

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:
Суицидальное поведение

Выполнила:
врач-ординатор 1-го года обучения
Купенко Е.Е.

Проверил:
Д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск

2019

Оглавление

Введение	3
Определение и статистика.....	4
Основные теоретические подходы суицидального поведения.	5
Классификация.....	8
Суицидальное поведение.....	10
Возрастные особенности суицидального поведения	11
Суицидальное поведение при шизофрении	13
Заключение:	15
Источники информации:.....	16

Введение

Влечение- состояние конкретной нужды человека, потребность в определенных условиях существования, зависимость от их наличия. Осознанное влечение называется *желанием*. Несмотря на то, что потребности у каждого индивида субъективны, существует ряд протопатических потребностей, характерных для каждого человека: потребность в пище и безопасности (инстинкт самосохранения), сексуальные влечения и проявление заботы о близких (инстинкт продолжения рода, материнский инстинкт), потребность в общении (аффилятивная).

Инстинкт самосохранения — это врожденная форма поведения живых существ в случае возникновения опасности, действия по спасению себя от этой опасности. Реализации этого инстинкта служат такие чувства, как боль и страх. Боль ощущается обычно как аномальное состояние организма, которое необходимо каким-либо образом устранить. Страх заставляет живое существо искать убежище и иногда провоцирует выброс в кровь адреналина. Павлов считал, что все общие рефлексы служат инстинкту самосохранения; Мечников, в рамках теории ортобиоза, считал, что инстинкт самосохранения полностью запускается к моменту полного становления психики и в норме, примерно к 80 годам сменяется «инстинктом к смерти».

Казалось бы, что может быть естественнее желания сохранить жизнь, особенно в молодом возрасте, однако, извращение инстинкта самосохранения с каждым годом встречается все чаще и чаще.

Согласно статистике ВОЗ, ежегодно заканчивают жизнь самоубийством более восьмисот тысяч человек, в среднем, заверенный суицид совершается один раз в сорок секунд, поэтому актуальность темы не вызывает сомнений.

Определение и статистика

Самоубийство, суицид (от лат. *sui caedere* — убивать себя) — преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное.

Поскольку в официальную статистику самоубийств попадают только явные случаи суицида, реальное число самоубийств превышает официальные цифры в 2-4 раза. То есть на самом деле в мире ежегодно кончает с собой от 1.6 млн до 3.2 млн человек.

Порядка 20 млн. человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства. Среди выживших высок процент тех, кто в результате наносит непоправимый вред своему здоровью.

Число законченных самоубийств среди мужчин в среднем в 4 раза больше, чем женщин - этот показатель может сильно отличаться в разных странах. С возрастом (65-85 лет) это соотношение увеличивается до 6-9. С другой стороны - женщины пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем мужчины, но выбирают "щадящие" способы, которые значительно реже приводят к смерти.

ВОЗ делит страны с высоким (более 20 человек на 100 тыс. населения), средним (10-20 человек на 100 тыс. населения) и низким (менее 10 человек на 100 тыс. населения) уровнем суицида. Практически все страны, ранее входившие в состав СССР, относятся ко второй группе, в том числе и Россия (19,5 человек на 100 тыс. населения).

В России до революции распространенность самоубийств была самой низкой в Европе — три самоубийства на 100 тыс. жителей в год. В 1998-1999 гг. показатель уровня самоубийств в стране составил 38 на 100 тыс. жителей. Каждый год кончают жизнь самоубийством около 50 тысяч россиян.

Основные теоретические подходы суицидального поведения.

1. *Репрессивный и биологический.* В основе репрессивного подхода лежит запрет на самоубийства, который был широко распространен в примитивных обществах. В соответствии с концепцией биологического вырождения суицид понимается как неизбежный финал дегенерата. Р. Крафт-Эбинг (1908) считал самоубийство проявлением вырождения человеческой природы, описывал у суицидентов дегенеративные анатомо-физиологические признаки. Расисты рассматривают суицид как естественный регулятор естественного отбора, способствующий очищению и прогрессу высшей расы. Представители антропологической школы П.М. Минаков и А.И. Крюков связывали происхождение самоубийства с характерными изменениями в строении черепа самоубийц, оказывающими механическое воздействие на мозг. Судебный патологоанатом И.М. Гвоздев (1889) собственноручно вскрыл 1000 трупов самоубийц, безуспешно пытаясь обнаружить у них патологические особенности «молекулярного движения в головном мозге».

2. Представители *социологического* подхода вслед за его основоположником французским социологом Эмилем Дюркгеймом рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. Э. Дюркгейм (1994) разделил суицидные проявления на суицидные тенденции, попытки и завершённый суицид. Он выделил следующие типы суицидов.

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой («вялая меланхолия, услаждающаяся собою, рассудочное равнодушие скептика»),

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («со спокойным чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»)

3. Анемическое самоубийство как реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных

связей индивида и социальной группы («горячий протест против жизни вообще или против определенного лица; убийство, сопровождаемое самоубийством»). Вариантом аномического суицида является фаталистическое самоубийство при переживании личных трагедий (например, смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви).

Подобным образом Э. Шнейдман (2001) выделяет три типа суицидов:

- 1) эготические самоубийства, связанные с внутриличностным конфликтом,
- 2) диадические самоубийства, адресованные значимому другому и
- 3) агенеративные самоубийства, вызванные утратой связи со

своим поколением или человечеством в целом.

А.Н. Моховиков (2001) отмечает появление у советских людей после распада СССР таких чувств, как разобщенность и принадлежность к неспособному управлять своей судьбой народу, отлученность от цивилизации, незащищенность, анархическое отношение к государству и его законам, зависть и некритическое принятие всего иностранного.

3. Общепсихологический подход

-Фрейд: суицид как один из возможных вариантов борьбы между Эросом и Танатосом

-Адлер- самоубийство как исход кризисной ситуации, заключающейся в утрате человеком чувства общности с другими людьми, необходимой для компенсации неполноценности, что является смыслом и целью жизни.

- Хорни- возникновение невротического конфликта, порожденного базисной тревогой, формирующееся в детском возрасте; возникнувшее чувство враждебности окружения наряду с другими чувствами, актуализирующимися при межличностных конфликтах, становится основой суицидального поведения

-Юнг- актуализация архетипа коллективного бессознательного, стремление к духовному перерождению, выступающее основным мотивом к добровольной смерти.

-Салливан- формирование душевного дискомфорта при негативном длительном отношении окружения, приводящее к зарождению тревоги и установки «плохое Я», переходящее в «не Я», что, в свою очередь приводит к возникновению аутоагрессивного поведения и таким образом избавления от страданий.

-Франкл- суицид как проблема выбора индивида; избегание получения нового опыта и дальнейшего развития личности.

-Амбрумова- суицид как проявление крайней социально-психологической дезадаптации личности при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов

-Шнейдман- в основе самоубийства лежит «душевная боль» вследствие длительного состояния фрустрации

-Фарбероу- суицид как крайняя степень саморазрушительного поведения.

Благодаря концепции Фарбероу разработаны принципы профилактики суицидального поведения.

4. *Психопатологическая концепция* (Прозоров, Хендин, Исакссон) исходит из предположения о том, что все самоубийцы – это душевнобольные люди, а все суицидальные действия – проявление психического расстройства.

5. *Генетическая теория*: что родственники самоубийцы первой степени родства в 4 раза чаще совершают самоубийство, то есть чаще склонны к поведению такого рода. Близнецовые исследования: монозиготные близнецы в 20 раз чаще совершают самоубийства: если один из близнецов совершил, то у второго, по статистике, риск в 20 раз увеличивается. Дизиготные близнецы: по разным данным, до 4% увеличивается риск суицидального поведения.

Классификация

Истинный суицид - осознанные действия, целью которых является совершение акта самоубийства, желание лишиться себя жизни. Серьезность и устойчивость намерения подтверждаются выбором места, времени и способа суицидального действия, активной предварительной подготовкой, а в ряде случаев - наличием предсмертных записок. При истинных суицидальных действиях период, предшествующий самоубийству, отличается большей длительностью (от нескольких суток до месяца и более).

Аффективный суицид - суицидальные действия, обусловленные необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события или под влиянием аккумуляции хронических психотравм. В отличие от истинного суицида, при котором психотравма, осознанная и переработанная человеком, вызывает определенный тип целенаправленного, хотя и неадаптивного поведения, при аффективных суицидальных действиях психотравмирующая ситуация не успевает подвергнуться сознательной личностной переработке. Такие суициды характеризуются "свернутостью" и интенсивностью динамики, стремительным ростом эмоциональной напряженности, крайне эмоционально насыщенными отрицательными переживаниями гнева, обиды, оскорбленного достоинства, чести и т.п. Восприятие конфликтной ситуации становится избирательно фрагментарным, отрывочным. Суициденты не реагируют на обращения окружающих, никакие аргументы в расчет не принимаются. Охваченность суицидальным побуждением обуславливает отсутствие страха смерти и боли.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение - сознательная манипуляция индивидом жизнеопасными действиями при сохранении для него высокой ценности собственной жизни с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную сторону. Личностный смысл демонстративно-

шантажных попыток состоит в оказании психологического давления на окружающих значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для себя сторону (вызвать к себе жалость, сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей и т.п.). При демонстративно-шантажных попытках человек понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть и для этого предпринимает все меры предосторожности.

Суицидомания — немотивированное стремление к самоубийству. В этих случаях отсутствуют как внешние, так и внутренние причины — болезненные состояния.

Суицидальное поведение

Суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, суицидальные намерения (идеи), суицидальные приготовления, суицидальные попытки (покушения) и собственно акт суицида.

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями из этой шкалы:

1. Пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т.п.).

2. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.

3. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение

Возрастные особенности суицидального поведения

Суицидальное поведение *в детском возрасте* носит характер ситуационно-личностных реакций, т. е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — редкое явление, и только с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16–19 годам. Большинство авторов считают, что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 — 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле для раннего возраста малоприемлемы.

Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем *в подростковом возрасте*. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь немногие из них достигают своей цели. Частота законченных суицидов подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе — шантажа. А. Е.Личко отмечает, что лишь у 10 % подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % — это крик о помощи. Большинство эксцессов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд «братания». А.Е.Личко, А.А.Александров, проведя обследование группы подростков в возрасте 14–18 лет, пришли к выводу, что у 49 % суицидальные действия были совершены *на фоне острой аффективной реакции*. В группе подростков также несколько возрастает роль психических расстройств, например

депрессии. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы.

Исследования показали, что наибольшее число завершенных самоубийств совершается в период от 40 до 65 лет. Уровень самоубийств выше среди мужчин. Типичными стрессорами **зрелого возраста** являются ситуация развода, потеря близкого человека, увольнение с работы, финансовый кризис, смерть в семье.

Пожилой возраст сталкивается с такими серьезными социально-психологическими проблемами, как одиночество, окончание профессиональной деятельности, утрата возможностей, отделение от семьи и друзей и т. д. Депрессия у пожилых людей характеризуется чувством усталости, фатальностью и безнадежностью. Безнадежность проявляется в стойком желании умереть. В силу ряда причин пожилой возраст является одним из наиболее подверженных суицидальному поведению.

Суицидальное поведение при шизофрении

Около 50 % больных шизофренией за 20-летний период болезни совершили суицидальные попытки, причем 10 % из них оказались завершенными. А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко отмечали, что наиболее суицидоопасными являются первые 3–5 лет заболевания.

Суицидальный риск при шизофрении обусловлен, как правило, тремя группами факторов, которые определяют три типа суицидального поведения этих больных :

1 тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах дозревания ремиссии, особенно после 2–3 госпитализаций у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспектив.

2 тип определяется своеобразным мировосприятием, тенденциями к нетрадиционным мировоззренческим установкам и личностными особенностями. Как правило, такой тип суицидального поведения чаще всего отмечается у больных простой формой шизофрении с признаками метафизической интоксикации, с преобладающими представлениями о бессмысленности бытия, об утрате смысла жизни, с суицидоманией.

3 тип определяется психопатологическими расстройствами.

Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно — параноидный, аффективно — бредовый, галлюцинаторно — параноидный с императивными слуховыми

галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации, атипичные депрессии.

Менее суицидоопасны: острый синдром Кандинского — Клерамбо, психопато— и неврозоподобные состояния, острые паранойяльные и парафренические синдромы.

Не суицидоопасны: онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства, апато — абулический. Многие суицидологи отмечают, что при шизофрении часты импульсивные, немотивированные суицидальные попытки.

Заключение:

Прочитав несколько работ по суицидальному поведению, я пришла к выводу, что по большому счету суицид - не желание умереть, а нежелание жить в тех условиях, в которых суицидент оказался по каким-либо причинам. На основании вышеизложенного, у меня возник ряд вопросов:

Во-первых, существует ли «суицид ради суицида» как таковой, если рассматривать патологию в рамках патологии инстинктивной сферы?

Во-вторых, учитывая стадии развития суицидального поведения, невольно возникает ассоциация с этапами формирования бредового поведения, в обеих патологиях есть стадийность, динамика от внутреннего ощущения ненормальности до кристаллизации идеи и реализации действий.

Следовательно, не является ли суицидальное поведение патологией мыслительной сферы? Ведь по сути, человек теряет критику к сложившейся ситуации и на фоне аффективно суженного сознания не может логическим путем прийти к другому решению проблему (не считая импульсивных актов).

И, в-третьих, в праве ли мы называть пациентов «психически здоровыми», если до принятия попытки они не наблюдались психиатрами, и совершили попытку на фоне неразрешимого микросоциального конфликта? Если да, то почему каждая «неудавшаяся» попытка госпитализируется в стационар ПНД?

Как говорится, даже если вас съели, есть два выхода из сложившейся ситуации, таким образом, я прихожу к выводу, что суицидальное поведение в норме встречаться не может, что бы ни говорили психологи и юристы.

Источники информации:

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. <http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>
3. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. Учебник, «Академия» 2018г
4. Шелехов И. Л, Каштанова Т. В., Корнетов А. Н., Толстолес Е. С. Суицидология: учебное пособие Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011
5. Юрьева Л.Н, Кризисные состояния, <https://psy.wikireading.ru/28014>