

3. Факторы суицидального риска

При анализе факторов, способствующих развитию суицидального поведения, выделены две большие группы: **групповые факторы риска** и **индивидуальные факторы риска** (Е.В. Бачило).

Фактором, который является достаточно общим для мировой практики, — распределение суицидентов по **полу**. К примеру, взрослые мужчины чаще склонны к суицидальному поведению, чем женщины. В подростковом возрасте, по статистике, девушки чаще демонстрируют суицидальное поведение, чем юноши. После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Суицидов у мальчиков встречается больше, чем у мужчин.

Важное значение имеет такой фактор, как **возраст** суицидента. В США и европейских странах имеются определённые пики частоты суицидов — в подростковом возрасте (15 – 19 лет) и пожилом возрасте (60 – 75 лет). Эти пики условно называют «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно. В России также выделяют два «пиковых» периода: для парасуицидов — подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов — пожилой и старческий.

Фактор **страны**, немаловажный фактор. Многие исследователи указывают на то, что в развитых странах количество суицидентов выше, в сравнении с менее развитыми странами. Печальное лидерство по количеству суицидов на 100 000 жителей страны принадлежит США, Канаде, Индии, а из европейских стран — Венгрии, Швеции, Швейцарии, Дании.

И.Е. Марина, в своем исследовании указывает на то, что, в настоящее время, суицид занимает третье место среди причин смертности после несчастных случаев и убийств в Российской Федерации. По количеству завершённых самоубийств Россия вышла на одно из первых мест в мире, поскольку в ней количество суицидов в два раза превышает показатели, определённые Всемирной организацией здравоохранения (более 40 случаев на сто тысяч населения). По данным многочисленных исследований, на одно завершённое самоубийство приходится от 10 до 20 суицидальных попыток (т.е. незавершённых суицидов), что свидетельствует об угрожающей тенденции, связанной с добровольным уходом из жизни. Особую проблему представляет подростковый суицид.

Широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биологические (генетические), психолого-психиатрические и социально-средовые факторы суицидального риска.

В работах, посвященных изучению суицидов среди близнецов и усыновленных детей, была показана важная роль **генетических факторов** в формировании предрасположенности к самоубийству. Например, было показано, что однояйцевые близнецы, у которых 100% генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем двужайцевые близнецы, у которых совпадают только 50% генов. Исследования суицидов среди приемных детей показали, что лица с суицидальным поведением значительно чаще имеют биологических родственников, также совершивших самоубийство.

Психолого-психиатрические факторы суицидального риска

Важнейшими психологическими и психиатрическими факторами суицидального риска являются: наличие психического заболевания; индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению; эпизоды суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом.

Наличие **психического заболевания** является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения самоубийства. Риск суицида наиболее высок при таких психических заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, личностные расстройства.

По разным данным, 29-88% людей, осуществивших завершённые суициды, страдали от *депрессии*. Самоубийство — основная причина повышенной смертности лиц с депрессией. Риск смерти в результате суицида у лиц с депрессивными расстройствами составляет 12-20% (А.Г.Амбрумова). Депрессия диагностируется примерно у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства.

Шизофрения является другим психическим заболеванием, повышающим вероятность совершения самоубийства. Суицидальный риск в этой подгруппе в 30—40 раз выше, чем в общей популяции. Примерно 10—12% больных шизофренией погибают в результате самоубийства. Зарубежные исследователи выделяют следующие факторы, повышающие уровень риска самоубийства у больных шизофренией: частые госпитализации в психиатрический стационар, высокая импульсивность, суициды среди членов семьи или родственников, наличие психотических и депрессивных симптомов.

Высокий уровень суицидального риска также отмечается при *зависимости от алкоголя или наркотических веществ*. По данным разных зарубежных авторов, злоупотребление алкоголем или наркотиками отмечалось у 30—55% лиц, погибших в результате самоубийства. Отечественные исследователи отмечают, что 7—15% больных алкоголизмом умирают в результате самоубийства, при этом наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего возраста (Д.И. Шустов).

Большое число работ посвящено выявлению *индивидуально-психологических особенностей*, предрасполагающих к суицидальному поведению.

Например, М.В. Смирнова (2011) указывает на то, что суицидальное поведение детерминировано множеством факторов, среди которых личностным характеристикам отводится существенная роль. Так А.Г. Амбрумова (1989) отмечает, что личность со всеми ее индивидуальными особенностями представляет собой стержневую основу для понимания суицидального поведения как проявления социально-психологической дезадаптации. Среди личностных индикаторов суицидального поведения, в результате научных исследований, выделены:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- категоричность;
- незрелость суждений;
- неблагополучие коммуникативной сферы;

- неадекватная возможностям личности самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение и утрата ценности жизни;
- перфекционизм,
- когнитивная ригидность;
- дихотомичность мышления и др.

Одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства являются *прошлые попытки суицида или парасуицидальные эпизоды*. Некоторые зарубежные авторы отмечают, что у лиц с суицидальными попытками наблюдается 20—30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей картиной для всего населения. По данным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства (Г.В. Старшенбаум).

Социально-средовые факторы суицидального риска

Среди наиболее значимых социально-средовых факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства, выделяют влияние тяжелых стрессовых событий (потеря близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или сексуальное насилие и др.), определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянной работы и др.), доступность высоко летальных средств суицида.

Наиболее частые *стрессовые события*, провоцирующие суицидальное поведение, — смерть близкого человека, развод или разрыв отношений с любимым человеком, различного рода межличностные конфликты, смерть или тяжелое заболевание ребенка, потеря работы или невозможность найти работу. По данным отечественных исследователей, около 2/3 всех самоубийств происходит под влиянием причин личностно-семейного характера. При этом у молодых лиц в возрасте 16-20 лет наиболее частой причиной самоубийства являются неудачные любовные взаимоотношения, у лиц в возрасте 30-40 лет — различные семейные конфликты, у пожилых людей старше 60 лет — потеря близких и одиночество.

В ряде исследований было установлено, что пережитое в прошлом физическое или сексуальное насилие значительно повышает уровень риска совершения самоубийства. Исследование, проведенное в Нидерландах на материале 1490 подростков, показало, что у лиц, переживших сексуальное насилие, значительно чаще наблюдались суицидальное поведение, депрессия и другие виды пограничных психических расстройств, чем у их сверстников без травматического опыта. В другом исследовании было показано, что у женщин, госпитализированных с попытками самоотравления, значительно чаще отмечалось пережитое в прошлом сексуальное насилие, чем у женщин, госпитализированных по другим причинам.

Важным фактором, влияющим на суицидальное поведение, является **религия**. У верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у людей без устойчивых религиозных убеждений. Характер религиозных убеждений также влияет на показатели самоубийств. В странах, большая часть населения которых

исповедует ислам или католицизм, наблюдается более низкий уровень суицидов по сравнению с другими странами, особенно теми, где доминирующую роль играет протестантство. Исследование самоубийств среди представителей различных этнических групп в Сингапуре показало, что самый низкий уровень самоубийств отмечается среди этнических малайцев — приверженцев ислама, в то время как наибольшее число самоубийств отмечается среди этнических индусов — последователей индуизма, не накладывающего строгих запретов на самоубийство.

Используемый *способ суицида* — основной фактор, определяющий вероятность летального исхода попытки самоубийства. В России часто используемыми методами самоубийства являются самоповешение, отравление (в первую очередь медикаментозными препаратами), использование холодного оружия и падение с высоты. В США примерно в 2/3 всех случаев суицидов используется огнестрельное оружие. В Англии частым способом совершения самоубийства является отравление автомобильными выхлопными газами. В Китае наиболее распространенный метод совершения самоубийства — отравление пестицидами. Установлено, что ограничение доступа населения к высоко летальным средствам суицида (например, огнестрельному оружию), приводит к снижению уровня завершенных самоубийств.

В заключение необходимо отметить тесную взаимосвязь биологических, психолого-психиатрических и социально-средовых факторов в процессе формирования суицидального поведения. Например, влияние генетических факторов на суицидальное поведение может опосредоваться психологическими и социально-средовыми факторами. У генетически отягощенных индивидов часто отмечается склонность к социальному поведению, провоцирующему возникновение специфических стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут вызывать депрессию и суицидальные реакции.

Факторы детского и подросткового суицида

1. Одним из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте выделяют неблагоприятную семейную обстановку. Разрушительность семейного уклада отмечена практически всеми отечественными учеными, исследовавшими проблему детского суицида.
 - Ситуация длительного конфликта в семье или ситуации развода родителей. Подростку нелегко выдерживать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию».
 - Утрата значимой привязанности, например, смерть мамы или любимой собаки для ребенка становится нелегким испытанием.
 - Отсутствие в семье «значимого взрослого». В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.
2. Психологическая неадекватность в воспитании. Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях, а также

неустановленных отношений в рядах воинских частей, лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

- назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;
 - наличием факта психологического или сексуального насилия;
 - наличием фактов физического насилия.
3. Подростковое одиночество. В групповых социально-психологических исследованиях (например, социометрии) попадают в группу «отверженные», «козлы отпущения» и др.
- В начальной школе (7-9 лет), статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливостью, неопрятностью, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;
 - В среднем звене (10-14 лет), статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, не успешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики.
 - Для юношеского периода (14-18 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку.
4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии, в сравнении со сверстниками.
- Раннее интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами в развитии. В норме, для девочек, проявление половых признаков происходит к 11 годам, - у мальчиков – после 13 лет.
 - Дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным гармоничным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей, характерен для внешнего вида подростка, интенсивный и непропорциональный увеличения внутренних органов, провоцирует эмоциональные перепады. Наблюдаются гормональные перепады и взрывы у подростка
 - Яркая картина акцентуаций в подростковом возрасте.
5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для детской агрессивности характерна вспыльчивость, мгновенность, импульсивность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:
- высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;
 - высокий уровень нервно-мышечного напряжения;
 - высокий уровень внушаемости;
 - бескомпромиссность (черно белый мир, наличие категорий только «да» и «нет», мир крайностей без полутонов).

Для подростков характерна бурная реакция на неудачу, гнев, бравата, девиации.

Специфика суицидального поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста

Понятие "смерть" в детском возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие смерти возникает у детей уже между 2 - 3 годами, и для большинства она не является пугающим событием.

В дошкольном возрасте дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду. Вместе с тем, смерть близких, домашнего животного или сверстника из-за особенностей мышления и ограниченности опыта осознается ребенком как результат его желаний, что нередко приводит к сильному чувству вины. Возникающие печаль и грусть очевидны, но продолжаются недолго. Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В младшем школьном возрасте дети считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим. В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.

Отличительной особенностью детского возраста является отсутствие страха смерти ввиду несформированности самого понятия смерти. По мнению большинства исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11—14 годам. Как же формируется представление о смерти у детей? Оно проходит несколько этапов: от полного отсутствия представления о смерти до формального знания о ней. Но смерть для ребенка является понятием отвлеченным, он никак не связывает его ни со своей личностью, ни с личностью близких. У ребенка не сформировано представление, что смерть необратима. Он считает, что какое-то время его не будет, а потом он опять вернется.

Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения; иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеет отягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания — гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще

все это связано с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения.