Ю. В. Попов, А. А. Пичиков

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ



УДК 159.99
П58

А в т о р ы:

Попов Юрий Васильевич — заместитель директора института по научной работе, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор;

Пичиков Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева

Р е ц е н з е н т ы:

Нечипоренко Валерий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры и клиники психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова;

Гречаный Северин Вячеславович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Попов Ю. В., Пичиков А. А.

П58 Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 366 с. — ISBN 978-5-299-00891-3.

В монографии рассматриваются наиболее важные аспекты, связанные с современным пониманием суицидального поведения у подростков. В рамках биопсихосоциального подхода описаны и проанализированы половые различия суицидального поведения юношей и девушек. Приведены современные принципы диагностики и профилактики суицидоопасных состояний у подростков. Даются рекомендации по фармакотерапии душевных расстройств, связанных с высоким суицидальным риском, а также по организации помощи молодым людям, совершившим суицидальную попытку.

Издание предназначено для врачей, медицинских сестер, медицинских психологов, педагогов, социальных работников, а для также широкого круга интересующихся данной проблемой читателей.

Авторы выражают благодарность за помощь в оформлении монографии А. В. Начатой.

УДК 159.99

ISBN 978-5-299-00891-3 © ООО«Издательство „СпецЛит“», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 6
Статья В. М. Бехтерева «О причинахъ самоубійства и о возможной борьбѣ съ нимъ 8
ВВЕДЕНИЕ 44
ГЛАВА 1. Современные взгляды на суицидальное поведение 49
ГЛАВА 2. Особенности суицидального поведения у подростков 77
ГЛАВА 3. Половые различия суицидального поведения у подростков 103
ГЛАВА 4. Диагностика суицидального поведения 154
ГЛАВА 5. Фармакотерапия и суицидальное поведение 204
ГЛАВА 6. Профилактика суицидального поведения 232
ГЛАВА 7. Организация суицидологической помощи 273
ПРИЛОЖЕНИЯ 302
ЛИТЕРАТУРА 333

Глава 1

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

1.1. История осмысления, определение и классификация суицидального поведения

Самоубийство — это сложное и неоднозначное проявление человеческого бытия, не всегда имеющее четкие границы с другими видами смерти. Можно ли отнести к категории суицидального поведения такие случаи, как, например, просьбы о лишении себя жизни к близким людям или медицинскому персоналу со стороны тяжелобольных лиц, а также отказ с их стороны получать медицинскую помощь? Как квалифицировать поведение террориста-смертника, который, сознательно лишая себя жизни, вместе с тем убивает и других? Рационально ли подобное поведение соотнести со случаями героического самопожертвования или случаями отстаивания человеком своих убеждений, приводящими к неизбежной смерти? Можно вспомнить и такие действия, когда человек убивает себя сам, но при этом исполняет обвинительный приговор суда (наиболее яркий пример — Сократ); лишившись господина или опозорившись в бою (харакири у самураев); оставшись вдовой (обряд сати в Индии), а также расширенные суициды в современных религиозных культах (секта «Народный Храм» — 900 человек, «Ветвь Давида» — 97 человек) и т. д. Все эти явления, несмотря на кажущуюся эксклюзивность, безусловно, требуют квалификации, поскольку в современном обществе также существуют подобные формы поведения, нацеленного на убийство самого себя. Это касается не только этнокультуральных факторов, связанных с менталитетом или религиозными воззрениями и традициями, но и явлений глобального характера, определяющих механизмы суггестивного влияния, провоцирующего имитационные суицидальные действия, и в особенности у подростков.

Термин «самоубийство» впервые стал использоваться в XVII в. Он образован от двух латинских слов «sui» (себя) и «caedere» (убивать). Таким образом, он буквально означает «убийство себя, покушение

на свою жизнь, самоуничтожение». Считается, что впервые слово «суицид» как научный термин употребил в 1641 г. английский писатель, врач и философ сэр Thomas Brown (1605–1682) в своем трактате «Религия врача» (Religio Medici), представляющим собой вольные размышления на темы религии, алхимии и астрологии. Официально слово вошло в словарь Французской академии в 1762 г. и в английский языковой словарь «Blount's Glossographia» в 1656 г. В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе треязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы Ф. П. Орловым.

Однако следует заметить, что фактически сам термин «самоубийство» использовался достаточно редко. В основном смерть от собственных рук описывалась как «самоуничтожение», что заведомо вызывало осуждение. Это позволяло рационализировать обществом столь неприятное явление и вытеснить его из межличностной сферы сначала в область религии («самоубийство — грех»), а затем в сферу психопатологии (самоубийство как «признак психической болезни») и криминалистики («патологическое убийство»).

Наиболее аргументированное обоснование запрета на самоубийство было сформулировано еще в XIII в. Фомой Аквинским, утверждавшим, что самоубийство — это:

1) нарушение закона природы, который предписывает любить себя и в соответствии с которым «все естественное должно поддерживать свое бытие»;

2) нарушение закона морали, поскольку самоубийца является частью общества и своим поступком наносит человеческому роду невосполнимый ущерб;

3) нарушение Закона Божьего, оставляющего право забирать жизнь лишь самому Всевышнему, а также велит без сомнений следовать его провидению.

Если оценивать современный дискурс о праве человека самому определять, «быть ему или не быть», то можно отметить, что он, бесспорно, неотделим от «смерти Бога» (Ницше Ф., 1881) в постмодернистском мире. С точки зрения М. Хайдеггера, «Бог — это цель жизни, что возвышается над самой же земной жизнью и, тем самым, определяет ее сверху и в известном смысле извне». Однако, потеряв цель и, соответственно, внутренние ориентиры, «человек постмодерна» столкнулся с трудностями, разрешение которых до сих пор кажется ему невозможным. В современном мире количество клиник, проводящих эвтаназию, увеличивается (в настоящее время

официально эвтаназия разрешена в Голландии, Бельгии, Швейцарии и Канаде), а «право на смерть» (пока лишь смертельно больных) постулируется как часть демократических свобод. Поскольку вопрос об эвтаназии является скорее вопросом этики, и не только медицинской (клятва Гиппократа), то у каждого из нас, бесспорно, может быть свое определенное мнение по поводу «ассистированного самоубийства», но не стоит забывать, что в социальной среде с подобных же позиций одобряется и суицидальное поведение. Это так называемые клубы самоубийц в интернете, толерантное или попустительское отношение со стороны государственных структур к суицидальным попыткам и суицидам, недостаточно эффективная работа по профилактике алкогольной и табачной зависимостей, в частности среди молодежи (некоторые суицидологи относят алкоголизм, табакокурение и рисковое поведение к «латентным формам» суицидального поведения), и т. д.

Еще в 1882 г. очень популярный на Западе, но практически неизвестный у нас шотландский философ Дэниел Хьюм, будучи также известным в свое время медиумом-спиритуалистом (его почитателями были император Наполеон III, российский император Александр II, германский кайзер Вильгельм I, Артур Конан Дойль и др.), определил суть кредо «свободного в своих правах» человека, которое базируется на критике трех вышеозвученных постулатов Фомы Аквинского.

1. Если Бог всемогущ и управляет миром до мельчайших деталей, то акт самоубийства должен рассматриваться как деяние, соответствующее его закону и воле, а не как вторжение в его права. А если самоубийство и есть нарушение природного порядка во Вселенной, то с тех же позиций, безусловно, должен рассматриваться и любой акт спасения жизни при природных катаклизмах, что является абсурдом.

2. Самоубийство не приносит вреда обществу, поскольку смерть освобождает человека от всех его обязанностей перед людьми, которые являются взаимными и существуют до тех пор, пока личность получает выгоду от них. Мало того, иногда акт самоубийства может облегчить бремя, которое несет общество, и, следовательно, может рассматриваться как положительное явление.

3. Для субъекта самоубийство не всегда направлено против его интересов. Бедность, болезнь, неудачи могут сделать жизнь невыносимой. Тот факт, что люди совершают самоубийство, несмотря на «природный ужас смерти», свидетельствует о том, что в некоторых случаях оно не противоречит природе.

Примерно с конца XIX в., начала эры новейших достижений, не в последнюю очередь в связи с уменьшением роли религии в мировоззрении человека и устройстве общества, надеждой на то, что наука даст ответы на вопросы, которые оставил без ответа Бог, формировалось и новое отношение к самоубийцам. Феномен лишения себя жизни уже в меньшей степени рассматривался как грех, и возобладало мнение, что суицид есть скорее следствие либо безумия, либо влияния социальных изменений. В соответствии с этим само определение самоубийства также переосмыслялось.

Ж.-Э. Эскироль считал, что самоубийство является актом, который человек совершает в состоянии умопомешательства, и связывал его с наличием психического расстройства. Эмиль Дюркгейм во введении к своей книге «Самоубийство: социологический этюд» (1897) описывал его так: «Каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах». Там же автор дал определение суицидальной попытки, описав ее как «тот же самый акт, который мы определили как самоубийство, но только не доведенный до конца». Со своей стороны З. Фрейд рассматривал самоубийство согласно своей психоаналитической теории и характеризовал его как «убийство наоборот». Ж. Лакан рассматривал самоубийство как смещение фокуса объекта агрессии: в связи с невозможностью выхода этой агрессии на другого она направляется на самого себя.

До середины прошлого века попытки самоубийства считались неудавшимися самоубийствами, и, таким образом, самоубийство и попытка самоубийства воспринимались как единый феномен. E. Stengel (1952) определил эпидемиологические различия между этими двумя группами и предложил термины «самоубийство» (суицид) и «попытка самоубийства» (суицидальная попытка) для разграничения этих форм поведения. Он полагал, что суицидальные намерения были существенными в обеих группах; иными словами, выжившие после совершения суицидальных действий являются, по сути, самоубийцами, потерпевшими неудачу при попытке покончить с собой.

В 1960-е гг. было предложено не рассматривать более суицидальные намерения у лиц, предпринявших (по терминологии E. Stengel) «попытку самоубийства», как существенные, поскольку установлено, что большинство из них «совершали соответствующие действия, будучи уверенными в своей относительной безопасности,

полностью отдавая себе отчет — даже в самый критический момент — в том, что они должны выжить, несмотря на прием чрезмерной дозы лекарств, а значит, нужно быть в состоянии вовремя раскрыть необходимую информацию для обеспечения своего спасения» (Kessel N., Grossman G., 1965). По этой причине N. Kessel предложил заменить термин «попытка самоубийства» терминами «умышленное самоотравление» и «умышленное самоповреждение», которые были выбраны с таким расчетом, чтобы указывать на явно преднамеренный характер такого поведения и при этом не содержать утверждения о наличии в данном случае желания умереть.

В свете этого некоторые европейские авторы ввели новые термины с целью формализации и описания исследования акта попытки самоубийства. Стали использоваться термины «псевдосуицид» (Kessel N., Grossman G., 1965) и «парасуицид» (Kreitman N. [et al.], 1969). В большей степени прижился термин «парасуицид», чаще используемый в европейской научной литературе по сравнению с американской и российской, где чаще употребляется словосочетание «суицидальная попытка». «Парасуицид», с точки зрения N. Kreitman, — это «нефатальное действие, при котором индивидуум намеренно наносит себе повреждения или принимает лекарственное вещество в количестве, значительно превышающем прописанные врачом или общепринятые терапевтические дозы». Таким образом, исключается вопрос о том, была ли смерть желаемым результатом. Хотя термин «парасуицид» довольно широко употребляется, некоторые врачи по-прежнему придерживаются терминов «самоотравление» и «самоповреждение». H. G. Morgan (1979) предложил термин «умышленное причинение себе вреда» для обозначения единого понятия, охватывающего и умышленное самоотравление, и умышленное самоповреждение. Выдвигалось возражение, что этот термин иногда неправильно употребляется, так как указанные действия не обязательно причиняют вред (даже если совершающий их знает, что вред может быть причинен). С течением времени определение самоубийства стало более связанным с действующими концепциями. E. Shneidman (1970) определил самоубийство как «намеренный акт самоуничтожения», J. A. Motto (1967) говорил о «самоумышленной смерти». С нашей точки зрения, практически ни один из этих терминов не является вполне удовлетворительным и служит, скорее, констатации конечного факта аутоагрессивного действия.

В 1988 г. были выделены «Операциональные критерии для определения самоубийства» (Operational criteria for determining suicide), которые обозначили самоубийство как «смерть в резуль-

тате намеренного причинения самому себе вреда». Это позволило оперировать тремя основными критериями самоубийства: смертельный исход из-за нанесенного самоповреждения, совершение самоповреждающих действий самим человеком и наличие у него намерения умереть. Данная инициатива способствовала разработке других критериев, которые опираются на концепции самостоятельного причинения себе вреда (установление существования самостоятельно спровоцированных повреждений субъектом) и намеренности (явного или неявного доказательства сознательного решения или желания убить себя).

Выделение подобных критериев позволило понять, что суицидальное поведение не является однородным феноменом и необходима его классификация, основанная на выявлении причин, вызывающих его, намеренности действий и их последствий. Рабочей группой по профилактике суицидов и суицидальных попыток регионального европейского офиса ВОЗ в 1986 г. было определено, что самоубийство (суицид) — это «действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения». К суицидальным же попыткам (парасуицидам) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную» (World Health Organization, 1986).

По-видимому, данные термины можно интерпретировать поразному в зависимости от квалификации лица, занимающегося расследованием произошедшего, его мотивации или желания скрыть факт данного события. С нашей точки зрения, более упрощенными, но от этого не менее противоречивыми, являются термины, представленные в докладе ВОЗ «Предотвращение самоубийств: Глобальный императив» (2014), где термином «суицидальное поведение» обозначен «диапазон различных вариантов поведения, которые включают фантазии или размышления о самоубийстве, планирование самоубийства, совершение попытки и непосредственно само самоубийство», «суицидом» обозначают акт умышленного убийства самого себя, а «суицидальная попытка» используется для обозначения любого вида изначально нелетального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые

могут иметь или не иметь летального намерения или исхода. ВОЗ указывает, что нефатальные самоповреждения без суицидальных намерений также могут быть отнесены к группе суицидальных попыток. Это связано с трудностями определения выраженности суицидальных намерений, амбивалентным отношенем к суицидальному акту или с сознательным укрывательством со стороны суицидента (World Health Organization, 2014).

Противоречивость этих терминов заключается в том, что подразумевается разделение суицида как поведенческого акта, закончившегося смертью индивидуума, и суицидальной попытки, которая также может закончиться смертью, но суицидом при этом обозначить ее невозможно вследствие «изначально нелетального суицидального поведения». Безусловно, нельзя отрицать тот факт, что для некоторых лиц, особенно для подростков и женщин, характерен стереотип повторяющегося «нефатального суицидального поведения», и вероятность того, что их суицидальная попытка завершится смертью, может быть мала. Но все-таки не стоит забывать, что в статистических отчетах о смерти вследствие суицида присутствуют и подростки, и женщины, для которых было характерно такое поведение. Поэтому, с нашей точки зрения, разделение данных терминов только на основе степени летальности средств лишения себя жизни неприемлемо и носит скорее формально-статистический характер. Впрочем, это вопрос для дальнейшего обсуждения. Необходим индивидуальный анализ с оценкой обстоятельств, мотивов, истинности намерений в каждом отдельном случае, так как только такой подход позволит совершенствовать клиническую практику. Этот вопрос особенно значим в области оценки суицидального поведения у молодежи, так как формальная квалификация суицидальных действий у детей и подростков, недостаточно адекватно оценивающих летальность способа лишения себя жизни, может приводить к тому, что специалист оценивает такое поведение как «жест», «демонстрацию», «манипуляцию» или «истерическую реакцию». Недоучет обстоятельств и оперирование формализованными критериями в дальнейшем может привести к трагическим результатам.

С психиатрической точки зрения суицидальное поведение рассматривалось весьма вариабельно: как симптом, синдром, осложнение психического заболевания, психическое расстройство и диагностическая ось. Взгляд на самоубийство менялся в зависимости от концептуальных положений авторов, а также от рассмотрения непосредственно различных категорий суицидентов.

S. E. Hyman (1990) предложил использовать разделение суицидентов по тем поведенческим признакам, которые были выделены в процессе клинической работы. Он отметил, что существуют смертельные исходы у пациентов, которые могут быть связаны с суицидальными действиями; пациенты, которые выживают после суицидальной попытки; пациенты, которые обращаются за помощью в связи с имеющимися суицидальными идеями или импульсами; пациенты, которые обращаются за медицинской помощью по другим причинам, но в то же время допускающие у себя наличие суицидальных идей и импульсов; пациенты, которые отрицают суицидальные намерения, но их поведение, возможно, демонстрирует риск суицидальных действий с точки зрения клинициста или родственников.

В классификации R. W. Maris (1992) выделено несколько осей для определения типов суицидального поведения. Ось I определяет тип поведения (суицидальные мысли, суицидальная попытка, самоубийство). Ось II служит для выявления характеристик акта, вторичных по отношению к самому суицидальному действию, таких как его летальность, преднамеренность, сопутствующие обстоятельства, выбранный метод, а также социальных характеристик: пол, возраст, этническая принадлежность, семейное положение и род занятий. Наконец, ось III связана с наличием или отсутствием хронического, непрямого, саморазрушающего поведения (употребление психоактивных веществ, алкоголя, наличие в анамнезе самоповреждений или расстройств пищевого поведения).

Еще одна попытка классификации базируется на кластерном анализе различных групп населения с выделением особенностей их суицидального поведения. Во многих исследованиях были выделены следующие группы: лица с недифференцированным суицидальным намерением, как правило, молодые женщины; пожилые лица с суицидальными попытками, которые характеризуются высокой намеренностью и степенью летальности выбранного способа; к третьей когорте условно можно было отнести некую промежуточную форму суицидального поведения, базирующуюся между вышеперечисленными группами (Rapeli C. B., Botega N. J., 2005; Sinyor M. [et al.], 2014).

Вероятно, наиболее практичной стала классификация M. M. Silverman (табл. 1), которая включает в себя не только суицидальные угрозы, но и особенности суицидального плана, выражающегося, например, в накоплении лекарственных средств, что косвенно может свидетельствовать о намерениях совершить суицид. При этом в каждой из рубрик (суицидальные мысли, суицидальная коммуни-

кация, суицидальное поведение) автором предлагается выделение различных типов данных феноменов в зависимости от наличия, отсутствия или недостаточности их проявлений, что позволяет полноценно оценить суицидальный статус индивида и в соответствии с этим определить суицидальный риск.

Таблица 1

Номенклатура суицидальных мыслей и поведения
(Silverman M. M. [et al.], 2007)

Суицидальные мысли Намерения к суициду			Суицидальная коммуникация***			
Нет	?	Да		Нет	?	Да
(1) случайные			Суицидальные угрозы*	Тип 1	Тип 2	Тип 3
(2) кратковременные			Суицидальный план**	Тип 1	Тип 2	Тип 3
(3) постоянные						
(4) пассивные						
(5) активные						

Суицидальное поведение***			
Результат	Нет (самоповреждение)	? (неопределенное суицидальное поведение)	Да (суицидальная попытка)
Отсутствие повреждений	Тип 1	Тип 1	Тип 1
Наличие повреждений	Тип 2	Тип 2	Тип 2
Смерть	Непреднамеренная самоиндуцированная смерть	Самоиндуцированная смерть с неопределенными намерениями	Самоубийство

* Суицидальные угрозы: вербальные или невербальные; активные или пассивные.

** Суицидальный план: предполагаемый метод достижения потенциально самоповреждающего результата.

*** Дополнительные определения:

А. Внутриличностный фокус – изменение внутреннего состояния.

Б. Межличностный фокус – изменение отношений с другими.

В. Смешанный фокус.

В настоящее время в классификации МКБ-10 суицидальное поведение отражено только в рубрике «Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01—Y98), отражающей происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. Блок «Преднамеренное самоповреждение» (X60—X84), который включен в эту рубрику, определяет весь спектр возможных причин как преднамеренного самоповреждения путем отравления или травмирования, так и непосредственно суицидальной попытки или суицида:

X60 — преднамеренное самоотравление и воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

X61 — преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках;

X62 — преднамеренное самоотравление и воздействие наркотиками и/или психодизлептиками (галлюциногенами), не классифицированные в других рубриках;

X63 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему;

X64 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами;

X65 — преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем;

X66 — преднамеренное самоотравление и воздействие органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами;

X67 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими газами и парообразными веществами;

X68 — преднамеренное самоотравление и воздействие пестицидами;

X69 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами;

X70 — преднамеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения;

X71 — преднамеренное самоповреждение путем погружения в воду и утопления;

X72 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из ручного огнестрельного оружия;

X73 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия;

X74 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия;

X75 — преднамеренное самоповреждение путем использования взрывчатых веществ;

X76 — преднамеренное самоповреждение дымом, огнем и пламенем;

X77 — преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами;

X78 — преднамеренное самоповреждение острым предметом;

X79 — преднамеренное самоповреждение тупым предметом;

X80 — преднамеренное самоповреждение путем прыжка с высоты;

X81 — преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания перед ним;

X82 — преднамеренное самоповреждение посредством аварии моторного транспортного средства (мототранспортное средство, поезд, трамвай);

X83 — преднамеренное самоповреждение посредством других уточненных действий **(**посредством воздействия едких веществ (исключая ядовитые), аварии самолета, поражения электрическим током**)**;

X84 — преднамеренное самоповреждение посредством неуточненных действий.

Дополнительным знаком может кодироваться место происшествия, например: 1 — специальное место для проживания; 2 — территории школ, других учреждений и общественных зданий; 3 — площадки для занятий спортом и спортивных соревнований; 4 — улица или автомагистраль и т. д.

Когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений, в действительности совершенное самоубийство может быть отнесено к блоку «Повреждение с неопределенными намерениями» (Y10–Y34).

Помимо этого, случай совершения суицидальной попытки может быть отражен в медицинской документации при помощи категории «Самоповреждение в личном анамнезе» (Z91.5), что в какой-то степени может способствовать преемственности оказа-

ния помощи и более внимательному отношению к возможному рецидиву суицидальных тенденций у пациента. Таким образом, следует признать, что имеющаяся классификация отражает только лишь результат и способ самоповреждения или самоубийства, что в большей степени служит статистическим потребностям.

В МКБ-11 планируется сохранить данные диагностические категории без выделения каких-либо новых критериев, в отличие от классификации DSM-5, где в 3-й секции описываются «расстройство суицидального поведения» и «несуицидальное самоповреждение». Группа экспертов определила, что в настоящее время недостаточно доказательств для включения подобных расстройств в качестве официальных диагнозов в классификацию. Однако предлагается обсуждение для психиатрической общественности каждого из предложенных критериев с возможным включением в следующие издания DSM.

Расстройство суицидального поведения — Suicidal Behavior Disorder. Предлагаемые критерии следующие.

A. Совершение суицидальной попытки в течение последних 24 мес.

B. Действия не соответствуют критериям несуицидального самоповреждения, т. е. они не связаны с причинением ранений кожного покрова тела с целью отвлечения от негативного эмоционального состояния (плохих мыслей) или для достижения более хорошего настроения.

C. Диагноз не применяется к суицидальным мыслям или суицидальным тенденциям.

D. Действие не было совершено в состоянии делирия или спутанности.

E. Действие не было предпринято исключительно в связи с политическими или религиозными целями.

Укажите, если:

текущее расстройство — не более 12 мес. с момента последней попытки;

начало ремиссии — 12–24 мес. с момента последней попытки.

Несуицидальное самоповреждение — Nonsuicidal Self-injury. Предлагаемые критерии.

A. За последний год индивид в течение 5 или более дней занимался преднамеренным нанесением самому себе повреждений кожного покрова, для того чтобы вызвать кровотечение, кровоподтеки или боль (например, нанесение себе ран, уколов, ударов, чрез-

мерное трение), с ожиданием того, что травма приведет к легкой или средней степени физического вреда.

* Отсутствие суицидальных намерений либо определяется самим индивидом, либо основано на многократно повторяющемся поведении, которое свидетельствует об отсутствии желания смерти.

B. Индивид совершает акты самоповреждений с одной или несколькими целями:

1) для отвлечения от негативного эмоционального состояния или неприятных мыслей;

2) для устранения межличностных трудностей;

3) для достижения более хорошего настроения.

* Облегчение состояния при мыслях о самоповреждении, во время или вскоре сразу после самоповреждения отражает паттерны зависимого поведения и связано с многократным повторением этих действий.

C. Преднамеренное самоповреждение характеризуется по крайней мере одним из следующих аспектов:

1) межличностные трудности или негативные чувства или мысли, такие как депрессия, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед началом самоповреждающего акта;

2) до совершения акта самоповреждения период поглощенности мыслями об этом настолько интенсивен, что возникают трудности самоконтроля;

3) размышления о самоповреждении возникают очень часто, даже вне периода их нанесений.

D. Поведение социально не санкционировано (например, пирсинг, татуировки, проявления религиозного или культурно-обусловленного ритуала) и не ограничено тем, что человек обдирает коросты или грызет ногти.

E. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или влияют на межличностные, учебные или другие важные области социального функционирования.

F. Поведение не возникает исключительно во время психотических эпизодов, делирия, наркотического или алкогольного опьянения. У лиц с нарушением развития нервной системы поведение не является частью паттерна повторяющихся стереотипий. Поведение не связано с другим психическим расстройством или медицинским состоянием (например, психотическим расстройством, расстройствами аутистического спектра, нарушением умственного

развития, синдромом Лех-Шихана, стереотипным двигательным расстройством с самоповреждением, трихотилломанией).

M. A. Oquendo и E. Baca-Garcia (2014) в Рекомендациях для внесения изменений в DSM-5 указывают, что суицидальное поведение соответствует критериям для психиатрического диагноза, а именно: а) поведенческий или психологический синдром или паттерн поведения, который проявляется у человека; б) связанный с клинически значимым дистрессом или потерей трудоспособности; в) определяемый диагностически; г) клинически значимый; д) отражающий лежащие в его основе психобиологические нарушения. Авторы выражают беспокойство лишь относительно диагностической стабильности, хотя они утверждают, что она является переменной также и для многих психических расстройств. С точки зрения диагностической валидности определения, используемые в Классификационном алгоритме оценки суицида (C-CASA) (Posner K. [et al.], 2007) и Колумбийской шкале оценки суицидального риска, разработанной на его основе (C-SSRS) (Posner K. [et al.], 2011), демонстрируют высокий уровень достоверности, чувствительности и специфичности, что ориентировочно составляет более 95 % для прогноза суицидальной попытки.

Вместе с тем рассмотрение суицидального поведения как отдельного психического расстройства, с нашей точки зрения, является необоснованным, поскольку создается впечатление, что подобные классификационные схемы создаются именно для включения в них как можно большего числа симптоматических форм нарушений, или отклонений от «нормального» поведения.

1.2. Современные направления изучения суицидального поведения

В процессе развития суицидологии как самостоятельной области научного знания было предложено много разных теоретических концепций, выделяющих роль психологических, социальных и биологических факторов в возникновении суицидального поведения (Зотов М. В., 2006).

В течение многих веков существовали различные подходы к концептуальной проблеме самоубийства. Первоначально преобладали религиозные и философские подходы. С научной точки зрения первой областью научных знаний, которая попыталась сформировать основные категории суицидологии, стала социология,

которая начала исследование и осмысление самоубийства в Европе еще в XVIII в.: E. Morselli в Италии; T. G. Masaryk в Австрии; A. M. Guerry, G. Foc-Demazy и E. Lisle во Франции; F. Winslow в Англии; S. Casper, I. Muller и G. Wagner в Германии. Одной из наиболее оригинальных и завершенных работ, раскрывающих социологическую концепцию суицидального поведения, является монография французского социолога Эмиля Дюркгейма «Самоубийство. Социологический этюд», изданная в 1897 г. Он высказал мысль, что уровень суицидов зависит исключительно от влияния социологических факторов, при этом он классифицировал акты самоубийства согласно уровню социальной интеграции индивида и особенностям социального регулирования в обществе. Им были выделены три типа самоубийства: эгоистическое, альтруистическое и аномическое. Со времени выхода данной работы многие авторы продолжали изучать самоубийство как социальный феномен: M. Halbwachs (1930) в своем труде «Причины самоубийства» сравнил различия суицидального поведения у сельского и городского населения; O. Una Juarez (1985) суммировал своей работой социальную теорию, обосновав связь общественной дезорганизации с индивидуальной.

Следует отметить, что подобные работы вызывали некоторую критику в свой адрес, обусловленную принципиальным отказом авторов от любых психологических объяснений суицида. Однако и в настоящее время ряд ученых частично придерживаются этой концепции. Так, Б. С. Положий (2016) утверждает, что «большее влияние на частоту суицидов оказывает не собственно социально-экономическое положение, а периоды масштабных социальных перемен и кризисов. По своему психологическому влиянию они вызывают необходимость смены привычного стереотипа жизнедеятельности человека и сопровождаются воздействием так называемого стресса социальных изменений. Он, в свою очередь, может привести к развитию психических расстройств и способствовать возникновению суицидальных форм поведения».

С появлением психоаналитической теории суицидальное поведение стало осмысляться как феномен психологический, не определяющийся только лишь психической патологией и не зависящий лишь от внешних факторов социального порядка. Идеи, впервые высказанные представителями психоаналитического направления, например мысль о связи реакций гнева и агрессии с суицидальным поведением, явились плодотворными для понимания некоторых его аспектов и получили подтверждение в экспериментальных ис-

следованиях, проведенных в дальнейшем. Так, З. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» (1917) изложил основные идеи, касавшиеся суицидального поведения. В дальнейшем его концепция была расширена и дополнена K. Menninger (1938), который выделил три составляющих суицидального поведения: желание убить, желание быть убитым и желание умереть. По его мнению, желание убивать может сформироваться еще в младенчестве как реакция на какую-либо стрессовую ситуацию, например на отлучение ребенка от груди. В случае с самоубийцами ярость и желание убить они обращают против себя же в попытке покончить с собой — стремление быть убитым. Если стремление к убийству можно рассматривать как высшую степень агрессии, то стремление человека быть убитым можно понимать как высшую форму подчинения, смиренности. Под влиянием угрызений совести человек стремится искупить вину за аморальный поступок физическими и душевными страданиями, что в итоге приводит его к убеждению в необходимости смерти ради искупления вины — желание умереть. В дальнейшем психоаналитическую теорию дополнил R. E. Litman (1965), подробно описав лежащие в основе суицидального поступка ощущения одиночества, безнадежности, беспомощности, а также чувства вины, зависимости и тревоги.

Особую роль имеют психологические модели суицидального поведения, которые, дополняя друг друга, позволяют в большей степени обосновать психотерапевтические подходы, выделяя маркеры суицидального риска и особенности суицидальных пациентов.

B. L. Fredrickson (2001) описал концепцию расширения и построения позитивных эмоций, которая определяет суицид как естественную реакцию на переживания печали, безнадежности и боли, по сути являя собой адаптивный ответ на невыносимое душевное состояние. Обучение же переживанию позитивного аффекта расширяет репертуар мыслей и действий, позволяя построить систему стрессоустойчивости. В процессе психотерапевтической работы возникает своеобразная спираль (Fredrickson B. L., Joiner T., 2002): от позитивных мыслей к позитивным действиям, вызывающим позитивные эмоции.

С позиций межличностного психологического подхода (Joiner T. E., 2005) выделяется желание и готовность умереть. Желание умереть связано с ощущением обременительности своего существования и нарушенными межличностными связями с другими, что ведет к суицидальным мыслям. Готовность же к смерти приобретается через привыкание к тягостному переживанию травмирующих

событий: человек перестает бояться смерти. В связи с этим риск суицида повышается с числом суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений.

В концепции надежды C. R. Snyder (1994) делается упор на недостаток позитивных ожиданий от будущего и объясняется появление надежды в онтогенезе: сначала появляется продумывание направлений деятельности (достижения целей) и потом — чувство уверенности, ощущение возможных свершений. Надежда может быть как чертой характера, так и преходящим состоянием; ей можно обучаться, ее можно тренировать, в чем и заключается терапия суицидальности (Grewal P. K., Porter J. E., 2007).

Развитие нейробиологических наук, произошедшее в последние десятилетия, привело к значительному расширению биологических объяснений суицидального феномена, определяющих его генез через генетические, физиологические и другие параметры жизнедеятельности организма (Ефремов В. С., 2004). По мнению В. Ф. Войцеха [и др.] (2009), современные технологии нейровизуализации позволяют проследить нарушения переработки информации при формировании суицидальных установок, расширить представления о патогенезе суицидального поведения и выделить нейрофизиологические маркеры, позволяющие объективно оценить суицидальный риск.

Современные исследования показали, что в реализации суицидального поведения участвует ряд нейробиологических механизмов (Mann J. J., 1998). Основными объектами исследований явились серотонинергическая и моноаминергическая системы мозга, система ГАМК, нейротрофины и другие регуляторы клеточной структуры мозга, а также система нейрогуморальной регуляции, отвечающая за реагирование на стрессовые воздействия и адаптацию, иммунная система и некоторые общебиохимические механизмы, связанные с обменом холестерола и высших жирных кислот (Розанов В. А. [и др.], 1999; Розанов В. А., Мидько А. А., 2006).

В последнее время появились работы, объясняющие механизм ранней психотравмы и ее «консервации» до момента первых жизненных трудностей (пубертат, взросление). В частности, установлено, что стресс, пережитый на самых ранних стадиях развития, приводит к появлению эпигенетических меток на некоторых участках генома, вследствие чего профиль экспрессии генов, в том числе имеющих отношение к системе реагирования на стресс, меняется и устанавливается на весь период существования организма (Розанов В. А., 2015). Данный механизм рассматривается как