

ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САРАТОВЕ

П. В. ПУЧКОВ, Л. С. БЕЛЯЕВА

ПУЧКОВ Павел Васильевич - доктор социологических наук, заведующий кафедрой Института коммуникативных технологий (г. Москва) (E-mail: pavelpuchkov@yandex.ru). БЕЛЯЕВА Людмила Сергеевна - кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт ГУЗ "Саратовский городской психоневрологический диспансер" (E-mail: Кос86336@yandex.ru).

Аннотация. В статье рассматривается суицид, включающий как намерения, так и процесс исполнения замысла. Исследования данного социального явления, проведенные в современном российском городе (Саратов), показывают, что в большинстве случаев это поведение психически нормальных людей в ситуациях, когда им необходимо обратить внимание на нерешаемые проблемы.

Ключевые слова: суицид * суицидальное настроение * психические расстройства * внутриличностные конфликты * соматические заболевания * одиночество

В последнее время суицидальное поведение, склонность к которому проявляется у представителей различных возрастных категорий, социальных групп, гендерных структур, стало особо актуальным. По сообщениям ВОЗ (World Health Organization) Россия по данным 2010 г. занимает в мире шестое место по уровню суицидов (муж. - 37,2, жен. - 9 на 100 тыс. человек) [1]. В 2006 г. РФ была в этом списке третьей, уступив место Литве и Белоруссии [2].

По социологической теории самоубийства, предложенной Э. Дюркгеймом, суицид характеризуется разрывом внутренних, личностных связей человека с той социальной группой, к которой он принадлежит [4]. У З. Фрейда этот феномен рассматривается как следствие нарушения психосексуального развития личности [5]. Для К. Юнга данный поступок заключается в бессознательном стремлении человека к духовному перерождению, результатом которого может стать смерть от собственных рук [Цит. по 6]. Согласно Н. Фарбероу суицидальность является характеристикой саморазрушающего поведения человека [там же]. По мнению А. Камю, - "стоит, или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, - ответ на фундаментальный вопрос философии. ...Все остальное - имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями - второстепенно" [Цит. по 7].

Много лет проблемы суицидального поведения исследует кабинет социально-психологической помощи (КСПП) ГУЗ "Саратовский городской психоневрологический диспансер". Работа проводится в тесном взаимодействии со специалистами других подразделений: "Телефоном доверия", стационаром кризисных состояний, психиатрическими и психотерапевтическими кабинетами, а также "Скорой медицинской помо-

Смертность от самоубийств в РФ по гендерному признаку и возрасту в 2006 г.

Пол/Возраст	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75+	Всего
Муж.	201	5319	7584	6486	7534	3458	3104	1701	35608
Жен.	75	869	974	934	1255	671	1048	1401	7247
Всего	276	6188	8558	7420	8789	4129	4152	3102	42855

щью", медицинскими учреждениями, учебными заведениями и управлением внутренних дел города. С 2004 по 2009 гг. за помощью в кабинет обратилось 1406 пациентов (1081 женщина и 325 мужчин в возрасте от 17 до 75 лет). Из них 542 из группы "риска", т.е. пациенты с суицидальным поведением, имеющие в анамнезе суицидальную попытку, с депрессивными состояниями, одинокие и лица, потерявшие близкого человека. Отмечена тенденция к росту суицидальных попыток. В 2004 г. - 790 случаев; в 2005 - 817; 2006 - 855; 2007 - 873; 2008 - 895; 2009 - 771. В то же время сравнительный анализ завершенных суицидов отразил их значительное снижение (2004 г. - 205; в 2005 - 246, 2006 - 234, 2007 - 210, 2008 - 199; 2009 - 150).

Чаще суицидальные попытки встречаются в молодом трудоспособном возрасте 18 - 35 лет. На протяжении 2004 - 2009 гг. сохраняется их высокий процент с тенденцией к росту в последние годы (2004 г. - 392; в 2005 - 397; 2006 - 385; 2007 - 379; 2008 - 412; 2009 - 420). В возрастной группе 36 - 40 лет наблюдается относительно низкий показатель: от 69 случаев в 2004 г. до 57 - в 2009. Стабильно их количество в возрастной группе 41 - 50 лет - от 94 в 2004 г. до 111 в 2009. Снижение с 78 до 35 случаев отмечено в группе 51 - 59 лет. В группе 60 лет и старше - небольшой рост. Отмечены такие случаи и в возрастной группе 12 - 14 лет: 17 - в 2004 г. и 9 - в 2009.

Исследователи проанализировали 819 анкет пациентов психодиспансера, выявили основные мотивы попыток самоубийства: на первом месте - внутрисемейные конфликты и проблемы, связанные с напряженной ситуацией в ней - 21,5%; за ними следуют психические расстройства - 14,2%; внутриличностные конфликты - 12,3%; алкогольная и наркотическая зависимость - 6,5%; осознание тяжелого соматического (болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушениями работы органов) заболевания - 4,6%; сексуальные проблемы - 3,2%; социально-трудовые - 1,9%; одиночество - 1,5%. 46 пациентов отказались объяснять причину суицидальных попыток.

В 2008 - 2009 гг. волна суицидов отмечена у молодых людей и детей 7 - 17 лет. Для этого возраста характерны черно-белое восприятие жизни, когнитивная незрелость, демонстрация или же своеобразный шантаж. Они вовсе не хотят умереть всерьез, навсегда. В этом возрасте попытки самоубийств превосходят количество завершенных суицидов. Так, за 2009 г. их соотношение составило 42/3.

Пик отмечается в возрастной группе 18 - 25 и 26 - 35 лет - 169/185 суицидальных попыток и завершенных суицидов 20/30 соответственно. У них выявлялись непатологические ситуационные реакции [8], характеризующиеся различными эмоциональными нарушениями, не достигающими клинического уровня; ощущение безысходности сложившейся конфликтной ситуации, отчаянье, иногда страх и тревога. Отметим, что значительную роль в формировании суицидоопасной ситуации в этой возрастной группе играют сексуальные проблемы с разнообразной тематикой конфликтов. В группе 36 - 40 лет заметен резкий спад суицидальных попыток как незавершенных, так и завершенных (84/16 соответственно). Здесь чаще наблюдаются суицидоопасные психогенные реакции по типу семейных и интимно-личных "катастроф".

Другой пик суицидальных попыток наблюдается в среднем возрасте - 41 - 50 лет. Их зарегистрировано 112, и отмечен высокий процент завершенных суицидов (19,7%), что связано с так называемым кризисом середины жизни: оценка того, что сделано и особенно - чего сделать не удастся; с гормональными изменениями у женщин. Суицидоопасные психогенные реакции формируются в связи с психогенными переживаниями: измена одного из супругов, развод, оставление близких без эмоционального внимания и необходимой родственной поддержки. В возрастной группе 51 - 60 лет - относительно небольшой спад суицидальных попыток (10,2%) при относительно

высоком проценте завершенных суицидов (15,2%). У пациентов наблюдались кризисные состояния, прежде всего в ответ на вынужденный уход на пенсию, должностное понижение, а также на невозможность осуществления своих творческих планов и замыслов. При этом формировались различного типа непатологические ситуационные реакции, чаще по типу пессимистических реакций, когда наряду с падением социального престижа, развивается пессимистическая оценка окружающего и сожаление об утраченных ценностях, отсутствии перспектив. У таких пациентов наблюдалось сниженное настроение с ипохондрической окраской. Психотравмирующим моментом может быть также сочетание одновременного снижения социального статуса и сексуального престижа, и как следствие - разлад в семье, эмоциональное отчуждение.

Третий пик отмечен в возрастной группе 60 лет и старше. Здесь самый высокий процент (26,4%) завершенных суицидов. Главная причина - одиночество и равнодушие родных. Наблюдаются также психогенные реакции по типу депрессивных и в возрасте 70 лет и старше с переживанием чувства ущемленности, несправедливого отношения со стороны членов семьи. Переживания носят ригидный, малоподвижный характер, сочетаясь с возрастными соматическими или хроническими заболеваниями. В такой ситуации незначительные стрессы воспринимаются как безвыходные, катастрофические и нередко приводят к суицидальному решению. Полученные результаты и анализ психогенных суицидоопасных реакций по возрастным группам сочетаются с научными данными Л. Г. Магурдумовой [9].

Таким образом, сравнительный анализ суицидальных попыток выявил явную тенденцию к их снижению, но при этом во всех возрастных группах произошел некоторый рост завершенных суицидов. Так, если в 2008 г. их отмечено 150, то в 2009 - 178.

Пациенты, находящиеся в условиях психотравмирующих ситуаций (разрыв супружеских и любовных отношений, отсутствие взаимопонимания между супругами или между родителями и детьми, трудности социальной адаптации) нуждались в длительной комплексной психотерапевтической и психологической помощи. Пациентам, которые находились в ситуации острого кризиса (внезапная утрата близкого человека), необходима была интенсивная и неотложная терапия. Это объясняется тем, что в протрагированных (депрессивных) психотравмирующих ситуациях люди не способны самостоятельно решить возникшие проблемы. Чувство внутреннего дискомфорта, одиночества возникало у них задолго до обращения в КСПП.

Анализ способов совершения суицидальных попыток за 2009 г. показал, что наиболее часто регистрировались отравления таблетками (310) - у женщин почти в 3 раза чаще, чем у мужчин (228/82 соответственно). Этот способ еще называют "женским". Обычно его применяют для шантажа, демонстрации. Реже суициденты используют "механическую асфиксию" (147) и "резаную рану" (126). Это преимущественно мужской способ: 92 случая "резаной раны" и 120 - "механической асфиксии". У женщин - 34 и 27 соответственно. Другие суицидальные попытки - прыжок с высоты (36), отравление уксусной кислотой (27), самопорезы (36) и пр.

На основании анализа анкет, сведений из УВД и скорой медицинской помощи за 2009 г. установлен типологический портрет суицидента по ряду параметров. **Пол.** Соотношение мужчин и женщин, совершивших суицидальную попытку, представлено соответственно 52,3% и 47,7%. Среди завершенных суицидов мужчин оказалось 79,8%, а женщин 20,2%. В обоих случаях доминировала мужская группа. **Возраст.** Доминирование мужчин в возрастных группах 26 - 35 лет - 24,4% и 18 - 25

лет - 20,4%. **Образование.** Соотношение суицидентов с высшим (и неполным высшим) образованием, средним (и средне-специальным), а также с незаконченным средним образованием представлены соответственно: 21,2/64,4/14,4%. **Профессия.** Часто отмечаются у учащихся (24,4%), врачей (14,9%), педагогов и бухгалтеров по (6,1%), пенсионеров (7,3%), т.е. в социально-уязвимых группах. Низким оказался процент (3,5%) у людей, занятых неквалифицированным трудом, имеющих неполное или среднее образование. Самый высокий процент (39,5%) приходится на безработных. **Брачность.** Наибольшее число суицидентов среди неженатых и незамужних - 45,6%, у замужних и женатых - 35,1%. Реже - у состоящих в гражданском браке - 10,5%, разведенных - 5,3% и вдовых - 3,5%.

В этих условиях одной из мер профилактики по сокращению суицидальных проявлений может стать постоянный мониторинг ситуации, на основе которого возможна разработка и уточнение срезов по преодолению суицидов.

стр. 79

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. List of countries by suicide rate // Электр, изд. Режим доступа к изд.: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate
2. Current Worldwide Suicide Rate // Электр, изд. Режим доступа к изд.: <http://chartsbin.com/view/prm>
3. WHO // Электр, изд. Режим доступа к изд.: http://www.who.int/mental_health/media/russ.pdf
4. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001.
5. Фрейд З. Достоевский и отцеубийство // Фрейд З. Неудовлетворенность культурой. М., 1990; Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001.
6. Моховиков А. Н. Введение к клинико-психологическому разделу // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001.
7. Ненастьев А. Н. Самоубийство как девиантное поведение // Электр. изд. Режим доступа к изд.: <http://tzone.kulichki.com/religion/tanatos/suicide.html>
8. Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1991. N 1. С. 26 - 3; Амбрумова А. Г., Калашикова О. Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8. N 4. С. 65 - 77; Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков. Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд. инст. им. Бехтерева, 1991. С. 29 - 138.
9. Смуглевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М.: МЕДпресс-информ, 2009; Магурдумова Л. Г. Суицидоопасные состояния у лиц инволюционного возраста, меры их предупреждения и лечения // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1981. С. 141 - 150.

стр. 80