

И. А. Карпович

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Суицидальное поведение непосредственно связано с психологическим кризисом. Кризис в юношеском возрасте вызывается депривацией и фрустрацией важнейших потребностей в безопасности, принадлежности, достижениях, автономии, понимании.

Повышенный риск суицида в юношеском возрасте характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью. Знание особенностей суицидального поведения у лиц юношеского возраста необходимо для раннего выявления и предотвращения суицидов. Эффективность профилактических

мероприятий может быть обеспечена только при комплексном психолого-педагогическом подходе.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, психопатологическая концепция, психологическая концепция, социологическая концепция, суицидальные действия, суицидальная попытка, суицидальные проявления, пресуицид, факторы суицидального поведения, профилактика суицида.

Суицидальное поведение представляет собой одну из самых актуальных проблем современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве экономически развитых стран мира самоубийство входит в первую десятку причин смерти. Самоубийство как причина смерти занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе. Ежегодно в мире совершается один миллион самоубийств и примерно в десять раз больше суицидальных попыток. Среднемировой уровень суицидов составляет около 14–16 случаев на 100 тысяч населения в год.

В истории мировой цивилизации проблема суицида выступает как религиозная, юридическая, морально-этическая – проблема последнего выбора, свободы, предельных состояний и самораскрытия личности. Один из первых крупных трудов по суицидологии – монография Э. Дюркгейма «Самоубийство» (1912). Основные выводы Э. Дюркгейма прямо или косвенно подтверждались и иллюстрировались последующими исследованиями. Проблема суицида разрабатывалась в трудах таких зарубежных учёных, как Т. Парсонс, Дж. Вудс.

В России исследования в области суицидологии проводились Ф.К. Тереховко, В.А. Бернацким, С.С. Корсаковым, И.А. Сикорским, М.Я. Феноменовым, А.М. Коровиным. В Республике Беларусь проблема суицида разрабатывается И.А. Погодиным, Д.В. Костенко, Е.А. Олешкевич.

Самоубийство, суицид, суицидальное поведение (от лат. *sui* – себя, *caedere* – убивать) – намеренное лишение себя жизни. Термин «суицидальное поведение» объединяет все проявления суицидальной активности. Это и мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидом. Длительность может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид).

В настоящее время нет единой концепции, объясняющей природу суицида. Среди множества концепций выделяют три основных: психопатологическую, психологическую, социальную. Психопатологическая концепция исходит из предположения о том, что самоубийцы – душевнобольные люди, а суицидальные действия есть проявление психических расстройств [1, 58].

Согласно психологической концепции в формировании суицидальных тенденций личности ведущее место занимает психологический фактор.

Социологическая концепция исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а частота самоубийств зависит от того, в какой степени индивиды интегрированы в обществе.

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» её отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Проблема мотивации и причинной обусловленности суицидального поведения тесно связана с вопросом о факторах, лежащих в основе такого поведения. Факторы повышенного суицидального риска можно разделить на экстра- и интроперсональные.

1. К экстраперсональным факторам следует отнести:

- психозы и пограничные психические расстройства;
- суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицид;
- подростковый возраст;
- экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия жизнедеятельности;
- утрату престижа;
- конфликтную психотравмирующую ситуацию;
- пьянство, употребление наркотиков.

2. Среди интроперсональных факторов можно выделить:

- особенности характера;
- сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам;
- неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватную (завышенную, заниженную или неустойчивую) самооценку;
- отсутствие или утрату целевых установок или ценностей, лежащих в основе жизни и т. д.

Выявлен ряд предрасполагающих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие:

- повышенная напряжённость потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

Вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера.

– Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцируют суицид публично нанесённая обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает молодого человека на мысли о собственной никчёмности, ненужности, неполноценности.

– Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляются быстро, как правило, в тот же день.

– Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

– Истероидный тип. Характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

К индивидуальным факторам суицидального риска также следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определённых обстоятельствах (суицидальное поведение в молодёжной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определённой категории лиц по мотивам защиты чести и т. п.)

Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами, связанными с кризисной ситуацией и субъективной переработкой индивидом её значимости для него. К «базовым» факторам риска относят множество показателей социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического

характера. Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного «вердикта» суицида [2, 102].

Относительные факторы риска суицидального поведения представляют собой лишь факторы predispositions. Они описывают «почву», принадлежность к группе риска, что указывает лишь на базовые предпосылки и увеличивает вероятность того, что у данного индивида определённый специфичный триггер может вызвать дезадаптацию, которая может закончиться суицидальным актом.

В отличие от факторов predispositions, факторы текущего состояния описывают актуальное поведение и психический статус человека и непосредственно указывают на степень суицидального риска. Следующие факторы представляются наиболее важными при оценке риска суицида в юношеском возрасте:

- суицидальные интенции (намерения);
- тяжесть психического расстройства / психопатологического синдрома;
- степень безнадёжности и импульсивности;
- тяжесть психосоциального стрессора (триггера) и способность справиться с ним;
- качество социальной поддержки;
- желание пациента принимать помощь.

Считается, что риск значительно увеличивается при интеграции нескольких факторов риска и коморбидности ряда психических и тяжёлых соматических заболеваний. Но для «запуска» суицидальных действий необходим триггерный фактор, которым, как правило, является конфликт или психологический кризис. Обычно внутренней составляющей этого кризиса является утрата (или возможность утраты) значимого объекта (объекта эмоциональной привязанности). В качестве объекта привязанности могут выступать как близкие люди и другие живые существа, так и социальные роли, физические и психические функции, личностные качества, идеологические и религиозные убеждения, материальные и нематериальные ценности.

Мы провели диагностику риска суицидального поведения студентов 3–4 курса факультета ДиНО Мозырского государственного педагогического университета имени И. П. Шамякина. Выборка составила 50 человек юношеского возраста (19–22 года). Также мы ознакомились с документацией Мозырского психоневрологического диспансера (историями болезней, медицинскими картами, протоколами диагностических исследований 30 человек юношеского возраста (от 18 до 24 лет), совершивших попытку суицида.

На основании изучения медицинской документации, бесед с психиатрами, медицинским статистом, психологом Мозырского психоневрологического диспансера мы выявили факторы суицидального поведения пациентов юношеского возраста, совершивших попытку самоубийства:

Таблица 1 – Факторы, опосредующие попытки суицида, в юношеском возрасте

Провоцирующий фактор	Количество человек	%
алкогольное опьянение	15	50
наркотическое опьянение	2	6
психическое расстройство	1	3
конфликтная ситуация дома	9	27
конфликтная ситуация с коллегами по работе	15	50
расстройство адаптации	4	12
депрессивное расстройство	8	24
стрессовая ситуация	4	13

По результатам исследования выявлено, что для лиц юношеского возраста многочисленные ситуации межличностных взаимодействий и конфликтов являются источниками дезадаптирующих эмоций страха, вины, стыда, обиды и симптомокомплекса депрессии, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций.

На субъективном уровне «предсуицидальное» состояние воспринимается через призму беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода. Когнитивная составляющая суицидального восприятия ситуации характеризуется также когнитивным сужением («никого выхода нет») и дихотомическим мышлением. Так как для лиц юношеского возраста характерны такие личностные особенности как импульсивность, максимализм и другие, важно оценить тяжесть психосоциального стрессора и способность с ним справиться. Под психосоциальными стрессорами понимается широкий круг событий, которые значительно нарушают удовлетворение базовых потребностей индивида и вызывают дезадаптацию. Реакция на такое воздействие зависит как от тяжести самого кризисного события, так и от способности человека справиться с его эмоциональными, физическими и социальными последствиями.

Самоубийство рассматривают в одном ряду с понятиями смысла жизни и свободы человека. Анализ **теста осмысленности жизни**, проведенный со студентами факультета ДиНО, показал, что для большинства испытуемых характерен высокий уровень осмысленности жизни, есть определённые жизненные цели, что снижает вероятность совершения суицидальных действий.

Таблица 2 – Результаты диагностики степени осмысленности жизни

степень осмысленности жизни	количество человек	%
40–49%	1	2
50–59%	13	26
60–69%	15	30
70–79%	11	22
80–89%	9	18
90%	1	2

Результаты теста осмысленности жизни можно наглядно представить в виде диаграммы.

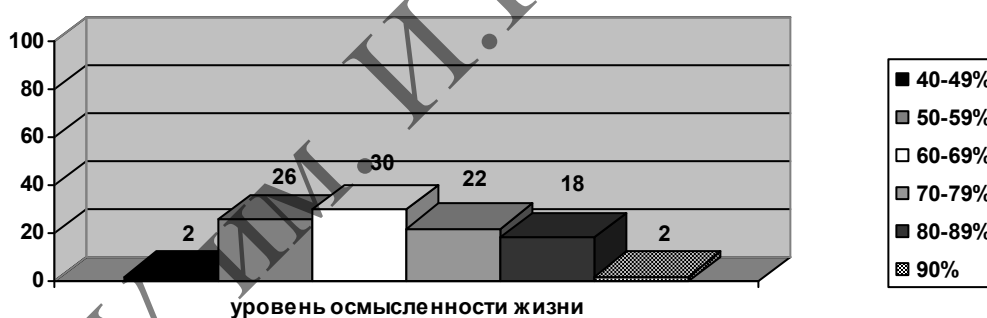


Рисунок 1 – Результаты теста осмысленности жизни

Лица юношеского возраста, которым свойственна осмысленность существования, легче переносят поражения и страдания, с которыми они сталкиваются в жизни. Молодые люди не приходят к самоубийству, как способу решения проблем, а способны найти альтернативные способы переживания неудач.

Профилактика суицидального поведения в юношеском возрасте должна осуществляться по следующим направлениям:

– своевременное выявление лиц юношеского возраста с суицидальными тенденциями и действиями;

– проведение мероприятий по устранению причин и условий, способствующих возникновению состояний социально-психологической дезадаптации, приводящих к развитию суицидального поведения;

– развитие личности молодых людей, формирование их психологической устойчивости к различного рода стрессовым ситуациям.

Рекомендуется обращать внимание на следующие факты:

– необычное для данного индивида или социального контекста поведение; смена стереотипа поведения;

– признаки «прощания»: раздача долгов, подарков, написание завещания, прощальных писем;

– фантазии и мысли о смерти, самоповреждении, самоубийстве;

– суицидальные угрозы.

Нередко высказывания носят прямой характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в косвенных угрозах: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т. п. Кроме того, косвенные угрозы могут быть выражены в символической невербальной форме;

– суицидальные попытки ранее: количество, тяжесть, триггерная ситуация. Количество и тяжесть парасуицидов являются относительным предиктором дальнейшего суицидального поведения. Триггеры (например, конфликты с родными) часто носят стереотипный характер, что облегчает прогнозирование риска;

– степень планирования суицида. Чёткие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации;

– наличие средств суицида (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при совпадении средств, имеющих в наличии, с теми, которые присутствуют в планах и фантазиях человека.

Современные подходы к оценке суицидального риска и профилактике суицидальных действий базируются на модели суицидального процесса. Знание особенностей суицидального поведения у лиц юношеского возраста необходимо для раннего выявления и предотвращения суицидов. Нужно помнить о том, что эффективность профилактических мероприятий может быть обеспечена только при комплексном подходе. Поэтому следует объединить усилия разных специалистов (психологов, педагогов, медиков). В юношеском возрасте наличие поддержки со стороны родных, партнёров, друзей, сослуживцев, социальных служб является протективным фактором.

К антисуицидальным факторам в юношеском возрасте можно отнести: выраженную эмоциональную привязанность, родственные обязанности, чувство долга, понятие о чести, наличие планов, определяющих цель в жизни, представления о неиспользованных возможностях, экзистенциальное осмысление конфликта, веру в свои силы.

Литература

1. Погодин, И.А. Психология суицидального поведения: пособие для студентов вузов / И.А. Погодин. – Минск: Тесей, 2005. – 208 с.
2. Ласый, Е.В. Клиническая оценка суицидального риска и этапы кризисного вмешательства / Е.В. Ласый / Психиатрия. – 2009. – № 3. – С. 98–107.
3. Карпович, И.А. Профилактика суицида / И.А. Карпович // Л. С. Выготский и современная культурно-историческая психология: проблемы развития личности в изменчивом мире. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2010. – С. 257–260.