульсивные.

Основные различия, отраженные в отдельных классификациях, сводятся к различиям в (а) обдуманности или импульсивности при принятии решения, (б) истинности (искренности) намерения или его демонстрации, (в) оформленности летального намерения (в противовес его неопределенности и амбивалентности), (г) наличии факторов, обуславливающих нарушения правильной оценки реальности.

В отечественной практике наибольшую известность имеет предложенное А.Е.Личко (для подростков) деление суицидальных попыток на три группы:

(а) истинные, при которых суицидальное намерение соответствует центральным личностным мотивам,

(б) аффективные, при которых суицидальное намерение возникает ситуативно, на фоне аффективного сужения сознания,

(в) шантажно-демонстративные, при которых интенция умереть отсутствует, а инструментальное суицидальное поведение направлено на достижение других целей.

В подходе В.А. Тихоненко (Амбрумова, Тихоненко, 1983) предлагается две типологии:

- с точки зрения цели, выделяются (а) истинные самоубийства (целью является лишение себя жизни), (б) демонстративно-шантажное суицидальное поведение (цель - демонстрация намерения), (в) самоповреждение (цель - повреждение органа, но не смерть), (г) несчастные случаи (иные цели, обычно в условиях неправильной оценки реальности).

- по личностному смыслу (проявлению ведущего мотива) выделяются, с прогрессией с точки зрения серьезности (по мере сближения цели и мотива): (а) протест или месть; (б) призыв (поиск помощи); (в) избежание (наказания, страдания); (г) самонаказание (с уничтожением «внутреннего врага»), (д) отказ (отсутствие других мотивов, кроме прекращения жизни); Кудрявцев (2013) добавляет (е) мизантропические и (ж) суггестивные суициды.

В зарубежных работах сложнее выделить согласованный подход к типологизации суицидального поведения. В последнее время эта задача ставится в основном в плане формального отграничения разных по тяжести форм суицидального и самоповреждающего поведения. Схожую с отечественными классификациями предлагает Дейвид Лестер (2009), выделяя (а) суицид первого уровня, при котором субъект убивает себя с четким намерением умереть и предшествующим обдумыванием, (б) суицид второго уровня, при котором есть намерение умереть, но нет обдумывания, суицид является результатом импульсивного поступка, (в) суицид третьего уровня, заключающийся в стремлении причинить себе вред без намерения умереть, (г) смерть по собственной воле (voluntary self-death) - случаи, когда человек убивает себя либо в результате расстройства психического функционирования, либо при очевидной провокации.

Традиционно выделяемые в отечественных работах аффективные попытки обычно определяются, как импульсивные, или малообдуманные (в противовес обдуманным - premediated - суицидам). Для шантажно-демонстративных используется термин suicidal gesture - буквально жест, демонстрация, знак, поступок. Это понятие, однако, используется шире, оно указывает на любые попытки с низкой летальностью и часто используется по отношению к любым покушениям на суицид, суицидальным угрозам, но, в то же время, подчеркивает их испытательный, пробный и коммуникативный характер.

Эдвин Шнейдман (1981) опирается на оценку сохранности способности к суждению, выделяя: (а) логические суициды (сохранная логика, рациональная цель - уход от страдания), (б) «палеологические» суициды (суицид связан с расстройствами логики и ошибками оценки реальности), (в) «каталогические» суициды (ошибки связаны с посылками суждений, например, депрессивными когнитивными схемами при

«семантических» суицидах, или особыми культурными представлениями о том, что будет после смерти в «социологических» суицидах).

2.4. Типология самоповреждающего поведения

Армандо Фавацца, среди девиантных (патологических) форм самоповреждения, (1993) выделяет:

(а) крупные членовредительства (необратимые и значимые для жизнедеятельности повреждения, например, осклопление, обычно наблюдающиеся при расстройствах шизофренического спектра, острых интоксикациях, других психотических расстройствах, а также при транссексуализме);

(б) стереотипные членовредительства (биение головой, прикусывания и пр., характерные в первую очередь для расстройств развития, тяжелых психотических и дефектных состояний);

(в) поверхностные (умеренные) членовредительства, характерные для широкого спектра расстройств, включая расстройства, связанные с тревогой и трудностями адаптации (например, ПТСР), аффективными расстройствами, расстройствами питания. Среди них различаются (а) компульсивные (привычные действия, вроде трихотилломании - вырывания волос, онигофагии и пр., характерных для обсессивно-компульсивного расстройства), (б) импульсивные, включающие самопорезы, скарификации, прижигания. Подчеркивается псевдотерапевтический эффект этих действий, которые используются для совладания с негативными эмоциями (тревогой, тоской, чувством вины, обычно определяемых как «психическая боль»), что в свое время подчеркивал Карл Меннингер, указывавший, что членовредительство может рассматриваться, как попытки совладания с суицидальными тенденциями.

Импульсивные попытки могут быть одиночными, но часто приобретают повторяющийся характер, формируя синдром повторяющихся членовредительств, или, в терминологии DSM-5, синдром несуйцидального самоповреждения (впервые описанный в 1967 г. Граффом и Маллином как «синдром изрезанного запястья»). В этом случае, самоповреждения становятся привычной формой реагирования, интегрируясь в характерологические особенности, приобретая компульсивный характер, нередко, с эротизацией.

Существует феноменология, которая напрямую не относится к формам самоповреждающего поведения, но которая близко к нему примыкает, и которая в некоторых случаях может приобретать характер «суйцидальных эквивалентов». Во-первых, это некоторые формы получения сексуального удовлетворения, прежде всего

эротическая асфиксия. Во-вторых, это телесные модификации, прежде всего, множественные и экстремального, на границе культурной нормой, характера, связанные, обычно, с поиском субкультурной идентичности. Наконец, это паттерны, в которых большую роль предположительно играют дисморфофобические и дисморфоманические переживания, например, неоправданная тяга к пластической хирургии (т.н. синдром «минимальной физической деформации» или «неудовлетворимого пациента эстетической хирургии»). В детском возрасте, значение «суицидальных эквивалентов» могут иметь любые атаки на внешность, например, неожиданное самовольное обрезание волос.

Шнейдман, анализируя поведение лиц, чья смерть не была результатом суицида, но была связана с осознанным пренебрежением собственной безопасностью выделили четыре типа: (а) игроки со смертью, отдающие себя на волю судьбы, (б) приближающие смерть, игнорируя требования гигиены, и само-предохранения, (в) испытатели смерти, склонные испытывать свои границы, через доведение себя до крайности, с помощью экспериментирования психоактивными веществами и пр. эксцессами, (г) обреченные на смерть - пассивные и капитулирующие, не сопротивляющиеся смерти и отрицающие ее риск.

Отдельные формы суицидального поведения:

Суицидальные пакты и двойные суициды - случаи самоубийств, или убийств-самоубийств, основанные на добровольном договоре двух лиц, об одновременном уходе из жизни, или помощи в совершении суицида. Обычно совершаются влюбленными парами, имеющими угрозу разлучения. В последнее время внимание привлекается к суицидальным пактам через интернет. В отличие от традиционных суицидальных пактов, интернет-пакты заключаются незнакомыми друг с другом людьми, характерны для подростков и носят более распространенный характер.

Расширенные суициды - суициды, сочетаемые с убийством, часто близких родственников. Формально, к ним можно отнести также и террористические суицидальные атаки, которые, однако, предпочтительно относить к группе убийств-самоубийств (включающих так же убийства из ненависти, ревности, мести, с последующим самоубийством).

Ритуальные суициды - предписанные конвенциональные формы суицидального поведения в определенных ситуациях, встречающиеся в некоторых культурах. Например, сеппуку в Японии, обряд сути для вдов в Индии,

Гетеросуициды, прокси-суициды, самоубийство при помощи полицейского. Действия человека, провоцирующие его убийство другими лицами. Предположительно, особым вариантом является амок, культурно-специфическое расстройство в Южной Азии,

при котором безоружный или вооруженный холодным оружием человек, в трансовом состоянии, нападает на толпу, и не останавливается, пока не будет убит. Некоторые исследователи связывают данную форму поведения с жестким табу суицида.

Массовые суициды - суициды, совершаемые группой лиц по предварительному сговору. Обычно связаны с религиозным, политическим или этническим преследованием меньшинств. Наиболее известным случаем является массовое самоубийство 900 последователей секты «Храм Народов» Джима Джонса в Гайане в 1976 г.

Эвтаназия и ассистированные суициды. Оба термина сейчас относятся к помощи в добровольном уходе из жизни. В случае эвтаназии, смерть обеспечивается действиями другого человека (врача), в случае ассистированного суицида, врач дает пациенту средства, для самостоятельного прекращения жизни. Различается также пассивная (не осуществление мероприятий по поддержанию жизни) и активная эвтаназия. Эвтаназия и ассистированные суициды имеют различно законодательные ограничения в разных странах.

Имитационные суициды - суициды и суицидальные попытки, в которых большую роль играет экспозиция реальных или вымышленных случаев самоубийства. Эффект суицидального заражения (suicide contagion), или «эффект Вертера» (Дейвид Филлипс, 1979) - относится как к повторяющимся случаям имитационных самоубийств, так и к увеличению частоты суицидальной идеации, связанных с новостями о самоубийстве (обычно, но не всегда, популярных личностей) или публикацией популярных художественных произведений. Суицидальные кластеры - серия суицидов, близких по времени и месту. Нет достаточных данных о том, чтобы говорить, насколько имитационные и кластерные суициды можно однозначно связать с одним из типов суицидального поведения, рассматривать, как отдельную форму, или видеть в них проявление общих тенденций, присущих суицидальному и самоповреждающему поведению. Массовость феномена обычно преувеличивается, суицидальное заражение и кластерные суициды описывают до 10 (обычно приводятся данные в 1-5) процентов подростковых суицидов, случаи суицидального заражения редко превышают десяток, хотя в отношении суицидальных попыток и идеации феномен может быть недостаточно документирован.

Суицидомания - не имеющее устойчивого значения понятие (встречающееся практически исключительно в отечественной литературе), указывающее в большинстве случаев на стойкое патологическое влечение к совершению суицида.

Контрольные вопросы и задания

Какую связь можно проследить между выбором метода суицида и типом суицидального поведения?

Проведите сравнение разных типологий суицидального поведения и приведите гипотетические примеры отдельных форм.

Какие осознаваемые мотивы суицидального поведения наиболее характерны для современных подростков? Есть ли какие-то, на Ваш взгляд, различия с тем, что наблюдалось раньше?

Приведите примеры разных форм самоповреждающего поведения.

Какими механизмами в рамках рассмотренных ранее концепций суицидального поведения может объясняться «эффект Вертера»? Каковы могут быть причины суицидальных эпидемий?

В чем социальное и культурное значение «табу суицида»? Является ли оно универсальным? Что говорит об обществе снижение или ужесточение «табу суицида»?

Какие культурные модели суицидального поведения могут быть наиболее привлекательными для подростков?

Шнейдманом были выделены логические, палеологические и каталогические суициды. Какой тип суицидов возможен при большой депрессии? Какой тип наиболее распространен в подростковом возрасте?

В классификации самоповреждающего поведения Шнейдманом выделены игроки со смертью, приближающие смерть, испытатели смерти и обреченные на смерть. Приведите примеры форм поведения, подпадающих под каждую из обозначенных категорий. Какие личностные черты или психопатологические расстройства им соответствуют?

Какие мотивы могут лежать за суицидальными пактами подростков?

Литература

Основная литература

- Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017.
- Антология суицидологии / под ред. Дж. Мольтсбергера, М.Голдблатта, М.: Когито-центр, 2018.

Дополнительная литература

- ВОЗ. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Geneva: WHO, 2014.
- Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013 (11), 2. – сс. 3-7.
- Напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005.
- Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М.: Новое литературное обозрение, 1999.
- Farberow N. (Editor). The Encyclopedia of suicide. / под ред. G.Evans, N.Farberow. NY: FactOnFile, 2003.
- The Oxford handbook on suicide and self-injury / под ред. Nock M., Oxford, NY: Oxford University Press, 2014.
- Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации, 1980.

Глава 3

Структура и динамика суицидального поведения

3.1. Суицидальная идеация, суицидальный кризис и суицидальная коммуникация

Мысли и фантазии и намерения, определяемые в отечественных работах, как «суицидальные идеи» или «внутренние формы суицидального поведения», а за рубежом - как суицидальная идеация, играют важнейшую роль, будучи одним из наиболее значимых индикаторов последующей попытки, а в некоторых случаях - единственным критерием различия суицидального и самоповреждающего поведения. Традиционно выделяется пассивная идеация (не включающая идею о собственных действиях по прекращению жизни - интерес к теме смерти, фантазии о том, что будет, если умереть, желание заснуть и не проснуться, фантазии о несчастных случаях и катастрофах и пр.) и активная идеация, включающая замыслы (фантазирование о самоубийстве без конкретного плана, обдумывание методов и последствий - страданий близких людей и пр.) и намерения и планы (конкретное планирование, анализ условий, предупреждение препятствий в осуществлении замысла). Суицидальные планы могут сопровождаться подготовительными действиями.

Более формально, могут быть выделены два аспекта суицидальной идеации - желание умереть (определяющее суицидальность) и желание действовать (определяющее тяжесть).

Большое значение имеет описание Рингелем «пресуицидального синдрома» (1958/76), как особого психологического состояния, почти всегда предшествующего суициду. Другие авторы, в схожем смысле, говорят о «суицидальном кризисе». Из трех компонентов пресуицидального синдрома Рингелем, кроме (а) описанного выше *фантазирования о смерти*, выделяются, (б) подавление и инверсия агрессии и (в) сужение или ограничение психического функционирования, как наиболее общая характеристика. Сужение включает ряд аспектов: (а) внешнее, или ситуационное сужение, (б) сужение личностного функционирования («динамическое» сужение) - нарастание ригидности осознания и мышления, руминации, аффективное сужение, (в) ограничение общения, (г) сужение в ценностной сфере.

Шнейдман выделяет три аспекта суицидального кризиса (т.н. «кубическая модель») : (а) невыносимая психическая боль, (б) расстройство (смятение - perturbation) психического функционирования, включающее ограничение эмоционального и когнитивного реагирования («тоннельность»), (в) восприятие непреодолимого внешнего давления (пресса).

Среди характерных, сопровождающих суицидальное поведение или связанных с высоким суицидальным риском переживаний, выделяются так же (с опорой, в первую очередь, на когнитивно-бихевиональные модели суицида), амбивалентность (борьба интенсивного страха смерти и желания умереть), с «взвешиванием» причин для смерти и причин для жизни, безнадежность и беспомощность, восприятия безысходности, т.н. чувство «попадания в западню», а также острые переживания вины и стыда.

Большое значение имеет суицидальная коммуникация, в виде суицидальных высказываний (прямого или косвенного характера), и суицидальных угроз. Большинство специалистов подчеркивает, что любые угрозы должны приниматься во внимание. Одним из «мифов о суициде» является представление о том, что человек, говорящий о суициде, никогда не предпримет покушения на свою жизнь. Высказывания о приемлемости и желательности собственной смерти, угрозы и шантаж, демонстрация самоповреждений, а также попытки с низкой летальностью могут рассматриваться, как «крик о помощи». В них проявляется характерная для пресуицидального синдрома и кризиса амбивалентность. Коммуникация может иметь не только вербальный, но и поведенческий характер (возвращение одолженных вещей и символические подарки, обращение с просьбами о прощении).

Масштабное исследование Кесслера (1999) подчеркивает значимость оценки суицидальной идеации: в исследованной общей популяции 5877 чел. от 15 до 54 лет идеи о смерти встречаются у 13,5% популяции от 15 до 54 лет, 3,9% имеют сформированные суицидальные планы, 4,6% - совершают попытки. 34% имеющих идеи о самоубийстве переходят к планам, а 72% имеющих план совершают попытки. 26% переходят от идей к попыткам, без планирования (аффективные или импульсивные покушения на самоубийство). Что касается суицидальной коммуникации, то исследования постфактум показывают, что порядка 80 процентов пациентов, лишивших себя жизни, оставляли различные ключи, по которым можно было распознать их намерение, а до 90 процентов подростков, совершивших суицидальные поступки, указывают на то, что пытались, но не смогли поговорить с родителями в период оформления суицидального намерения (т.н. блокированная коммуникация) (Farberow, 2003).

3.2. Этапы развития суицидального процесса (суицидальная динамика)

Рассмотрение суицидального поведения в динамике является наиболее перспективным с точки зрения понимания того, как взаимодействуют множество детерминирующих его факторов и с точки зрения планирования методов предупреждения и вмешательства. Оно основано на выделении отдельных значимых вопросов: (а) как происходит возникновение идей о смерти и суициде, (б) как возникает и закрепляется (кристаллизуется) суицидальное намерение, (в) как происходит переход от намерения к действию, (г) как происходит закрепление (или изменение) паттерна суицидального поведения, связанное с риском повторных попыток. Центральным здесь также является понятие суицидального кризиса и пресуицидального синдрома. Среди разных подходов к описанию, один из наиболее развернутых и принятых в отечественных работах принадлежит А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко, которые выделяют:

(А) Патологическую почву - состояние, характеризующееся антивитальными переживаниями - «отрицающими жизнь» установками (бессмысленность существования и пр.);

(Б) Пресуицид - этап развития суицидальной идеации («внутренних форм» суицидального поведения), связанный с дезадаптацией (кризисом), возникающей под действием внешних и внутренних факторов. Может быть острым (исчисляемым минутами, как при импульсивных суицидах) или хроническим (продуманные суициды) по протяженности, эффективно-напряженным (с активной позицией, яркими поведенческими

проявлениями, фиксацией на актуальных переживаниях) или аффективно-редуцированным (с низкой вовлеченностью, интенсивностью эмоций и поведенческих проявлений) по содержанию переживаний. В развитии пресуицида выделяются три ступени, обычно следующие друг за другом и различающиеся по тяжести: первая – пассивные суицидальные мысли; вторая – суицидальные замыслы; третья – суицидальные намерения, с включением подготовительных действий. После принятия намерения может наблюдаться состояние успокоения, «затишья перед бурей», или «псевдоизлечения».

(В) Суицидальное поведение (внешние формы, классифицируемые по цели на шантажно-демонстративные, истинные, самоповреждения и несчастные случаи, а так же по мотиву - см. выше), включающий суицидальные попытки, в которых выделяются обратимая и необратимая фазы, связанные с летальностью намерений и выбранного способа покушения, и собственно завершённый суицид.

(Г) Постсуицид, в котором выделяются три этапа: ближайший (1-я неделя), ранний (до месяца, поздний (последующие 4-5 месяцев). Характер переживания постсуицида может быть критическим, манипулятивным, аналитическим и суицидально-фиксированным, что в соответствующем порядке определяет повышающийся риск рецидива.

Клонски и Мей предлагают простую трехшаговую модель суицида:

Первый шаг связан с развитием суицидальной идеации, для которого центральной проблемой является наличие психологической боли и чувства беспомощности.

Второй шаг связан с развитием активной (в терминологии авторов, «сильной») суицидальной идеации, что определяется низкой «включенностью» (connectedness) в социальные отношения, жизненные проекты, планы, смыслы для дальнейшего существования. В данном случае психологическая боль перевешивает «включенность».

Третий шаг связан с переходом намерения в действие и определяется наличием «суицидальной способности», т.е. способности преодолеть «суицидальный барьер», включающей три аспекта: диспозиционный (низкая чувствительность к боли), приобретенный (привыкание к идее смерти и боли, снижение страха смерти), практический (доступность средств и наличие знаний и навыков).

3.3. Предиспозиционные профили, суицидальная уязвимость

Исследования не позволяют говорить о существовании единого профиля человека, склонного к совершению суицида. Существует как минимум несколько констелляций признаков, которые описаны у лиц, совершивших попытки суицида или склонных к

самоповреждениям. С другой стороны, эти профили не отличают людей, склонных к суициду, от тех, кто не склонен к ним - они встречаются и у лиц, не совершающих суицидальные попытки, хотя и повышают их риск.

Чаще всего выделяются психопатологические профили, среди которых доминируют

(1) депрессии, при которых суицидальные идеи и действия непосредственно выводятся из симптомов расстройства (заставляя некоторых исследователей скорее ставить вопрос о том, почему столь низкий процент депрессивных пациентов совершает суицидальные попытки, оцениваясь, по данным современных исследований, в 10-15% - по Вассерман, 2001), и

(2) злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, при котором суицидальное поведение рассматривается скорее, как отдаленное следствие, связанное с заострением конфликтов, личностных проблем, возрастающей аффективной неустойчивостью.

Профилем риска являются так же расстройства личности, в первую очередь относящиеся к кластеру В по DSM (связанные с нарушениями межличностных отношений и самооценки), в особенности (3) диссоциальный тип, где суицидальные попытки характерно имеют ситуативно обусловленный характер (например, избегание ограничения свободы, угроз и наказания), (4) эмоционально-неустойчивый пограничный тип, для которого характерны прежде всего самоповреждения и повторяющиеся попытки, и где импульсивная аутодеструктивная активность включена в критерии диагностики); (5) шизофрения, где опасность представляет как продуктивная симптоматика (мучительные обманы восприятия, бредовые синдромы), так и негативная (прогрессирующие аутизация, ангедония, апато-абулические расстройства, эмоциональное притупление); (6) тяжелые расстройства, связанные с тревогой и расстройства адаптации (например, агорафобия, панические атаки, генерализованное тревожное расстройство, ПТСР), (7) расстройства, связанные с неприятием своего пола или сексуальной ориентации, особенно у подростков.

В детском и подростковом возрасте могут быть определены два профиля, с опорой на факторную концептуализацию расстройств эмоций и поведения (Томас Ахенбах): (а) тип с преобладанием расстройств интернализации, связанный с избыточным, характеризующийся устойчивыми сомнениями в собственной ценности, способностях, негативными ожиданиями от будущего и поведенческой подавленностью, отчетанием депрессивных и тревожных черт, (б) тип с преобладанием расстройств экстернализации, недостаточным контролем, поведенческими расстройствами, импульсивностью и возбудимостью, разлаженными межличностными отношениями.

Выделяются также личностные диспозиционные паттерны. Два обладают наибольшей последовательностью: перфекционистский и импульсивно-агрессивный.

Согласно А.Е. Личко, наиболее уязвимыми в отношении суицидального поведения являются подростки с сензитивными, циклоидными (циклотимия, гипотимия), эмоционально-неустойчивыми, эпилептоидными и истероидными типами акцентуации характера. Разные типы акцентуаций характеризуются так же и различными типами суицидального поведения: демонстративное связано с истероидными и эпилептоидными чертами и их амальгамными смешениями, аффективные попытки - с эмоционально-неустойчивыми чертами, истинные - с сензитивными и циклоидными чертами.

Шнейдман предлагает дифференциацию, согласно predisposing типам проблем, лежащих в основе суицидального поведения: эготические (связанные с притязаниями и внутренними конфликтами), дуалистические (связанные с межличностными конфликтами), агенеративные (связанные с социальной изоляцией и одиночеством) суициды.

Израил Орбах выделяет три гипотетических суицидальных кластера, которые можно рассматривать, как обобщение основных представлений о суицидальной ранимости (первые два выделяются большинством исследователей): (а) депрессивно-перфекционистский, связанный с депрессиями и зависимостями (алкогольной), чувствами безнадежности, стыда, вины и одиночества, личностной ригидностью и амбициозностью, и стрессами в виде сепарации, отвержения, запретов, излишней требовательности, неудач и разочарований; (б) импульсивный, связанный с расстройствами поведения, чувствами гнева и раздражительностью, личностными чертами импульсивности, агрессивности, негативизма и стрессами в виде домашнего насилия, конфликтов и нерешимых проблем; (в) дезинтегративный, связанный с тревожными состояниями и психическими расстройствами, характеризующийся переменчивыми эмоциями и тревогой, личностным профилем в виде спутанной идентичности и сверхчувствительности и стрессами в виде утраты стабильности окружения, подверженностью внезапным (а не хроническим) стрессовым воздействиям разного характера.

Следует отметить, что, некоторые авторы, кроме ряда специфических профилей ранимостей для суицидального поведения, предполагают существование еще и общей суицидальной активности, являющейся если не обязательной, то значительно увеличивающей риск суицидальности при сочетании с другими профилями риска (особенно в подростковом возрасте). К ней относят в первую очередь когнитивный профиль, связанный с ригидностью мышления, ограниченностью и негибкостью копинг-стратегий, неразвитостью навыков проблемно-решающего поведения.

3.4.Возрастные особенности

Суицидальные попытки в детском возрасте (до 10-12 лет) носят исключительный характер. В первую очередь встает вопрос о том, насколько правомерно говорить о суицидальном поведении в этом возрасте, учитывая предлагаемые ВОЗ критерии: понимание результата, его желательность, самовольная инициация действий по его достижению. Ключевыми являются вопросы о понимании ребенком значения смерти (которое, по данным разных исследователей, устанавливается к 11-14 годам), точности и полноты осознания последствий своих действий, а также сформированности намеренности поведения. Эти соображения сближают многие случаи иницированной самими детьми смерти с т.н. «несчастливыми случаями», при которых суицид является результатом неверной оценки ситуации. Так, суицидальные попытки детей часто имеют отчетливую и сознаваемую направленность на причинение вреда не себе, а окружающим (обидчику, родителям и пр.). Этому соответствует и более распространенный в детском возрасте личностный профиль, связанный с суицидальным поведением, в котором представлены стеничность, чувствительность к ограничениям собственных интересов, аффективная застреванность, склонность к вспышкам агрессии.

Серьезные суицидальные попытки в детском возрасте являются редкими, и обычно отражают аномальные обстоятельства – либо невыносимую ситуацию (различные формы жестокого обращения и злоупотребления ребенком), либо процессуальное психическое заболевание. Характерным отличием является отсутствие типичного для взрослых и подростков «пресуицидального синдрома», т.е. этапа развития суицидальной идеации.

Более распространены менее серьезные формы суицидального поведения, преимущественно ограничивающиеся суицидальными демонстрациями или угрозами, которые справедливо рассматривать как проявления психогенных (патохарактерологических) реакций, которые представляют типичные для возраста формы реагирования на фрустрирующие обстоятельства. К ним относятся реакции оппозиции (активного или пассивного протеста), отказа, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Так, демонстративные попытки часто развиваются по типу реакций активного протеста (в ответ на предъявляемые требования или наказание), а рискованные формы поведения могут основываться на имитации и компенсации, как способе восстановления статуса. Для более старшего (раннее подросткового, подросткового) возраста типичными являются реакции эмансипации, группирования, отрицательной имитации (действие наоборот), увлечений, а также связанные с сексуальными влечениями. Два последних типа реакций могут, например, объяснять часть случаев самоповреждающего поведения в подростковом возрасте. Психогенные реакции детского возраста могут наблюдаться и у более старших подростков, являясь индикатором личностной незрелости.

Суицидальное поведение в подростковом возрасте, напротив, является крайне актуальной проблемой, оказываясь одной из основных причин смертности подростков. Структура суицидального поведения подростка уже имеет много сходств с тем, что наблюдается у взрослых, особенно в старшем подростковом возрасте. В отличие от ребенка (следует учитывать, что эти отличия не являются абсолютными), у подростка прогрессивно развивается способность предвидеть последствия своих действий, разворачивать целенаправленную активность, отвлеченно оценивать происходящее, сравнивать себя с другими и применять к себе и своей жизни отвлеченные идеи, в т.ч. идею собственной конечности (смерти). В известной степени, развитие личности и когнитивной сферы подростка делает открытой возможность совершения суицида, в то время как в детском возрасте можно постулировать существование определенного «барьера» для суицида.

Суицидальное поведение подростков обладает рядом отличительных особенностей.

Во-первых, отмечается наиболее выраженная по сравнению со всеми другими периодами пропорция в сторону большего количества суицидальных попыток по отношению к завершенным (фатальным) суицидам.

Во-вторых, отмечается что «истинные» формы суицидального поведения менее характерны, подчеркивается высокая амбивалентность подростков по отношению к мотиву уйти из жизни. Суицидальное поведение рассматривается, как последнее средство, с высокой готовностью отказаться от него, при наличии альтернативы. Общее значение суицидальных попыток, как «крика о помощи» считается для подросткового возраста наиболее характерным. Так же, как и в детском возрасте, суицидальное поведение в подростковом возрасте целесообразно рассматривать в коммуникативном контексте, как преимущественно психогенные реакции, имеющие психологическую направленность и потенциально обратимые при своевременном вмешательстве и возможности влиять на их причины.

При том, что для подростков характерны ситуативно-обусловленные попытки и суицидальные жесты (демонстративные попытки), важно учитывать сглаженность различий, трудности дифференциации разных форм суицидального поведения у подростков и оценки истинности намерений и летальности выбранного способа, а также опасность преждевременной категоризации попыток, с легкостью перехода одной формы в другую. Элемент демонстративности может быть обманчивым, проявляя общие черты подростковой психики. Следует также учитывать, что причиной суицидальных действий могут стать мотивы, незначительные с точки зрения взрослых.

Третьим моментом является большая роль суицидальной идеации в подростковом возрасте. Обращение к вопросам о смерти, конечности своего и чужого существования,

является неотъемлемой чертой подросткового возраста, что подтверждается многочисленными культурными примерами. Пассивные и активные суицидальные мысли, если и не являются обязательным условием подросткового возраста, имеют широкое распространение и могут иметь свое значение с точки зрения переживания трудностей подросткового развития (например, как компенсация чувства ограничения собственной автономии). Несмотря на абсолютную необходимость профессионального внимания к суицидальным идеям, важно понимать, что причины их возникновения могут быть шире, чем подразумеваемая связь с наличной ситуацией.

Характер деструктивных атак на тело, со стремлением к причинению боли, видимых повреждений является еще одной типичной чертой подростковых суицидальных попыток. Это сближает и затрудняет дифференциацию суицидального и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте. Эмпирически показана связь между несуйцидальными самоповреждениями у подростков и риском суицидальных попыток с разной степенью летальности, что менее характерно для взрослой популяции.

Суицидальная идеация и склонность к самоповреждениям подкрепляется также возрастной склонностью к перепадам настроения и депрессивным состояниям, которую Марселли и Браконе определяют, как «базальный депрессивный аффект подросткового возраста». Аффективные нарушения разной степени тяжести, в том числе, ларвированные (маскированные) депрессии формируют один из типов предрасположенности к суицидальному поведению в подростковом возрасте.

С другой стороны, характерным является также то, что суицидальные проявления в подростковом возрасте часто соседствуют с другими поведенческими симптомами, такими, как уходы из дома, прогулы, агрессивные и деструктивные поступки, трансгрессии, сексуальные эксцессы и употребление ПАВ. Это указывает на роль протекающего подросткового кризиса, связанного с неустойчивостью психического функционирования, слабостью саморегуляции, высокой зависимостью от внешней ситуации. Особое значение здесь имеет связь между аутодеструктивными проявлениями и девиантной социализацией, в т.ч. в виде следования предписанным формам поведения, с высокой значимостью подражания, идентификации и использования самоповреждений, как примитивных методов саморегуляции аффективных состояний. Не менее характерной является другая форма прохождения возрастного кризиса, преимущественно ограничивающаяся семейным контекстом, с амбивалентно-зависимыми отношениями с родителями, внутренне противоречивыми родительскими требованиями, воскрешением детских травм, погружением родителей в воспоминания о собственном юношестве и пр.

Наконец, заслуживает внимания и особый культурный контекст, связанный с повышенным вниманием к проблеме, окруженной страхами, мифами, чувством беспомощности, сопровождающим родителей и профессионалов, и легкость развития объяснительных теорий «профанного знания», опасность которых заключается в риске поспешного нахождения внешней причины и игнорирования конкретных проблем подростков. Привлечение внимания к проблеме подростковых суицидов делает различные формы самоповреждающего поведения одной из привилегированных форм выражения страдания, смещенной коммуникации и возможностей оказания влияния на взрослых.

Тейчер (по Оудсхорн, 1980) описывает типичную этапность развития суицидального поведения в подростковом возрасте:

1. Длительная история проблем в детстве (неблагоприятные условия развития, семейный фон, поведенческие и эмоциональные расстройства),
2. Этап эскалации, когда к имеющимся трудностям присоединяются проблемы подросткового возраста, акцентированный кризис, часто – нефатальные суицидальные попытки, с их игнорированием окружением, ухудшение успеваемости, сложности в отношениях со сверстниками и семьей, с нарастающей изоляцией.
3. Этап суицидального поведения, связанный с выраженным отчуждением от родителей и сверстников. Характерным для этого этапа является феномен «спасательного круга» в виде попыток цепляния за любимый объект. Неудачи этом цеплянии и оказываются ключевыми стимулами для суицидальных попыток.

Описанные (см. выше) Орбахом три типа ранимости, как представляется, хорошо отражают predisposиционные типы, распространенные в подростковом возрасте. Амбрумова с соавторами (1989) схожие различия связывает с возрастными особенностями: для младшего и среднего подросткового возраста характерны ситуативные реакции депривации, сопряженные с угнетенностью замыканием в себе, негативизмом, развивающиеся на фоне авторитарного воспитания и формирующие цель суицидального поведения в виде стремления отомстить обидчику. Для среднего подросткового возраста характерны эксплозивные реакции, с аффективной напряженностью, завышенным уровнем притязаний, стремлением к лидерству, на фоне аналогичных особенностей семейного взаимодействия и формирующие мотив мести и доказательства собственной правоты. Наконец, для старшего подросткового возраста характерны реакции самоустранения, с эмоциональной неустойчивостью, внушаемостью, наблюдающиеся у запущенных подростков с невысоким интеллектом и формирующие мотив ухода от трудностей.

Контрольные вопросы и задания

Какие личностные профили связываются с риском суицидального поведения?

Какие психопатологические расстройства наиболее связаны с суицидальным поведением?

Как соотносятся между собой суицидальная идеация, суицидальные попытки и суицид? В чем специфика подросткового возраста?

В чем значение понятия «пресуицидальный синдром»? В каких случаях наблюдается «пресуицидальный синдром»? Какие схожие по смыслу понятия используются?

Что такое «суицидальная почва» в определении Амбрумовой и Тихоненко? Чем она отличается от пассивной суицидальной идеации?

Какие виды суицидального поведения характерны для подросткового возраста? Как соотносится число суицидальных попыток и завершенных суицидов? Почему?

Какие факторы способствуют резкому увеличению количества суицидов в подростковом возрасте по сравнению с детством? Почему?

Предположите, какие черты суицидального поведения характерны в целом для ранне-, средне- и позднеподросткового возраста? Почему?

В классических психиатрических работах суицидальное поведение при депрессиях рассматривалось, как рациональное. В чем основание? Есть ли контраргументы?

Литература

Основная литература

Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации, 1980.

Венар Ч., Кериг, П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985

Дополнительная литература

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквашина К.В., Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы // Российский психиатрический журнал. 2016. №4. сс. 58-63.

Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013 (11), 2. – сс. 3-7.

Лебединский В.В., Лебединская К.С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект, 2011.

Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017.

Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Смирнов И.И. Клиническая типология суицидального (аутодеструктивного) поведения у детей и подростков, госпитализированных в

психиатрический стационар в порядке неотложной помощи. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014, № 1.

Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида. // Энциклопедия глубинной психологии, т. II. / под ред. А.М.Боковикова. М.: Когито-центр, МГМ, 2001ю – сс. 88-102. Психоаналитические концепции суицида.

Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.

Suicide in Children and Adolescents / под ред. R.King, A.Apter, Cambrige: Cambrige University Press, 2013

Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. М, Социальная и клиническая психиатрия, 1993.

Глава 4

Факторные модели объяснения суицидального поведения

4.1. Принципы построения объяснительных моделей суицидального поведения

Существует консенсус по поводу того, что феноменология суицидального и самоповреждающего поведения должна рассматриваться, как результат гетерогенных по своим проявлениям мульти детерминированных влияний, в которых свою роль играют биологические, социокультурные и психологические факторы, действующие на разных этапах индивидуальной истории развития человека. На современном этапе любые расстройства психики и поведения концептуализируется в рамках био-психосоциальной парадигмы (любое расстройство предполагает взаимодействие факторов разных уровней организации), с предпочтением диатез-стрессовых моделей этиологии (взаимодействие предрасположенности или ранимости, запускающих триггерных воздействий и опосредующих факторов-медиаторов), и ориентацией на принципы мульти- и эквивифинальности психопатологии развития (один и тот же неблагоприятный фактор может способствовать развитию разных расстройств, и одно и то же расстройство у разных людей может быть связано с ведущей ролью разных неблагоприятных факторов в прошлом, что предполагает существование сложных каузальных цепочек развернутых во времени), что соответствует общим положениям экологического и системно-динамического подходов к пониманию развития. Суицидальное поведение, однако, не связано жестко с какой-то одной из форм описанных расстройств, что делает проблему его обусловленности еще более сложной.

Существует большое количество попыток предложения синтетических моделей по типу риск-протекция или диатез (уязвимость) –стресс по отношению к суицидальному поведению, с учетом большего или меньшего числа факторов. Одна из первых,

разработанных специально по отношению к подростковому возрасту Дж.Блументаль и Д. Купфером (главы рабочей группы по разработке DSM-5), схематически представлена на схеме, приводимой ниже.



Рисунок 2. Модель факторов риска и протекции по Blumenthal, Kupfer, 1988

Широкую известность получила диатез-стресс модель Дж. Манна (1998), в которой в результате факторного анализа было выделено три компонента, лежащих за кластеризацией разных случаев суицидального поведения: два фактора-состояния (психоз и депрессия) и фактор-черта (агрессивность-импульсивность). Интегративная модель в отечественной традиции была предложена Б.С. Положим, в которой выделяются предиспозиционные детерминанты и стрессовые воздействия (критические события). Детерминанты I ранга, являющиеся необходимыми и первичными, включающие биолого-генетические, клинические (наличие расстройств) и психологические (характерные личностно-когнитивные профили уязвимости, связанные с ранними этапами формирования психики) факторы. Детерминанты II ранга описывают предиспозиционные влияния, не являющиеся обязательными, такие, как религиозные убеждения, семейная обстановка, соматические заболевания, социальная поддержка. Детерминанты III ранга – это факторы, влияющие на популяционную распространенность суицидов, относящиеся к социокультурным и этническим особенностям (включая безработицу, общий уровень социального благополучия, особенности культурно-ценностной системы). Стрессы,

запускающие суицидальный процесс и способствующие реализации суицидальных намерений, являются разнообразными, однако отмечается, что до половины из них связаны с семейными конфликтами.

О'Коннор с соавторами (o'Connor et al, 2011 / International handbook..., 2011) предлагает психологическую трехфазную интегрированную мотивационно-волевую модель.

Первая, премотивационная фаза, отражает биопсихосоциальную модель формирования суицидальной ранимости, связанного с взаимодействием биологического диатеза, ранних воздействий и жизненных событий, ведущих к возникновению условий для развития суицидальной идеации. Она включает предрасположенность к психическим расстройствам, характеризующимся высоким риском суицидального поведения (депрессии, злоупотребления психоактивными веществами, расстройства поведения), развитие predispositional личностных черт, таких, как перфекционизм импульсивность, и флуктуацию состояний, под воздействием внешних факторов.

Мотивационная фаза связана с формированием идеации и намерения. Центральной проблемой здесь является ситуации переживания провала и унижения, которые воспринимаются, как ситуация попадания в западню, и чувство «попадания в западню», которые опосредуются специфическими когнитивными модераторами, способствующими повышенной склонности к восприятию ситуаций, как угроз в собственный адрес (руминации, неэффективный копинг, нарушения автобиографической памяти), которое под воздействием и мотивационных модераторов (социальная изоляция, ценности, неинтегрированность в общественные нормы) приводит к развитию суицидальной идеации и намерений.

Волевая фаза связана с реализацией суицидального намерения, где ведущую роль играют волевые модераторы, связанные с доступностью средств, импульсивностью, имитацией суицидальным моделям.

Важную роль в работах разных авторов играет понятие «суицидального порога», как вариант описания суицидального диатеза. Она описывает набор механизмов и характеристик, которые ограничивают возможность реализации суицидальных намерений. Преодоление суицидального барьера рассматривается как динамический процесс взаимодействия рискованных и протективных факторов.

Обобщая данные разных исследований можно предложить следующий перечень факторов, связанных с суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте, согласованных с диатез-стресс моделями. Следует отметить, что большинство перечисляемых факторов оказывают эффект малой силы, что затрудняет их использование

для предсказания дальнейшего суицидального поведения. Суицидальное поведение определяется интеракцией факторов. Кроме этого, исследования показывают, что предрасположенность к суициду является скорее не устойчивой характеристикой, а динамическим состоянием.

4.2. Модель факторов детерминации суицидального поведения в детском и подростковом возрасте

Наследственность

Следует понимать, что наследственность не определяет напрямую суицидальность, а вносит вклад в формирование ранимости, на основе которой могут возникать суицидальные идеи и действия.

1. Формирование предрасположенности к психическим расстройствам, связанным с повышенным риском суицидальности, таких, как биполярное и униполярное аффективное расстройство, шизофрения и пр. Эта форма влияния наследственной предрасположенности наиболее очевидна.

2. Генетические факторы, оказывающие влияние на развитие черт темперамента, способствующих формированию предрасположенности к суицидальному поведению:

(а) черты, связанные с «негативной аффективностью», включающие склонность к гипотимии, нейротизм и выраженность избегания вреда;

(б) сверхвозбудимость является другим свойством темперамента, связываемым с суицидальным поведением (гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси).;

(в) в отношении подросткового возраста, самоповреждающего поведения и нелетальных попыток, авторами подчеркивается значимость черт, связанных с импульсивностью, поиском новизны и ощущений;

(г) также предполагается роль снижения порогов ощущения боли, указывая при этом на общность мозговых механизмов переживания физической и психологической боли (Lopez-Castroman et al 2016).

Раннее развитие и опыт

Ряд неблагоприятных факторов раннего развития считаются связанными с суицидальным риском. Раннее развитие в данном случае рассматривается широко, как факторы, действующие до формирования ранимости - предрасположения к суицидальному поведению. Наибольшее значение имеют травматический и депривационный опыт, а также патогенные воспитательные тактики:

1. Травматический опыт и депривация:

(а) Разлуки, брошенность, другие формы эмоциональной депривации в раннем детстве;

(б) Различные формы ненадлежащего обращения с ребенком (физическое, сексуальное злоупотребление и заброшенность);

(в) Психические расстройства у родителей, особенно, депрессивные расстройства у матери;

2. Патогенное воспитание и ранняя экспозиция девиантным моделям поведения:

(а) Экспозиция суицидальным моделям в семье, у близких родственников;

(б) Асоциальность и алкоголизм родителей, проблемы с законом у отца;

(в) Патогенные стили воспитания, особенно жестокое обращение и ригидность воспитательных стратегий, строгость воспитания и развитие сверхответственного отношения; или заброшенность и гипоопека;

(г) Разводы, тяжелые семейные конфликты, насильственные действия членов семьи в адрес друг друга;

3. Другие неблагоприятные факторы развития:

(а) Социальная депривация - узкий круг общения, общение, ограниченное семьей;

(б) Опыт предшествующих расстройств психики и поведения, включая тревожные и аффективные расстройства (преимущественно у девочек), СДВГ, расстройства поведения (преимущественно у мальчиков), расстройство привязанности;

(в) частые и хронические болезни;

(г) формирование сверхответственности, строгость воспитания;

(д) институциональные формы воспитания;

(е) ненадежная привязанность.

Предиспозиционные факторы

В данном случае речь идет о сформированных предиспозиционных чертах, непосредственно вовлеченных в диатез-стресс взаимодействиях в период возникновения суицидального кризиса:

1. Психопатологические расстройства. (а) аффективные расстройства (депрессивные эпизоды, биполярное расстройство, дистимия); (б) тревожные расстройства: генерализованное тревожное расстройство, панические атаки и агорафобия, социальные фобии; (в) расстройства приема пищи; (г) злоупотребления ПАВ; (д) шизофрения (особенно «бедные симптомами» формы, с преобладанием психопатоподобной, неврозоподобной и аффективной симптоматики), (е) расстройство поведения; (ж) расстройства личности -

развития (в первую очередь, эмоционально-неустойчивый/пограничный тип), (з) расстройство половой идентификации;

Отмечается (по данным ВОЗ), что до 90 процентов суицидентов могут быть диагностированы, как имеющие те или иные формы расстройств психики и поведения, а порядка 60 процентов суицидальных подростков страдают аффективными расстройствами).

2. Личностные черты: (а) перфекционизм, включая как социально-предписанный, так и ориентированный на себя; (б) импульсивность (в подростковом возрасте импульсивность, как отдельная черта, более связана с суицидальным поведением, чем во взрослом), низкая стрессовая толерантность; (в) нарушения аффективной регуляции; (г) неуправляемые вспышки гнева, враждебность; (г) «негативная аффективность», включая гипогедонию, пессимизм, личностную тревожность; (е) сформированное негативное самоотношение, неустойчивая самооценка, диффузное и конфликтное представление о себе; (ж) узость интересов, сверхценные интересы; (з) турбулентный характер протекания подросткового кризиса, (и) отсутствие видимых признаков переходного периода (в первую очередь для суицидальной идеации), (к) сверхчувствительность к межличностному отвержению.

3. Когнитивные особенности: (а) депрессивные схемы и склонность к когнитивным искажениям, пессимистический атрибутивный стиль; (б) ригидность мышления, ограничения репертуара реакций; (в) дефицит навыков совладающего поведения; (г) низкая социальная компетентность; (д) повышенная внушаемость, (е) нарушения автобиографической памяти; (ж) нарушения прогнозирования.

4. Поведенческие и социо-демографические характеристики: (а) опыт предшествующих суицидальных попыток; (б) самоповреждения; (в) принадлежность к меньшинствам (сексуальным, национальным и пр.); (г) рискованные и девиантные формы поведения, (д) частое употребление ПАВ; (е) поведенческая подавленность.

5. Семейные факторы: внутрисемейные и супружеские конфликты, враждебная или эмоционально-отстраненная атмосфера; семейный кризис, изменения состава семьи; дисфункциональные взаимодействия; сложности коммуникации, недоступность взрослых; зависимые и зависимо-амбивалентные отношения с матерью; семейные ценности, связанные с повышенной социальной ориентацией, гиперответственностью и перфекционизмом; стесненные условия проживания; неприятие, минимизация и отрицание проблем, страх стигматизации; прямое или косвенное подавление автономии.

6. Микро-социальные факторы: социальная изоляция и остракизм; девиантная социализация; общение со сверстниками, склонными к самоповреждениям и

совершавшими суицидальные попытки; выраженная стигматизация психических расстройств, наличие других барьеров для получения помощи; субкультурные ценности, связанные с допустимостью суицидального поведения, и самоповреждений; доступность средств и знаний; низкий или высокий социальный класс.

7. Социокультурные факторы: безработица, алкоголизм и наркомании, высокий уровень насильственных смертей; выраженное социальное неравенство; активность женщин на рынке труда, изменения традиционной системы ценностей и социального устройства («аномичность»), диспропорционально большой размер подростковой когорты, культурные ценности индивидуальных достижений и соревновательности; репрессивные и стигматизирующие установки в адрес меньшинств.

Протективные факторы

Факторы, характеризующие «жизнестойкость» (resilience) подростка, а также благоприятные особенности экологической системы, способные уравнивать факторы ранимости, иногда определяемые, как «антисуицидальный барьер»:

1. Эмоционально-личностные: гипертимия, легкий темперамент, экстравертированность, корпоративность, самотрансцендентность и открытость опыту, высокая само-эффективность и стрессоустойчивость, сформированные устойчивые интересы и увлечения (спорт и пр.), способность к гореванию, способность находиться в одиночестве, способность к асертивности и отстаиванию своих интересов, религиозность и стойкие мировоззренческие антисуицидальные установки, позитивный образ тела;

2. Когнитивные: оптимистический атрибутивный стиль.; позитивное мышление о будущем;

3. Семейные: поддерживающие отношения с родителями (сиблингами) и их доступность, разумное поощрение самостоятельности, открытость коммуникаций, гибкость и устойчивость семейной системы;

4. Микро-социальные: широкий круг общения; длительные и устойчивые дружеские отношения; толерантность и поддерживающие установки в сообществе сверстников, грамотность в отношении вопросов здоровья;

4. Социокультурные: (а) доступность обращения за помощью; (б) наличие эффективных программ профилактики; (в) религиозные и культурные анти-суицидальные ценности, (г) ответственное освещение случаев суицидов в СМИ.

Стрессовые (триггерные) факторы

Факторы, непосредственно связанные с развитием суицидальных тенденций, актуализирующие существующую ранимость. В моделях стресс-диатез подчеркивается, что одних критических или стрессовых воздействий недостаточно для развития определенных форм поведения, их значение в первую очередь – проявление уязвимости. Стрессовые воздействия, тем не менее, могут иметь специфическую связь с развивающимся расстройством. Так, показано, что в отношении подростковых суицидов стрессы, связанные с неудавшимися романтическими отношениями являются крайне значимыми для развития суицидальных тенденций, но дифференцируют группы суицидальных и несуйцидальных подростков не наличие данного типа стресса, а другие факторы, в частности, отсутствие поддерживающих отношений с родителями (отсутствие протективных антисуйцидальных тенденций). Тем не менее, существуют случаи, когда очевидного стрессора, связанного с суицидальным поведением, можно не распознать.

К наиболее частым стрессам, связанным с детским и подростковым возрастом можно отнести: (а) романтические разочарования, разрывы; (б) конфликты с членами семьи; (в) академические провалы, предстоящие академические испытания; (д) дисциплинарные меры, проблемы с законом; (е) незапланированная беременность; (ж) интоксикация ПАВ; (з) буллинг, кибербуллинг и подстрекательство; (и) абьюз; (к) недавние случаи суицида в непосредственном окружении; (л) экспозиция освещению суицидов в СМИ (социальные идолы, схожие ситуации, способствующие идентификации); (м) переезды, изменения состава семьи; (н) снижение социального статуса; (о) общая аккумуляция стрессов и состояние хронического утомления; (п) другие острые стрессовые воздействия, преимущественно связанные с усилением чувства вины, унижения и стыда, (р) уход из дома.

Факторы закрепления и хронификации

Следует также отдельно выделить ряд факторов, способствующих увеличению вероятности рецидива, перехода в формы хронических суицидальных и аутодеструктивных действий. Менее известно, однако, о факторах, влияющих на другие негативные последствия суицида, например, развитие иных расстройств психики и поведения (зависимости от ПАВ и пр.). К наиболее значимым хронифицирующим факторам относятся:

- (а) интенсивные и внешне подкрепляемые чувства вины и стыда;
- (б) табуированность, замалчивание проблемы и высокая самостигматизация;
- (в) усиление социальной и семейной изоляции;
- (г) склонность к манипулятивным взаимодействиям;

(д) непоследовательное подкрепление, подкрепляющее условную желательность суицидального поведения, например, снижение ответственности, подарки.

Контрольные вопросы и задания

Что такое модель диатез-стресс? Приведите примеры факторов диатеза и стресса

В чем различие между понятием предрасположенности (диатеза) и понятием факторов риска?

Можно ли утверждать, что суицидальное поведение детерминировано генетически? В каком смысле? Какие механизмы могут реализовать эту связь?

Некоторые диатез-стресс модели суицидального поведения включают обширный набор факторов, другие ограничивается несколькими. С чем это, на ваш взгляд, может быть связано?

С какими психологическими концепциями соотносятся данные о биологических предрасполагающих факторах развития суицидального поведения?

Какие типы стрессовых событий наиболее характерны для суицидального поведения?

Перечислите наиболее значимые протективные факторы суицидального поведения в подростковом возрасте. Как они связаны с ранним опытом и развитием ребенка?

Какие макросоциальные факторы на ваш взгляд наиболее значимы в определении уровня суицида современных подростков? Как на них можно оказать влияние?

ВОЗ приводит данные о том, что до 90 процентов лиц, совершивших суицидальные попытки, имеют признаки психических расстройств. Как можно трактовать эти данные? Есть ли противоположная точка зрения? Можно ли утверждать, что совершающий суицид человек по определению нездоров?

Оцените характер связи между суицидальным поведением и хроническими болезнями в детском, подростковом и взрослом возрасте. Какие факторы и механизмы ее опосредуют?

Как вы понимаете связь между случаями суицида в семье и повышенным риском суицида у субъекта?

Какие черты входят в понятие «жизнестойкости» подростка?

Опишите варианты влияния стигматизации на развитие суицидального поведения. Всегда ли стигматизация является фактором риска?

Какие психологические концепции суицидального поведения повлияли

Как вы понимаете понятие «суицидальный барьер»? Какую роль он играет в определении суицидальных идей и суицидальных попыток?

В чем специфические опасности кибербуллинга?

Литература

Основная литература

ВОЗ. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Geneva: WHO, 2014.

Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6, No 1 (18). сс. 3-7.

Венар Ч., Кериг, П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.

Дополнительная литература

Антология суицидологии / под ред. Дж. Мольтсбергера, М.Голдблатта, М.: Когито-центр, 2018.

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквашина К.В., Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы // Российский психиатрический журнал. 2016. №4. сс. 58-63.

Напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005.

Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-центр, 2005.

Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.

International handbook on suicide prevention / под ред. R.o'Connor, S.Platt, J.Gordon. NY: John Wiley & Sons, 2011.

Suicide in Children and Adolescents / под ред. R.King, A.Apter, Cambrige: Cambrige University Press, 2013