

## ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»<sup>1</sup>,  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>

---

*В статье проведен анализ мотивационных факторов, способствующих формированию высокого суицидального риска у психически здоровых лиц.*

*Показано, что у психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации высоко значимыми суицидальными мотивами, более тесно ассоциированными с хронизацией суицидального поведения, являются протестные формы реагирования на конфликт («пассивного» протеста или призыва – в 32,8–37,8% случаев), преимущественно обусловленные проблемными отношениями с партнером (19,5–37,7%) или с родителями (19,2–22,0%), и манипулятивная психологическая установка к самопокушению (36,9–45,1%).*

**Ключевые слова:** *суицидальная мотивация, ситуация, обстоятельства, личностная позиция.*

A. P. Gelda, O. V. Liskovski

## CHARACTERISTICS OF SUICIDAL MOTIVATION IN MENTALLY HEALTHY SUBJECTS

*The article provides the analysis of motivation factors associated with high risk of suicide in mentally healthy persons. The motives strongly associated with chronization of suicide behavior in mentally healthy subjects experiencing crisis situation are: protest reaction to the conflict («passive» protest or an urge – in 32,8–37,8% of cases) predominantly determined by the problems in partner (19,5–37,7%) or parents (19,2–22,0%) relationship, manipulative psychologig attitude towards parasuicide (36,9–45,1%).*

**Key words:** *suicide motivation, situations, life events, personal positions.*

---

Суицидальная мотивация поведения, представленная довольно сложным комплексом взаимно влияющих друг на друга эмоциональных и когнитивных составляющих, в свою очередь тесно связанных с психологической системой защиты личности [1–2, 4–6], формируется в условиях переживаемой индивидуумом кризисной ситуации и является следствием его социально-психологической дезадаптации, опосредующей «личностный смысл соотношения желания добровольного ухода из жизни и потребности изменения суицидогенного конфликта тем или иным способом, в том числе и путем самоубийства» [3].

Эмоциональный комплекс суицидальной мотивации, включающий чувства беспоконства, тревоги, беспомощности и безнадежности, пессимистической оценки собственной личности и постоянного переживания собственной несостоятельности, служит предпосылкой для возникновения и развития сужения когнитивной сферы личности («туннельного» мышления) с существенным ограничением личностных возможностей критической переработки информации и предельным обострением проблемной ситуации с вовлечением в сферу ее осмысления ценностного отношения к своей жизни и смерти, что ведет к недооценке ситуации, к выраженным затруднениям в планировании деятельности и к видению отсутствия позитивных перспектив на будущее. Совокупное взаимодействие в кризисной суицидоопасной ситуации когнитивного сужения и негативных эмоциональных переживаний приводят к угнетению врожденного инстинкта самосохранения и к разрушению ранее выработанной у индивидуума системы социализированной самозащиты. Самоубийственный акт индивидуумом воспринимается как единственный выход из кризисной ситуации.

Суицидальное мотивационное поведение, не связанное с текущим психическим заболеванием, характеризуется как общими, подробно описанными Э. Шнейдманом (10 постулатов Э. Шнейдмана для распознавания суицидальной угрозы) [7], так и особенными признаками [1–3]. Для исследования мотивационных образцов суицидальности в отечественной суицидологии наиболее приемлемыми являются предложенные А. Г. Амбрумовой с соавт. (1980) и стратифицированные в два блока: типы суицидоопасных позиций личности (мотивированный личностный смысл самоубийства) и причинные факторы самопокушения (непосредственные мотивы и поводы к самопокушению) [3].

Типы суицидоопасных позиций личности, как «личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющих суицидальную направленность поведения» (цит. по А. Г. Амбрумовой с соавт.; 1980), представлены пятью основными группами мотивов: **пассивного протеста** (I тип суицидоопасной позиции личности; конфронтация без борьбы; основные вербальные формулы: «все против меня», «нет сил бороться», «нет справедливости», а потому «другие должны заплатить за свое отношение ко мне»), **пассивного призыва** без мобилизации защиты (II тип; попытка активации помощи извне с целью изменения ситуации; основные вербальные формулы: «я никому не нужен», «за что вы меня так мучаете?», а потому «хотел, чтобы мне кто-нибудь помог... чтобы другие знали, в каком я отчаянии нахожусь»), **пассивного избегания** без поиска обходных путей (III тип; избегание непереносимости наличной угрозы путем самоустранения; основные вербальные формулы: «дальше будет еще хуже», «даваться некуда», «не вынести этих мук/позора», а потому «устраниться на время из неприемлемой ситуации»), **самона-**

**казания** без конструктивного преодоления своих просчетов/недостатков (IV тип; позиция «Я – судья»/«уничтожение в себя врага» или «Я – подсудимый»/«искупления вины») и основная вербальная формула: «никогда не прощу себе», а потому «хотел, чтобы другим стало легче», «убедить кого-то изменить свое мнение») и **отказа** от жизни (V тип; уход от ситуации без поиска путей отступления, выбора альтернативного решения; основные вербальные формулы: «это конец», «все потеряно», «не вернуть то, что было», а потому «ситуация настолько невыносима, что не мог думать ни о какой другой альтернативе», «мысли были настолько невыносимы, что не мог это больше терпеть») [3].

Причинные факторы самопокушения, являющиеся непосредственными мотивами и поводами «для реализации парадоксального процесса устранения конфликта посредством намеренного саморазрушения» (цит. по А. Г. Амбрумовой с соавт.; 1980), суицидогенно обусловлены наличием стрессора в форме **потери** (утрата значимого близкого, социального статуса, личностной идентичности и пр.) или в форме **блокады (препятствий)** на пути достижения намеченных личностно значимых целей, установления желаемых отношений в социуме, положения в обществе, достижения независимости и пр., **ограниченным восприятием** отношений с социумом с формированием чувства одиночества, изоляции, неполноценности, вины, безысходности и пр. или **искаженным** его восприятием (патологическое восприятие  $\frac{3}{4}$  суженное, параноидальное), **отказом адаптивных механизмов** с утратой временной перспективы, **отсутствием** или **отказом** систем внешней поддержки (нарушение межличностных отношений, социальная изоляция, психологическая депривация и пр.) и сведены в шесть групп событий и обстоятельств суицидогенного конфликта: 1) **лично-семейные** (проблемы взаимоотношений с партнером, с родителями или с детьми; потеря «значимого другого»; психологическая депривация вследствие нарушения коммуникативных способностей по установлению и поддержанию дружбы и отношений с другими людьми или вследствие разочарованности в личных качествах близких людей/друзей и пр.; социальная изоляция вследствие изменения привычного стереотипа жизни или чувства одиночества лиц, не создавших семью, вдовых или преклонного возраста), 2) **опосредованные состоянием здоровья моральные и физические страдания** (реальные конфликты у психически больных людей или патологические мотивировки вследствие неконструктивной и своеобразной оценки ситуации у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, соматоневрологические заболевания или физические пороки развития с неудовлетворенностью своим физическим состоянием), 3) **опосредованные материально-бытовыми (финансовыми) трудностями моральные и физические страдания** (потеря постоянной работы, финансовый долг и пр.), 4) **опосредованные проблемами в профессиональной или учебной среде** (психологическая депривация вследствие производственного/учебного конфликта или профессиональной/учебной несостоятельности), 5) **опосредованные антисоциальным поведением** (опасения позора и наказания по причине уголовно-судебной ответственности, самоосуждения за неблагоприятный поступок и пр.), 6) **другие события и обстоятельства** (не дифференцированные в предыдущих группах причинных факторов самопокушения) [3].

Суицидальная мотивация – ведущий пусковой («триггерный») фактор к самопокушению, и многочисленные научные исследования посвящены изучению ее дифференцированно-ролевого участия в формировании и реали-

зации суицидальных действий (фатальных и нефатальных суицидальных актов) в группах населения высокого суицидального риска [1–3, 7, 9–10]. В то же время в Беларуси проблемная тематика малоизученна и фактически не исследована у психически здоровых людей, в особенности в контексте сопоставления по типам суицидального поведения (первичного или повторяющегося).

**Цель исследования** – изучение мотивации к самопокушению у психически здоровых людей в зависимости от типа суицидального поведения.

#### Материал и методы

Методология исследования базируется на основных принципах проведения научных изысканий в области суицидологии в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мульти-центрового исследования парасуицидов [8, 10]. Объект исследования – психологический кризис в суицидоопасной жизненной ситуации, предмет – процесс суицидальной аутоагрессии и мотивационные образцы суицидальности. Дизайн исследования – открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) с последующей блочной рандомизацией для каждой страты при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний

ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска».

Критериями включения в исследование в текущие 1–2 сутки после поступления в стационар являлись верифицированные случаи суицидальных попыток у психически здоровых людей (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учете) в возрасте старше 14 лет в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1).

Суицидологическая история изучалась в дифференциации по блокам EPSIS 5.1 [8]: социально-демографический (методика «Sociodemographic information»), биографический (методика «Life Events and History, KLEHS»), медицинский (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»). Все вышеперечисленные методики адаптированы для применения на постсоветском пространстве.

В сопоставляемых однородных параллельных группах выборки психически здоровых лиц с первичным и повторяющимся суицидальным поведением изучались мотивационные образцы суицидальности (типы суицидоопасной позиции личности и события и обстоятельности суицидогенного конфликта; таблица).

**Типы суицидоопасных позиций личности и причинные факторы самопокушения у психически здоровых людей (на модели суицидальных попыток)**

	A (N = 390)	Б (N = 82)	t
<b>Типы суицидоопасной позиции личности:</b>			
I. Пассивный протест	128 (32,8)	28 (34,1)	
II. Пассивный призыв	141 (36,2)	31 (37,8)	
III. Пассивное избегание	62 (15,9)	8 (9,8)	
IV. Самонаказание	23 (5,9)	8 (9,8)	
V. Отказ	36 (9,2)	7 (8,5)	
	$\chi^2 = 3,382; P = 0,496$		
<b>Ведущие причинные факторы самопокушения:</b>			
Проблемы с партнером	147 (37,7)	16 (19,5)***	3,623
Проблемы с родителями	75 (19,2)	18 (22,0)	
Проблемы с детьми	21 (5,4)	0 (0,0)***	4,711
Чувство одиночества	75 (19,2)	13 (15,9)	
Нарушение коммуникабельности с личностным представлением, дошедшим до уровня стресса	25 (6,4)	8 (9,8)	
Отвержение любимым человеком	99 (25,4)	21 (25,6)	
Соматическое заболевание или инвалидность	14 (3,6)	1 (1,2)	
Безработица	15 (3,8)	3 (3,7)	
Проблемы с пристрастием к алкоголю/наркотикам	18 (4,6)	5 (6,1)	
Другие события и обстоятельства	49 (12,6)	9 (11,0)	
Комбинированный список проблем	225 (57,7)	48 (58,5)	
в том числе из списка проблем:			
одна ведущая проблема	165 (42,3)	34 (41,5)	
две ведущие проблемы	82 (21,0)	14 (17,1)	
три ведущие проблемы	59 (15,1)	14 (17,1)	
четыре и более ведущих проблем	84 (21,5)	20 (24,4)	
	$\chi^2 = 0,948; P = 0,814$		
Средний балл самооценки влияния факторов на ситуацию	3,7±0,12	3,6±0,27	

	A (N = 390)	Б (N = 82)	t
<b>Шкала мотивов парасуицида</b>			
<b>Утверждения (доминирующая форма):</b>			
манипулятивные	144 (36,9)	37 (45,1)	
амбивалентные	148 (37,9)	21 (25,6)*	2,281
стремление к смерти	98 (25,1)	24 (29,3)	
$\chi^2 = 4,518; P = 0,104$			
<b>Шкальные оценки категорий утверждений (балл):</b>			
манипулятивные	0,56±0,03	0,72±0,06**	2,577
амбивалентные	0,72±0,03	0,73±0,06	
стремление к смерти	0,46±0,03	0,59±0,07	
усредненно	8,4±0,29	9,9±0,67*	2,034

Примечание. 1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в выборке с первичным (А) и повторяющимся суицидальным поведением (Б).

2 – \* \*\* \*\*\* P – значения t-Стьюдента при межвыборочном сопоставлении долей (P < 0,05–0,001);  $\chi^2$  – хи-квадрат Пирсона.

Для обработки материалов исследования при выбранном 95% уровне доверия использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака и хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ) для оценки значимости изучаемого эффекта (программа MS Excel 2003).

Выборка исследования составила 472 человека, из них 390 (средний возраст 30,7±0,6 лет) – лица (парасуициденты), совершившие впервые в жизни суицидальную попытку, 82 (28,6±1,1 лет) – лица с повторными суицидальными попытками. В выборке парасуицидентов с первичным самопокушением лица мужского пола были представлены 252/64,4% от общего числа выборки и женского – 138/35,4% (соответственно, в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением 58/70,7% и 24/29,3%) (P > 0,05).

Преимущественный способ покушения на собственную жизнь в выборке парасуицидентов при первичном самопокушении – самоотравления лекарственными и токсическими бытовой химии средствами (122/31,3% случаев) и в выборке парасуицидентов при повторном самопокушении – посредством самоотравления острыми предметами (52/63,4%).

В сопоставляемых выборках парасуицидентов в ситуации переживаемого суицидо-опасного кризиса наиболее часто верифицировалось расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (39,2–48,8% случаев).

### Результаты и обсуждение

Анализ мотивационных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом различий экстенсивных показателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением.

**Типы суицидоопасных позиций личности** у психически здоровых людей в переживаемой суицидоопасной ситуации не имели причинной связи с первичным или повторяющимся суицидальным поведением (P = 0,50 и при P > 0,05 в межвыборочном сопоставлении вариантов психологической установки на самопокушение; таблица). Доминирующими являлись протестные формы ответа на психогенно травмирующую ситуацию («пассивного протеста» и «пассивного призыва» – в 32,8–34,1% и 36,2–37,8%

случаев самопокушений соответственно). По типу «пассивного избегания» (ухода из ситуации) чаще отмечалось совершение суицидальной попытки при первичном самопокушении (в 1,6 раза: 15,9% к 9,8%), а по типу «самонаказания» – при повторном (в 1,7 раза: 9,8% к 5,9%). Психологическую мотивировку «отказа» от продолжения жизни выбирало незначительное количество парасуицидентов (8,5–9,2%)

То есть в конфликтной ситуации у психически здоровых людей типология личностного смысла самопокушения не обуславливается типом суицидального поведения (P = 0,50), и более чем в 1/3 части случаев психологический смысл самопокушения опосредован протестными формами реагирования на конфликт («пассивного» протеста или призыва – в 32,8–37,8%), в 9,8–15,9% случаев – формой «пассивного» ухода из ситуации (в 1,6 раза чаще при первичном самопокушении; P > 0,05), а в 5,9–9,8% – формой «самонаказания» (в 1,7 раза чаще при повторном самопокушении; P > 0,05) или в 8,5–9,2% – рационального «отказа» от жизни.

**Причинные факторы самопокушения и степень их влияния на мотивацию поступка** у психически здоровых людей – при сопоставлении по типам суицидального поведения в формально равных соотношениях по большинству исследуемых позиций (таблица): в пределах 3,6–3,7 балла самооценка влияния причинных факторов на мотивацию к самопокушению, 57,7–58,5% уровень комбинации мотивационных факторов самопокушения при отсутствии закономерностей их разных комбинаций (P = 0,81), проблемы с партнером как превалирующий причинный фактор к самопокушению (но в 1,9 раза чаще встречаемый при первичном самопокушении: 37,7% к 19,5% случаев; P < 0,001 и t = 3,623), отвержение любимым человеком (25,4–25,6%), проблемы с родителями (19,2–22,0%) или чувство одиночества (15,9–19,2%) – следующие по значимости причинные факторы к самопокушению на фоне минимального представительства других суицидогенных личностных мотиваций (0–9,8%).

В то же время сила влияния причинных факторов самопокушения на мотивацию поступка более выражена при хронизации суицидального поведения (усреднено: 9,9±0,67 балла против 8,4±0,29 балла; P < 0,05 и t = 2,034) и преимущественно за счет влияния манипулятивных мотивов к самопокушению (0,72±0,06 балла против 0,56±0,03 балла; P < 0,01 и t = 2,577), хотя при акценте на число парасуицидентов с той или иной доминирующей позицией личности различия не достигают

## ☆ Вопросы военно-врачебной экспертизы

нирующей формой мотивации к самопокушению их долевого представительство в изучаемых выборках парасуицидентов, не будучи равным (при хронизации процесса в 1,2 раза выше доля лиц с манипулятивной или со стремлением к смерти суицидальной мотивацией: 45,1% к 36,9% и 29,3% к 25,1%, соответственно, при  $P > 0,05$  в противовес 1,5-кратному превышению доли лиц с амбивалентной мотивацией при первичном покушении: 37,9% к 25,6% при  $P < 0,05$  и  $t = 2,281$ ), не имело закономерного распределения ( $P = 0,10$ ).

То есть в конфликтной суицидоопасной ситуации у психически здоровых людей отмечается высокий уровень комбинации взаимодействия причинных факторов к самопокушению (вне зависимости от типа суицидального поведения в пределах 57,7–58,5% случаев самопокушений), и первостепенными причинными факторами к самопокушению являются проблемные отношения с партнером (в 1,9 раз чаще при первичном самопокушении: 37,7% к 19,5% случаев;  $P < 0,001$ ) или с родителями (19,2–22,0%), отвержение любимым человеком (25,4–25,6%) или чувство одиночество (15,9–19,2%).

В то же время суицидогенная нагрузка силы влияния причинных факторов к самопокушению более выраженной отмечалась при хронизации суицидального поведения (9,9±0,67 балла против 8,4±0,29 балла;  $P < 0,05$  и, в частности, при наличии манипулятивных мотивов к самопокушению: 0,72±0,06 балла против 0,56±0,03 балла;  $P < 0,01$ ), включая 1,2-кратное превышение долей лиц с манипулятивной (45,1% к 36,9%) или со стремлением к смерти суицидальной мотивацией (29,3% к 25,1%) ( $P > 0,05$ ).

### Выводы

1. У психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации высоко значимой суицидальной мотивацией является протестная форма реагирования на конфликт («пассивного» протеста или призыва – в 32,8–37,8%), преимущественно обусловленная проблемными отношениями с партнером (в 1,9 раз чаще при первичном самопокушении: 37,7% к 19,5% случаев;  $P < 0,001$ ) или с родителями (19,2–22,0%).

2. Суицидогенная нагрузка силы влияния причинных факторов к самопокушению более тесно ассоциирована с хронизацией суицидального поведения (9,9±0,67 балла против 8,4±0,29 балла;  $P < 0,05$ ), включая 1,2-кратное превышение частоты встречаемости манипулятивной (45,1% к 36,9% случаям при первичном самопокушении) или со стремлением к смерти суицидальной мотивации (29,3% к 25,1%).

3. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между мотивационными характеристиками суицидальности и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся) у психически здоровых людей, что следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

### Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
2. Гроллман, Э. Суицид – превенция, интервенция, поственция [online]. Обращение к документу: 14.07.2014. <http://alis6.narod.ru/grollman.htm>.
3. 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.
4. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – ВОЗ, Копенгаген, 1999. – С. 55–60.
5. Менингер, К. Война с самим собой / К. Менингер. – М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000. – 480 с.
6. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М.: Практика, 1998. – С. 212–221.
7. Шнейдман, Э. С. Душа самоубийцы / Э. С. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
8. 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.
9. Vastag, B. Suicide prevention plan calls for physicians' help / V. Vastag // JAMA. – 2001. – Vol. 285, № 7. – P. 2701–2703.
10. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. – 99 p.

Поступила 12.09.2014 г.