

В.Г. Василевский, Е.В. Ласый

Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения

ГУ «432 главный военный медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Наблюдающийся в мире рост числа самоубийств и суицидальных попыток, особенно у лиц молодого возраста, делают проблему суицидов актуальной. В Вооруженных Силах Республики Беларусь уровень суицидов также высок. Факторы суицидального риска с одной стороны определяются социальными явлениями и обуславливается устройством общества; с другой стороны - это индивидуальная реакция личности на трудную ситуацию, зависящая от конкретного индивидуума, его психического состояния. Наличие психического расстройства значительно увеличивает риск суицидального поведения, что делает крайне актуальной проблему оценки суицидального риска и профилактики суицидального поведения для врачей лечебных учреждений Министерства обороны.

В публикации рассматривается алгоритм выявления групп повышенного риска суицида, рассматриваются факторы риска суицида, их оценка, конкретные терапевтические методики по превенции суицидов в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек в мире [7, 12]. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти в мире, а в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет в Европе оно занимает второе место после ДТП [7, 12]. Примерно в 10-20 раз больше совершается суицидальных попыток, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире [7, 10, 19]. Показатель суицидов в Республике Беларусь значительно превышает среднемировой (14,5/100000 в 2000 г.), и составил 27,5/100000 в 2007 г. [6]. В Вооруженных Силах Республики Беларусь уровень суицидов колебался в диапазоне от 17/100000 в 2004 г. до 27/100000 в 2005 г. Среди всех суицидов, зарегистрированных в ВС РБ в 2005 г., их доли среди военнослужащих срочной службы и военнослужащих по контракту (офицеры и прапорщики) составили 58% и 42%, соответственно. Наличие психического расстройства значительно увеличивает риск суицидального поведения, что делает крайне актуальной проблему оценки суицидального риска и профилактики суицидального поведения для врачей и психологов воинских частей, врачей-психиатров и психотерапевтов лечебных учреждений Министерства обороны.

КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на

самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

С точки зрения клинической практики суицидальное поведение принято подразделять на внутренние и внешние формы [1, 10].

Внутренние формы:

- Антивитальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни без чётких представлений о своей смерти
- Пассивные суицидальные мысли – фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни
- Суицидальные замыслы – разработка плана суицида
- Суицидальные намерения – решение к выполнению плана

Внешние формы:

- Самоубийство (суицид) – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.
- Суицидальная попытка (парасуицид) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т.п.)
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом. В настоящее время, считается рискованным деление суицидального поведения на «истинное» и «демонстративно-шантажное», вследствие высокой вероятности недооценки серьёзных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных интенций (намерений) часто затрудняется следующими обстоятельствами:
 - диссимуляция военнослужащим истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения);
 - защитное поведение военнослужащего (неосознаваемые психологические защиты), например, диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжёлых последствиях попытки и др.;
 - неадекватные представления военнослужащего (завышенные или заниженные) о степени летальности избранного способа парасуицида. Это характерно для действий подростков или лиц с тяжёлыми психическими расстройствами;
 - недоучёт военнослужащим случайных внешних обстоятельств (например, вмешательство посторонних).

Эти и другие обстоятельства приводят к тому, что далеко не всегда степень травматичности суицидального акта соответствует его мотивам. Кроме того, использование терминов «демонстративный», «шантажный», «манипулятивный»

вносит морализаторский и осуждающий оттенок, что может оказать негативное влияние на процесс терапевтических отношений врача (психолога) и военнослужащего.

В условиях воинской службы необходимо отличать от суицидальных действий акты намеренного самоповреждения, не связанные с представлениями о своей смерти (членовредительство). Такие акты обычно направлены на уклонение военнослужащего от несения обязанностей воинской службы путем причинения себе какого-либо повреждения и, как правило, не сопряжены с угрозой для жизни. Однако, вследствие недоучёта военнослужащим обстоятельств, членовредительство может приводить к тяжёлым медицинским последствиям или заканчиваться смертью, и требует не менее серьезных мер профилактики. Лица, склонные к совершению членовредительства, в то же время, представляют собой группу риска суицидальных действий.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Для любой категории лиц, в том числе и военнослужащих, существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека в состоянии психологической дезадаптации, проявляющейся широкой гаммой переживаний – как психологически понятных, так и патологических [1].

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 переменных социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера.

Соответственно этим факторам риска, можно выделить группы риска суицида (например, «мужчины старше 45 лет»; «люди, страдающие биполярным аффективным расстройством» и др.). Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного совершения суицидального акта. Риск значительно усиливается при интеграции нескольких факторов риска. Но для «запуска» суицидальных действий необходим триггерный фактор, которым, как правило, является конфликт или кризис. Обычно, внутренней составляющей этого кризиса является утрата (или возможность утраты) значимого объекта. Примеры: утрата безопасности (реальные угрозы, насмешки и издевательства в армейской среде); смерть близкого человека; развод или его перспектива; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья (постановка диагноза тяжёлого соматического или психического расстройства, социальная и физическая беспомощность в результате заболевания, увольнение из армии по состоянию здоровья офицеров и прапорщиков с неизбежным изменением социального статуса) и другие.

Среди конфликтов, предшествующих суицидам и парасуицидам у военнослужащих, часто встречаются следующие категории: личностно-семейные конфликты – до 29%, трудности адаптации к военной службе – 17,4%, неуставные взаимоотношения – 11%, служебные и межличностные конфликты – 4,3%, конфликты, связанные с антисоциальным поведением (страх ответственности за

правонарушения) – 2,2%, неустановленные мотивы – 24,8%.

Степень дезадаптации зависит от взаимодействующих базовых факторов риска и силы триггера. Пусковые факторы обладают определённой степенью специфичности для конкретного индивидуума, что зависит от ряда его характеристик (личностные черты, особенности социальной ситуации, возраст и пр). Многочисленные ситуации межличностных конфликтов являются источниками дезадаптирующих эмоций страха, вины и стыда и синдрома депрессии, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. На субъективном уровне, «пресуицидальное» состояние воспринимается через призму беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода. Восприятие ситуации характеризуется когнитивным сужением («иного выхода нет») и дихотомическим мышлением («всё или ничего») [1, 10, 19]. Т.о., суицидальное поведение (самоповреждение или самоубийство) можно рассматривать как парадоксальный и дезадаптивный способ совладания с кризисной ситуацией в субъективном восприятии индивида.

МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается военнослужащим, во многом определяют мотивы и смыслы суицидальных действий. Независимо от разнообразия психосоциальных ситуаций, предшествующих суицидальным действиям, мотивы достаточно универсальны [1, 10, 19].

«Крик о помощи», призыв. Мотив и смысл суицидального акта (как ♣ правило, это суицидальная попытка) – обретение помощи. В представлении страдающего человека иные способы обратить на себя внимания кажутся не действенными. При этом военнослужащий действительно может находиться в «невнимательном», игнорирующем окружении, либо не использует более адекватных средств предъявления своих потребностей.

Самоповреждение, как избегание ♣ непереносимой жизненной ситуации. Суицидальная попытка или суицидальные угрозы могут стать мощным оружием, вызывающим чувство вины и страх у людей, эмоционально значимых для данного военнослужащего. Примеры можно найти в различных сферах межличностных и социальных отношений: попытка сохранить партнёрские отношения; облегчение условий воинской службы после самоповреждения; «чтобы отстали обидчики»; и другие ситуации. С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Причём степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.

♣ Протест, месть, наказание «значимого другого». Движущими эмоциями суицидального акта (как попытки, так и суицида) в данном случае являются стыд, гнев и обида. Суицидальные действия могут стать как формой наказания обидчика, который либо сильнее, либо слишком уважаем и любим пострадавшим военнослужащим, так и способом принуждения его изменить своё поведение.

Смерть, как избегание ♣ страдания. В субъективном представлении человека, страдающего душевной болью и/или тяжёлым соматическим недугом, смерть часто представляется как способ прерывания мучений. Например, военнослужащему в состоянии депрессии, жизнь представляется бесперспективной, мучения – бесконечными, собственное «Я» – никчёмным,

окружающий мир – злым и наказывающим.

Наказание себя. Одна из♣ важнейших эмоций, воспитываемых социумом с раннего возраста – это эмоция вины. Функции вины – сдерживание человеческой агрессии и стимуляция сочувствия. Однако, очень часто чувство вины гипертрофировано и не соответствует реальным поступкам человека. Чувство вины усиливается в случае переживания потери и горя, в состоянии депрессии. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в т.ч. с помощью суицидальных актов.

Жертвоприношение.♣ Мотив обусловлен бессознательной фантазией уничтожить последствия некоего действия (реального или фантазийного), вызывающего чувство вины, или альтруистическим желанием «спасти» кого-либо (умершего или страдающего). В жертвоприношении работает неосознаваемая и идущая из раннего детства фантазия о собственном всемогуществе.

Воссоединение. Мотив, исходящий из фантазии♣ о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжёлой утраты.

Как правило, суицидальный акт движется более чем одним мотивом. Например, депрессивный военнослужащий может испытывать как потребность в самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи. Такие мотивы как «крик о помощи», протест, избегание непереносимой ситуации чаще просматриваются при анализе мотиваций парасуицидов, а наказание себя, жертвоприношение, избегание страдания – при исследовании мотивов суицидов. Тем не менее, чёткой границы провести невозможно: часто суицид («завершённое самоубийство») может носить характер протеста и практически всегда оказывает сильнейшее воздействие на других людей, а суицидальная попытка может быть способом самонаказания или попыткой «воссоединения».

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Факторы риска суицида – это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов. Таким образом, существует прямая корреляционная зависимость между определёнными статистическими показателями и риском суицида. Факторы риска являются понятиями вероятностными, и их прогностическая сила носит относительный характер. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже одного из факторов. Тем не менее, их значимость усиливается при интеграции множества факторов.

К основным факторам суицидального риска принято относить социально-демографические, биографические (анамнестические), медицинские, индивидуально-психологические и др.

I. Социально-демографические факторы суицидального риска

- 1) Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3-6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, выше в 1,5 раза среди женщин.
- 2) Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и

достигает максимума после 45-ти лет. В общей популяции максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 20-29 лет. У военнослужащих: 40 лет и 18-23 года соответственно.

3) Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, холостых, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

4) Профессиональный статус. Обычно, факты, связанные с нарушением профессионального стереотипа (потеря работы, призыв в армию, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

5) Религия. В целом, уровни суицидов выше среди атеистов, по сравнению с верующими. Среди основных конфессий, максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

II. Медицинские факторы суицидального риска.

б) Психическая патология.

Многочисленные исследования доказали, что психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Согласно результатам исследования ВОЗ (2002 г.), в 98% случаев состояние человека на момент суицида соответствовало критериям диагноза какого-либо психического расстройства [12]. Особенностью СП военнослужащих является то, что контингент совершивших самоубийства составляют преимущественно лица, не имеющие явных симптомов психической патологии в период до службы в армии и вне момента суицидальных действий [3]. Однако, по данным ретроспективных исследований, на момент самоубийства у части военнослужащих отмечались признаки психических расстройств невротического регистра (расстройства адаптации), либо аффективных нарушений (депрессия), либо зависимости от психоактивных веществ, в основном, от алкоголя [2, 3].

Депрессия. По мнению ряда исследователей умеренный или тяжёлый депрессивный эпизод предшествует 45-70% суицидов [7, 10, 12, 19]. Риск суицида у военнослужащих, страдающих депрессией, является очень высоким (8-30%) независимо от характера и течения расстройства. Однако, ряд клинических особенностей депрессии могут ассоциироваться с исключительно высоким риском самоубийства: депрессивный или смешанный эпизод в клинике биполярного аффективного расстройства, особенно II типа; частые смены фаз (4 и более фаз/год); переход от мании к депрессии; коморбидность депрессии с зависимостью от психоактивных веществ; сочетание депрессии с тревогой; восстановление физической активности до улучшения настроения в процессе лечения антидепрессантами [11, 19].

Синдром зависимости от алкоголя. По данным исследований, от 10 до 22% покончивших с собой страдают алкогольной зависимостью. Чаще это мужчины после 40 лет, с агрессивным и импульсивным поведением, с коморбидностью с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82-350/100000 [19].

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10-12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год в популяции [12, 15, 16].

Расстройства личности. Максимальный риск (3-9%) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, для которого характерна эмоциональная лабильность, напряжённые межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошённости» и «бессмысленности» и др. [12, 19]. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности часто сочетается с расстройством настроения и зависимостью от психоактивных веществ. Сочетание этих трёх клинических состояний является важным прогностическим фактором суицидального поведения. У военнослужащих срочной службы с расстройствами личности при действии психогенных и конституциональных факторов развивается декомпенсация (невротическая, аффективная), что увеличивает суицидальный риск [3].

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами как нервная анорексия, психические расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, предиктором суицида является не диагноз, а клиническое состояние военнослужащего, психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент (см. «Оценка суицидального риска»).

7) Соматическая патология.

Примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют больные тяжёлыми хроническими заболеваниями. Соматические болезни часто сочетаются с депрессией.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: онкологические и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца); заболевания органов дыхания (астма, туберкулёз); врождённые и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжёлых операций.

Постоянный приём определённых лекарственных препаратов может усугублять состояние депрессии у больных хроническими заболеваниями. К таким препаратам относятся: препараты раувольфии и другие гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства.

III. Биографические факторы суицидального риска

8) Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска суицида и повторного парасуицида. Около 1% лиц, совершивших парасуициды, заканчивают жизнь самоубийством, а 30% предпринимают повторные парасуициды [19]. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 месяцев после первой [1].

9) Суицидальное поведение биологических родственников

Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано как с закономерностями наследования психических расстройств, так и поведенческих особенностей личности (импульсивность) [19].

10) Суицидальное поведение «значимых других»

В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родных, партнёров, религиозных лидеров, кумиров культуры и др.).

Другие анамнестические факторы риска.

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13-ти лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13-ти лет и др.

IV. Индивидуально – психологические факторы риска

Данные факторы отражают не столько риск суицидального поведения, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам и дезадаптации в условиях психологического дистресса. К таким факторам принято относить личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; неадекватная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая толерантность к стрессовым факторам; тревожность и гипертрофированное чувство вины [1, 10, 19]. Лица с вышеперечисленными личностными чертами в армейских строго регламентированных условиях оказываются во многом уязвимыми, особенно при наличии слабой физической подготовки, неспособности выполнять установленные нормативы при физических нагрузках, при наличии неуставных взаимоотношений в армейской среде, что повышают риск суицидального поведения [2, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. М., 1980.
2. Военная психиатрия / под ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. 236 с.
3. Говорин, Н. В. Личностные и психопатологические механизмы суицидального поведения у военнослужащих по призыву / Н. В. Говорин, Т. Н. Козлов, Л. Т. Морозов // Современные проблемы психического здоровья. М.: Издательство, 2005. С. 166–177.
4. Закон РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», 1999.
5. Инструкция МЗ РБ от 09.03.2006 «Порядок оказания вне стационарной психиатрической помощи». МЗ РБ, Минск, 2006.
6. Ласый, Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: место системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов / Е. В. Ласый // Медицина. 2007. № 3. С. 6–10.
7. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Этьенна Г. Круга [и др.]; пер. с англ. М.: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с.
8. Приказ МЗ РБ от 24.09.2003 № 152 «О дальнейшем развитии психотерапевтической службы», МЗ РБ, Минск, 2003.
9. Приказ от 19.08.05 № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / под ред. проф Р. А. Евсегнеева. Минск,

2005. 196 c.

10. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA practice guidelines / D. G. Jacobs [et al.] APA, 2003. Mode of access: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=SuicidalBehavior_05-15-06. - Date of access: 22.11.2008.
11. Baldessarini, R. J. Is lithium still worth using? An update of selected recent research / R. J. Baldessarini [et al.] // *Harv Rev Psychiatry* 2002;10:59–75.
12. Bertolote, J. M. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective / J. M. Bertolote, A. Fleischmann // *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1, № 3. P. 147–152.
13. Buckley, N. A. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data / N. A. Buckley, P. R. McManus // *BMJ* 2002;325:1332–1333.
14. Flanagan, R. J. Fatal toxicity of drugs used in psychiatry / R. J. Flanagan // *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2007. Vol. 23, Issue S1, P. S43–S51.
15. Herings, R. M. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics / R. M. Herings, J. A. Erkens // *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2003 Jul-Aug;12(5):423–4.
16. Khan, A. Symptom Reduction and Suicide Risk Among Patients Treated With Placebo in Antipsychotic Clinical Trials: An Analysis of the Food and Drug Administration Database / A. Khan [et al.] // *Am J Psychiatry*. 2001. 158:1449–1454.
17. Meltzer, H. Y. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT) / H. Y. Meltzer [et al.] // *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82–91.
18. Pierce, D. W. (1977) *British Journal of Psychiatry*, 130, 377–385.
19. Suicide over the life cycle: risk factors, assesment, and treatment of suicidal patients / eds. S. J. Blumenthal, D. J. Kupfer. American Psychiatric press, inc., 1990.