

## **Мотивы и поводы к самопокушению у психически здоровых лиц (на модели жителей г. Минска)**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»*

В статье рассмотрены современные мотивы и поводы к самопокушению у психически здоровых людей, жителей г. Минска. Определены и дана характеристика мотивационным факторам высокого риска формирования суицидального поведения в городской популяции населения Беларуси в возрасте 15-59 лет.

Ключевые слова: мотивационные факторы, суицидальная попытка (парасуицид).

Предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий является центральной стратегией в политике психического здоровья во многих странах мира, включая в Беларуси [3–4, 9].

Акт аутоагрессивного действия у индивидуума представляет собой сложный комп-лекс взаимодействия в переживаемой конфликтной ситуации и ее личностной переработки многочисленных «базовых» (социальных, демографических, психологических, семейных, биологических и иных) и «триггерных» (пусковых) факторов [2, 5, 7–8]. Среди пусковых факторов к самопокушению в контексте превенции аутоагрессивного действия ведущую роль отводят мотивационным (лично-семейным, опосредованным состоянием здоровья или материально-бытовыми трудностями и пр.), и многочисленные научные исследования на-правлены на изучение этих факторов и их дифференцированно-ролевого участия в формиро-вании и реализации суицидальных действий в группах населения высокого суицидального риска [1–2, 10–11 и др.]. Малоизученной и фактически не исследованной в Беларуси является проблемная тематика у психически здоровых людей, что и послужило целью нашего иссле-дования на модельной когорте городских жителей республики, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы

Методология работы базируется на основных принципах социально-демографическо-го и клинико-психологического исследования болезненных состояний с ориентацией на уни-фицированный международный стандарт проведения научных изысканий в области суицидо-логии в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мульти-центрального исследования парасуици-дов («Схема интервью Европейского исследования парасуицидов»; EPSIS 5.1) [6, 11]. Объект исследования — психологический кризис, предмет — процесс аутоагрессии как дезадаптив-ная стратегия выхода из психологического кризиса и мотивационные образцы суицидально-сти. Дизайн исследования — открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами (мужская и женская выборки парасуицидентов) при выбранных критериях включения в исследование (стратифицированная рандомизация с последующей блочной рандомизацией для каждой страты): переживаемый индивидуумом психологичес-кий кризис с саморазрушающим поведением (незавершенным суицидальным актом), жители г. Минска возраста старше 14 лет, не

обращавшиеся за медико-психологической помощью и не состоявшие на психиатрическом и наркологическом учете до момента времени совершения суицидальной попытки, добровольное согласие на участие в исследовании, обследование в текущие 1-2 сутки после поступления в стационар. Контингент лиц с психотическими формами психической дезадаптации, специфическими личностными расстройствами, синдромом зависимости от психоактивных веществ, врожденной и приобретенной (деменцией) умственной отсталостью в исследование не включались.

С учетом решаемых исследовательских задач суицидологическая история изучалась в дифференциации по блокам EPSIS 5.1: социально-демографический (методика «Sociodemo-graphic information»), биографический (методика «Life Events and History, KLEHS»), меди-цинский (методика «Physical and Mental health») как дополнение к клиническому методу исследования, блок изучения обстоятельств и мотивов совершения парасуицида (методики «Circumstances of present parasuicide» и «Motives for present parasuicide») и блок наличия/отсутствия алкогольных/токсических проблем (методика «Use of alcohol, drugs and medicines»). Все вышеперечисленные методики адаптированы для применения на постсоветском пространстве.

Верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика) проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Следует отметить, что во всех исследуемых случаях психическое расстройство являлось кратковременным и квантифицировалось как непсихотическая форма психической дезадаптации, причинно обусловленная психотравмирующей суицидоопасной ситуацией.

Для обработки материалов исследования при выбранном уровне доверия 95% использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки гипотезы различия/сходства между средними значениями ( $M \pm m$ ) независимых выборок и хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ) для оценки значимости изучаемого эффекта (программа SPSS 15,0).

Исследование выполнено на базе клинических отделений ГУ «РКПБ» (с 01.04.2009 г. ГУ «РНПЦ ПЗ) и отделения острых отравлений УЗ «БСМП» г. Минска. Выборка исследования составила 208 человек: 87 (41,8%) мужчин и 121 (58,2%) женщина (соответственно, средний возраст  $27,7 \pm 1,0$  и  $28,1 \pm 1,0$  лет;  $P > 0,05$ ).

Преимущественный способ покушения на собственную жизнь — самоотравление (90,9% и 56,14% случаев среди женщин и мужчин соответственно;  $P < 0,001$ ), второе ранговое положение — самоповреждение острыми предметами (5,8% и 31,0%;  $P < 0,001$ ).

Сопоставляемые возрастные диапазоны выбраны в соответствии с принятым при социально-демографических исследованиях стандартом: лица молодого возраста  $\frac{3}{4}$  15-24 лет (40/46,0% мужчин и 57/47,1% женщин), лица среднего возраста  $\frac{3}{4}$  25-44 лет (43/49,4% и 50/41,3%) и лица старшего возраста  $\frac{3}{4}$  45-59 лет (4/4,6% и 14/11,6%). Долевое представительство лиц мужского и женского полов в данных возрастных выборках парасуицидентов было однородным ( $P > 0,05$ ).

Результаты и обсуждение

Анализ мотивационных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей изучаемого явления и с учетом межполовых различий экстенсивных показателей в мужской и женской когортах парасуицидентов в разных возрастных диапазонах.

Из предложенных в исследовании мотивационных образцов суицидальности парасуицидентами не были отмечены конфликты, опосредованные тяжелым материально-финансовым положением, финансовым долгом, конфликты в профессиональной или учебной сфере деятельности или связанные с антисоциальным поведением и ряд других.

Преобладающий спектр мотивов и поводов к самопокушению имел отношение к лич-но-семейным конфликтам (таблица). Изолированные мотивационные факторы суицидальной готовности и ее реализации были представлены в меньшей степени, чем комбинированные. В 57,1–86,0% случаев (в 100% случаев в небольшой по численности когорте парасуицидентов-мужчин возраста 45-59 лет) 2-3 причинных фактора в сочетанном влиянии формировали мотивационный механизм реализации суицидальных намерений.

Таблица. Ведущие причинные факторы самопокушения и их распространенность (в %)

Фактор	мужчины			женщины		
	диапазон лет			диапазон лет		
	15-24 (n=40)	25-44 (n=43)	45-59 (n=4)	15-24 (n=57)	25-44 (n=50)	45-59 (n=14)
Проблемы с партнером	22,5	32,6	25,0	33,3	50,0	14,3
				(с2=4,63; P=0,03)		
Проблемы с родителями	27,5	25,6	0,0	31,6	24,0	7,1
Проблемы с детьми	2,5	2,3	0,0	8,8	10,0	35,7*
				(с2=5,53; P=0,02)		
Чувство одиночества	15,0	9,3	25,0	22,8	22,0	21,4
Нарушение коммуни-кабельности (межличностных отношений)	12,5	0,0	0,0	17,5	6,0	14,3
	(с2=4,05; P=0,04)					
Отвержение любимым человеком	25,0	16,3	0,0	24,6	28,0	7,1
Соматическое (неврологическое) заболевание	2,5	9,3	0,0	5,3	8,0	7,1
Психическое расстройство	10,0	7,0	50,0	5,3	12,0	0,0
	(с2=4,97; P=0,03)					
Безработица	5,0	7,0	75,0	3,5	8,0	7,1*
	(с2=18,37; P=0,000)					
Проблемы с пристрастием к алкоголю	22,5	41,9	50,0	1,8**	6,0***	7,1
	(с2=4,05; P=0,04)					

Комбинированный список проблем	80,0	86,0	100,0	75,4	82,0	57,1**
--------------------------------	------	------	-------	------	------	--------

( $\chi^2$ ,  $P$  – характеристики не случайного распределения изучаемого эффекта.

\*, \*\*, \*\*\* –  $P < 0,05$ – $0,001$  в гендерном сопоставлении в соответствующем возрасте.

Среди лично-семейных суицидоопасных в конфликтной ситуации факторов высокое доленое представительство было представлено кластером «проблемы с партнером». Причем дезадаптивные партнерские отношения наиболее часто встречались у лиц среднего возраста (32,6–50,0% случаев), а также характеризовались не случайным распределением в женской когорте парасуицидентов (2,3- и 3,5-кратный относительные риски к самопокушению среди женщин молодого и среднего возраста против вероятности причинного влияния фактора среди женщин старшего возраста;  $\chi^2=4,63$ ;  $P=0,03$ ).

В возрасте 15–24 лет дисгармония партнерских отношений в ряде случаев выступает как изолированный мотив самопокушения, в других же возрастах — как составляющая часть переживаемого психологического кризиса, когда ряд нажитых проблем (ревность, измена или половая несостоятельность партнера, распад брачных отношений, личная алкоголизация или алкоголизация партнера и пр.) и стрессогенных блокад (препятствий для достижения личностно значимых целей, положения в обществе, материально-финансового благополучия, независимости и пр.) формируют личностную депривацию, внешне реализованную в формах негативного восприятия и отношения к близко значимому другому (к партнеру) [1, 5, 8]. Но на фоне антивитаальных переживаний и нивелирования представлений о ценности собственной жизни личностная депривация нередко трансформируется в поведенческий акт ухода из конфликта посредством намеренного саморазрушения [2].

За исключением возраста 45–59 лет, причинный фактор «проблемы с родителями» также имел высокую долю встречаемости, в особенности у лиц молодого возраста (27,5–31,6% случаев). Проблема «отцов и детей» наиболее ощутимо себя проявляет в молодежной среде, которой свойственны протестные и призывные формы преодоления препятствий в лице родителей на пути достижения намеченных личностно значимых целей. В конфликтных внутрисемейных ситуациях у эмоционально незрелых и склонных к неадаптивным поведенческим реакциям молодых людей устранение препятствий отличается парадоксальностью действий, в том числе с их направленностью на причинение себе ущерба и без четкого осознания его последствий [2, 7].

«Проблемы с детьми» как мотив и повод для самопокушения — обратная сторона проблемы «отцов и детей». Но преимущественно применительно к «матерям» (0–2,5% встречаемости фактора в мужской когорте парасуицидентов), причем с характерной особенностью наличия существенного вклада в структуре мотивационных образцов суицидальности среди женщин старшего возраста (35,7% случаев; 4,1-кратный относительный риск по отношению к минимальной встречаемости фактора у женщин молодого возраста; не случайное распределение при  $\chi^2=5,53$ ;  $P=0,02$ ).

Если у молодых женщин фактор «проблемы с детьми» имел подоплеку:

«ребенок, рожденный вне брака», «тяжелая болезнь ребенка», «декретный отпуск и уход за ребенком», то у женщин старшего возраста комплекс психологических депривационных мотивов, непосредственно связанных с фактором, был шире — «алкоголизация ребенка», «распад его семьи», «его уголовное преследование» и др. Следует отметить, что фактор себя проявлял только в комбинации с другими при наличии его главенствующего значения. «Чувство одиночества» и «нарушение коммуникабельности» (отказ систем внешней поддержки) не являлись изолированно действующими суицидоопасными мотивационными факторами и чаще всего имели взаимовлияющую связь. В женской когорте парасуицидентов фактор одиночества почти в равной пропорции встречался как среди молодых женщин, так и среди женщин другого возраста (21,4–22,8%), а в мужской — формально в такой же пропорции (25,0%) среди мужчин 45-59 лет и на 2-3 порядка ниже в других возрастных диапазонах (9,3–15,0%). Стрессового уровня нарушения межличностных отношений, как отмечается в литературных источниках [1–2], — преимущественно фактор суицидального риска для молодежи (12,5–17,5%), хотя в сочетании с чувством одиночества имеет свой «суицидальный» вес и среди женщин старшего возраста (14,3% случаев).

Отказ адаптивных механизмов вследствие отвержения любим человеком, как правило, мотивационный фактор, сочетанный с нарушением партнерских отношений и в основном констатируемый у лиц молодого (24,6–25,0% случаев) и среднего возрастов (16,3–28,0%).

Причинные факторы самопокушения, опосредованные состоянием здоровья («соматическое/неврологическое заболевание», «психическое расстройство») требуют предварительного пояснения.

С учетом критерия отбора в исследование респонденты изначально (до совершения суицидальной попытки) не страдали хроническим психическим или поведенческим расстройством. За исключением лиц мужского пола старшего возраста, у которых личностная идентификация «проблем с психическим здоровьем» сопрягалась с фактором одиночества и, соответственно, с устойчиво пониженным фоном настроения, не достигавшего уровня тяжелой депрессии (каждый ½ второй случай в небольшой по численности когорте мужчин-парасуицидентов), у других респондентов самоидентификация этой категории проблемы проходила или в рамках индивидуально-психологических особенностей (эмоциональная несдержанность, взрывчатость, нетерпимость к мнению других и пр.), не набравших диагностических критериев для верификации специфического расстройства личности (преимущественно у лиц молодого возраста), или в рамках стрессобусловленной переживаемым кризисом пограничной психической патологии (преимущественно у лиц среднего возраста). В то же время постфактум можно утверждать, что в третьей части случаев (у 29,9% мужчин и 34,7% женщин) те или иные проявления психической дезадаптации невротического регистра имели место в досуицидальном и пресуицидальном периодах, как минимум, в течение предшествующей парасуициду недели. Хотя большинство парасуицидентов из этой группы не идентифицировало имевшее место временное психическое нездоровье как мотивационный фактор к покушению.

Страдание хроническим соматическим (неврологическим) заболеванием одновременно является статусным (текущего состояния) и триггерным факторами [1]. Как статусный фактор — характеризует высокий уровень готовности к аутоагрессии по причине объективно неразрешимых ограничений в адаптационной деятельности индивидуума (у неизлечимых он-кобольных, больных СПИДом и пр.), а как триггерный — реализацию идеи суицида по механизму непатологической реакции отрицательного баланса (рационального «подведения жизненных итогов» с противопоставлением позитивных и негативных аспектов существования в пользу последних) [2].

Среди конкретных событий и обстоятельств, коррелирующих с высоким риском суицидального поведения, причинный фактор по кластеру «соматическое (неврологическое) заболевание» имеет невысокий уровень распространенности [1–4, 7–8], что подтверждается результатами нашего исследования (2,5–9,3%). В своем исследовании мы учитывали только хронически протекающий процесс соматической или неврологической патологии. Случаев с длительно и тяжело протекающей хронической соматоневрологической патологией отмечено не было. Изучаемый образец мотивационной суицидальности, будучи первопричиной возникновения психологического кризиса у индивидуума, выступал в комбинации с другими, среди которых доминирующее положение в контексте реализации суицидальной готовности отводилось нарушению межличностных отношений и чувству одиночества в молодежной когорте парасуицидентов (2,5–5,3% случаев) и нарушению партнерских отношений и отвержению любимым человеком — в когорте парасуицидентов среднего возраста (7,0–12,0%). В когорте парасуицидентов старшего возраста (у женщин) комбинация фактора с другими была более сложной.

В исследуемой выборке парасуицидентов потеря работы не являлась непосредственным поводом для самопокушения. Но трудовая незанятость (фактор «безработица») в 3,5–8,0% случаев (исключение мужская когорта парасуицидентов 45–59 лет: 75,0% против 7,1% случаев в женской когорте;  $P < 0,05$ ) служила отягощенным фоном процесса формирования суицидоопасных конфликтных ситуаций (не случайность возрастного распределения фактора в мужской когорте парасуицидентов;  $\chi^2 = 18,37$ ;  $P = 0,000$ ).

«Пристрастие» к алкоголю как проблемный фактор отмечен 22,5% мужчинами молодого возраста, 41,9% среднего и 50,0% старшего. В женской когорте парасуицидентов свидетельства в пользу суицидогенности алкогольной проблемы были на много порядков ниже (от минимальной 1,8% частотности среди женщин молодого до максимальной в 7,1% среди женщин старшего возраста;  $P < 0,01$ – $0,001$ ). Такое резко выраженное гендерное распределение мотивационного фактора суицидальности «проблемы с пристрастием к алкоголю» явно было не случайным ( $\chi^2 = 4,05$ ;  $P = 0,04$ ). Объяснение выявленному феномену — национальные особенности употребления алкогольных напитков с существенным преимуществом лицами мужского пола. В наше исследование не включались лица с синдромом зависимости от алкоголя. Это отдельный аспект научного изыскания взаимосвязи хронической алкоголизации и суицидальности. Решаемая научная задача проведенного исследования заключалась в оценке алкоголя как модератора суицидальной готовности и ее реализации. Поэтому

суицидогенная функция «алкогольного» фактора была схожей с таковой фактора трудовой занятости в трудоспособном возрасте и определялась формированием отягощенного фона для возникновения суицидоопасных конфликтных ситуаций. В изолированном виде фактор себе не проявлял, но плотно группировался с нарушениями партнерских отношений и взаимоотношений с родителями у мужчин молодого и среднего возрастов. Таким образом, проведенное исследование подтверждает научную гипотезу о поли-факторной природы суицидального поведения. Изученные мотивационные образцы суицидальности в популяции психически здоровых людей, как правило, имеют высоко сочетанный характер и сложный комплекс причинно-следственного взаимодействия. В то же время следует отметить, что у психически здоровых людей среди конкретных событий и обстоятельств, коррелирующих с высоким риском суицидального поведения, ведущее место занимают различные психологические и социальные проблемы вследствие нарушения партнерских отношений и взаимоотношений с родителями (у лиц возраста 15–44 лет) или вследствие личностной депривации по причине проблемных отношений с детьми (у женщин возраста 45–59 лет). Алкоголизация и трудовая занятость в трудоспособном возрасте являются отягощенным фоном для формирования суицидоопасных кризисных ситуаций, и в большей степени эта проблема касается лиц мужского пола. В контексте разработки конкретных антисуицидальных мероприятий научно обоснованным является изучение дифференцированно-ролевого участия мотивационных факторов в формировании суицидальной готовности не только в группах населения высокого суицидального риска, но и в популяции психически здоровых людей.

#### Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. М.: Миклоша, 2008. 280 с.
2. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР, [Моск. НИИ психиатрии; сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). 48 с.
3. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. ВОЗ, Копенгаген, 1999. С. 55–60.
4. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства / под ред. Р. Шейдера // Психиатрия. М.: Практика, 1998. С. 212–221.
5. Шнейдман, Э. С. Душа самоубийцы / Э. С. Шнейдман; пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с.
6. EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. 64 p.
7. Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients / eds. S. J. Blumenthal, D. J. Kupfer. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1990. 799 p.
8. Suicide among subjects with personality disorders / E. T. Isometsa [et al.] // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153, № 5. P. 667–673.
9. United Kingdom Department of Health. National suicide prevention strategy for England. London, United Kingdom: United Kingdom Department of Health, 2002.

10. Vastag, B. Suicide prevention plan calls for physicians' help / B. Vastag // JAMA. 2001. Vol. 285, № 7. P. 2701–2703.
11. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. 99 p.