Ефремов В.С.

Основы суицидологии

УДК 616.89-008.441-039.13.44 ББК 56.14 Е92
Рецензент д. м. н., проф. А. В. Гнездилов
Ефремов В. С. Е92 Основы суицидологии. - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. - 480 с: ил.

В монографии представлены основные понятия, используемые в настоящее время для анализа суицидальных и смежных с ними феноменов. Утверждается принцип индивидуального подхода к лицам, обнаруживающим те или иные варианты аутоагрессивного поведения. Основное внимание уделено анализу лиц, совершивших суицидальную попытку и оставшихся в живых по не зависящим от них обстоятельствам. В процессе суицидологического анализа рассматриваются все этапы покушения на самоубийство, в том числе особенности эмоциональных переживаний досуицидального периода. Сделана попытка использования принципа многоосевой диагностики для клинико-суицидологического анализа. Утверждается необходимость адекватного соотношения нормо- и нозоцентрического подходов в оценке покушений на самоубийство, совершаемых людьми с психическими расстройствами или психически здоровыми. Показано значение оценки совершаемых суицидальных попыток не только для организации лечебной и профилактической работы с суицидентами, но и для диагностики различных психических расстройств. Книга предназначена для психиатров, врачей других специальностей, медицинских психологов, юристов, социальных работников и других специалистов, которым по роду своей деятельности приходится общаться с людьми.

Все права защищены. Никакая часть этой книги не может быть воспроизведена в любой форме или любыми средствами, электронными или механигескими, включая фотографирование, магнитную запись или иные средства копирования или сохранения информации без письменного разрешения издательства.
© В. С. Ефремов, 2004 ISBN 5-98230-005-S («Издательство «Диалект») © «Издательство «Диалект», 2004

ПАМЯТИ РОДИТЕЛЕЙ
Ефремова Сергея Петровига,
расстрелянного фашистами
6 мая 1942 г. в г. Малоархангельске
Ефремовой Софии Федоровны, сконгавшеися 14 марта 1983 г. в г. Орле
Да обретут они вегный покой!

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие..... 6
Введение 11
Глава 1. Определение понятий: самоубийство, суицид, суицидальное и аутоагрессивное поведение, парасуицид..... 16
Гл а в а 2. Отношение к самоубийству в истории. Некоторые аспекты исследования и концепции суицидального поведения..... 50
Гл а в а 3. Детерминанты суицидального поведения..... 107
Гл а в а 4. Динамика суицидального поведения..... 162
Гл а в а 5. Субъективное значение (психологический смысл) суицидального поведения 212
Гл а в а 6. Суицидальное поведение лиц с пограничной психической патологией и психически здоровых 247
Гл а в а 7. Суицидальное поведение и аффективные расстройства

настроения (депрессии)..... 313
Гл а в а 8. Суицидальное поведение при шизофрении и бредовых расстройствах..... 370
Гл а в а 9. Некоторые особенности работы с суицидентом. Оценка суицидального риска 432
Заключение 456
Summary 461
Список литературы 464

CONTENTS

Foreword 6
Introduction..... 11
Chapter 1. Definition of concepts of suicide and parasuicide, suicidal and auto-aggressive behavior..... 16
Chapter 2. Attitudes about suicide in history. Some of aspects the research and the concept of suicidal behavior..... 50
Chapter 3. Determinants of suicidal behavior..... 107
Chapter 4. Dynamics of suicidal behavior..... 162
Chapter 5. Subjective value (psychological sense) of suicidal behavior.....212
Chapter 6. Suicidal behavior of persons with borderline psychopathology and the mentally healthy.....247
Chapter 7. Suicide and affective disorders (depression).....313
Chapter 8. Suicidal behavior associated with schizophrenia and delusional disorders.....370
Chapter 9. Several peculiarities of work with suicidal patients. Estimation of suicidal risk.....432
Summary 461
Literature 464

ПРЕДИСЛОВИЕ

Согласно данным Госкомстата Российской Федерации за январь-сентябрь 2002 г., самоубийство как причина смерти граждан РФ, составляя 2,5 % от общего числа, находится на пятом месте в ряду других причин (после болезней системы кровообращения, несчастных случаев, онкологических, инфекционных и других заболеваний). Для сравнения: в США самоубийство среди причин смерти занимает восьмое место, составляя 1,4 % всех смертей. В большинстве стран Европы оно входит в число десяти наиболее распространенных причин смерти.

Наиболее простым и наглядным показателем уровня самоубийств в той или иной стране, регионе или среди различных контингентов населения является количество завершенных самоубийств на 100 тыс. населения (реже — на 1 млн). Уровень самоубийств в стране рассматривается как низкий при количестве завершенных суицидов до 10 на 100 тыс., как средний — при аналогичном показателе от 10 до 20. Если этот показатель превышает цифру 20, то уровень самоубийств считается высоким. Рост числа самоубийств на протяжении последних десятилетий отмечается практически во всех странах мира (данные частично будут приведены в «статистическом» разделе).

Однако число завершенных самоубийств и их динамика за последние годы в России могут поразить воображение человека, знакомого с аналогичными показателями большинства европейских стран. Достаточно привести официальные данные из справочного издания, включающего законы и подзаконные акты РФ. В «Методических рекомендациях по организации региональной суицидологической службы» (Приложение 6. Приказ Минздрава России от 6 мая 1998 г. № 148) отмечается: «В последние годы число завершенных самоубийств в России составляет более 40 на 100 тыс. населения. По

данным Всемирной организации здравоохранения, уровень самоубийств более 20 на 100 тыс. населения является критическим. В ряде экономических районов России (Волго-Вятский, Западно-Сибирский, Восточно-Сибирский, Дальневосточный, Уральский) этот показатель достигает 65-81, в Республиках Коми, Удмуртия — 150-180 на 100 тыс. населения»

(Психология и психотерапия в России-2000: Справочное издание. СПб., 2000. - С. 251).

По данным Московского НИИ психиатрии и Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в течение 1991-1995 гг. число завершенных самоубийств в России увеличилось в 1,6 раза. Большинство специалистов (социологи, врачи и др.) отмечает, что по уровню самоубийств Россия вышла на одно из первых мест в мире. Карта, опубликованная в журнале «Наше здоровье» (осень 2000 г.), весьма наглядно иллюстрирует распределение завершенных самоубийств по странам и регионам планеты. Автор настоящей книги посчитал возможным привести «суицидологическую» карту конца XX в. (рис. 1) вместо общепринятых таблиц и множества цифровых показателей.

В 1999 г. в России было зарегистрировано 57 276 завершенных самоубийств (показатель уровня самоубийств — 39,3). Угрожающим выглядит рост этого показателя за последние годы (в 1994-1995 гг. ежегодно кончали жизнь самоубийством более 60 тыс. человек). В общем числе самоубийств, ежегодно регистрируемых в мире (от 600 тыс. до 1 млн), Российской Федерации принадлежит доля, несоизмеримая с соотношением населения страны и мира. Если учесть, что, по данным многочисленных исследований, на одно завершенное самоубийство приходится от 10 до 20 суицидальных попыток (покушений на самоубийство, не закончившихся смертью), то тенденции, связанные с добровольным уходом из жизни, выглядят просто угрожающими.

Наибольшие цифры роста смертности по причине самоубийства, по данным официальных «Демографических ежегодников России» за 2000-2002 гг., издаваемых Госкомстатом РФ, отмечаются среди населения трудоспособного возраста: 1992 г. - 41,2; 1999 г. - 50,0; 2000 г. - 50,2; 2001 г. — 50, 6. Особенно резкий рост уровня самоубийств на протяжении этих лет отмечается у трудоспособных мужчин: 1992 г. — 62,3; 2001 г. — 88,6 (у женщин — 10,3 и 11,7 соответственно).

По данным Международного независимого центра информации, число самоубийств и попыток самоубийств в России возросло по сравнению с 1985 г. в десять с лишним раз. Невольно вспоминаются слова Ф. М. Достоевского по поводу «усилившихся в последнее время самоубийств»: «Русская земля как будто потеряла силу держать на себе людей». Учитывая, что в канун XXI в. уровень самоубийств в России увеличился в десятки раз по сравнению со временем написания этих горьких слов, по-видимому, уже пришло то время, когда высказанное гениальным писателем можно понимать в буквальном смысле, опустив «как будто». Достаточно привести три цифры уровня само-

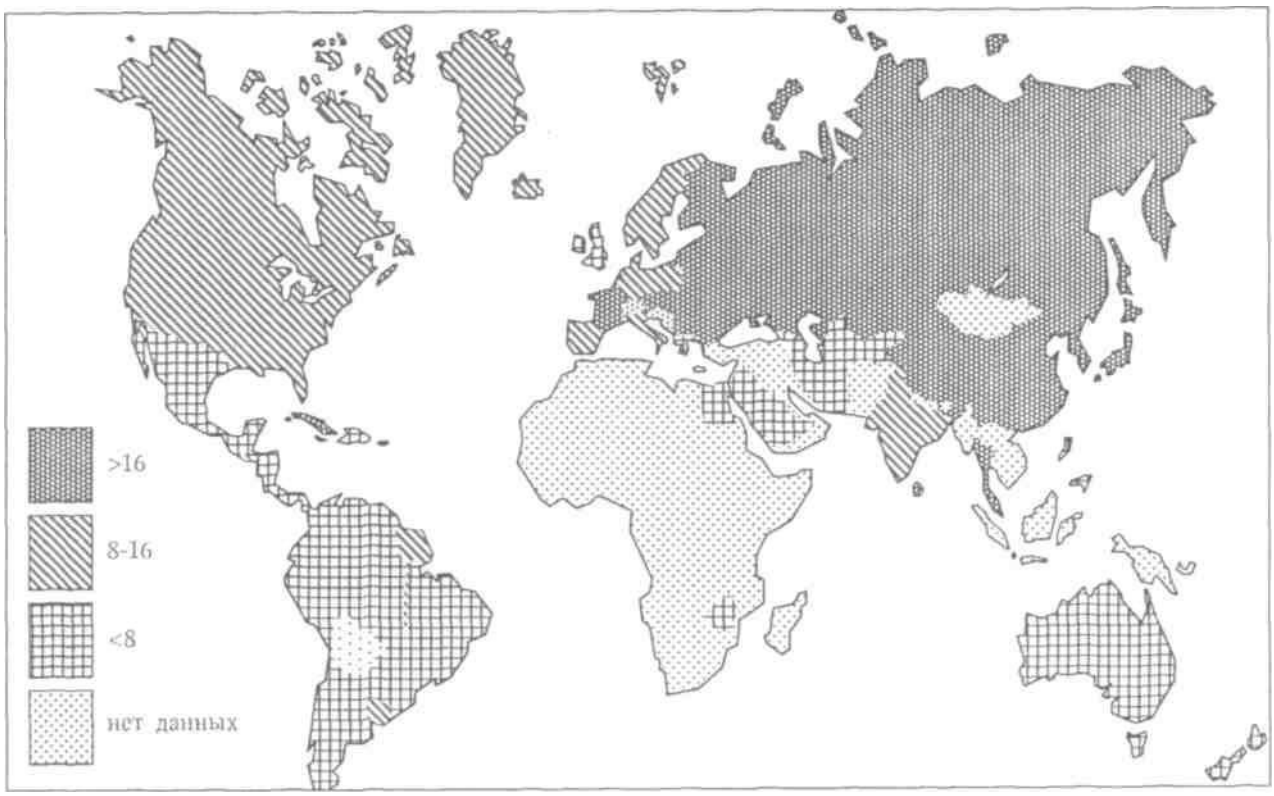

Рис. 1. Распространенность самоубийств в мире

убийств (число самоубийств на 100 тыс. населения): в 1876 г. (время написания «Дневника писателя» с приведенными выше словами) — 2,96; 1992 г. - 31,0; 1999 г. - 39,3.

Все сказанное характеризует самоубийство как один из социальных феноменов, т. е. как относительно устойчивое социальное явление. Но применительно к России и некоторым другим странам понятие «устойчивость» далеко не соответствует реальному положению дел, так как фантастический рост показателей самоубийства за несколько лет с трудом может быть сопоставлен с колебаниями этого достаточно стабильного показателя в других странах. Более полным показателем уровня социальной патологии, по мнению социологов, выступает сумма уровня убийств и самоубийств. С 1988 по 1993 г. этот интегральный индикатор состояния общества в России увеличился более чем в два раза, в то время как в Австрии, Дании, Канаде, Франции и др., в эти же годы отмечалось его уменьшение.

Однако настоящая работа посвящена меньше всего рассмотрению самоубийства как своеобразного индикатора общественного здоровья в условиях глубочайшего кризиса, переживаемого страной и обществом. Автор ставит своей целью анализ индивидуального самоубийства, а не социального феномена, складывающегося, естественно, из отдельных суицидов, но в совокупности образующего некое множество, имеющее свои закономерности и требующее иных подходов к его исследованию. Специфика изучаемых явлений такова, что самоубийство как общественный феномен — это не просто индикатор общественного здоровья, но и своеобразный социально-психологический архетип, который в зависимости от характера его участия в общественном сознании может непосредственно влиять на формирование индивидуального суицида. Здесь речь идет как о своеобразном общественном тонусе, настроении, на которые могут влиять известные факты добровольных уходов из жизни, так и о непосредственном индуцирующем (суицидогенном) влиянии конкретного самоубийства на отдельного человека.

Не вызывает сомнений, что общие закономерности этого социального явления могут в определенной мере быть ориентиром и для врача, и для психолога, и для любого другого специалиста, столкнувшегося с конкретным самоубийством. Однако понятийный аппарат,

используемый социологами при анализе проблемы самоубийств, не может быть непосредственно перенесен в сферу индивидуальной работы с суицидентом.

Одной из причин относительного значения статистико-социологи-ческих исследований проблемы самоубийств является тот факт, что

в большинстве случаев социология изучает завершенные самоубийства, в отличие от специалистов, дающих оценку и оказывающих помощь человеку, пытавшемуся покончить с собой, но оставшемуся в живых. Как известно, работа патологоанатома имеет важнейшее значение для медицины вообще, но никак не для умершего пациента. Выше уже были приведены ориентировочные цифры соотношения завершенных самоубийств и покушений на самоубийство, не закончившихся смертью. Настоящая книга посвящена вопросам оценки суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства, но по тем или иным причинам оставшихся в живых. Следует подчеркнуть, что в работе в первую очередь рассматриваются суициденты, уже совершившие конкретные действия по добровольному уходу из жизни. Естественно, что это не исключает, а скорее предполагает и необходимость рассмотрения самых различных феноменов, включаемых в понятие «суицидальное поведение».

ВВЕДЕНИЕ

Приведенные в предисловии цифры абсолютного количества завершенных самоубийств и их динамика за последние годы в настоящей книге рассматриваются автором не столько как индикатор общественного здоровья, а как косвенный показатель роста числа людей, нуждающихся в реальной помощи после совершения ими попытки самоубийства. Высоко оценивая значение «телефона доверия», различного рода кабинетов и служб психологической помощи, автор рассматривает, однако, не лиц, обдумывающих самоубийство и ищущих соответствующую помощь, а пациентов, совершивших суицидальную попытку, по тем или иным причинам не закончившуюся смертью.

Как уже указывалось, на одно завершенное самоубийство приходится от .10 до 20 суицидальных попыток. Такой разброс показателей имеет множество причин. В отличие от завершенных самоубийств, регистрируемых соответствующими службами как случаи насильственной смерти, статистика попыток самоубийства (за исключением немногочисленных специальных исследований) подвержена влиянию такого количества искажающих факторов, учесть которые практически невозможно. Отсюда и такой разброс ориентировочных данных о соотношении завершенных самоубийств и суицидальных попыток (некоторые исследователи увеличивают этот показатель еще в большей степени).

Для работ, так или иначе связанных с исследованием проблемы самоубийств, важнейшее значение имеет четкое определение круга относительно однородных суицидальных феноменов, подлежащих изучению. К сожалению, нередко сравниваются те или иные показатели лиц, покончивших с собой и совершивших попытку самоубийства. Общежитейское представление о «самоубийце вообще» у отдельных исследователей приобретает характер молчаливо подразумевающегося изоморфизма психических переживаний, связанных с самоубийством, в случаях завершенных и незавершенных суицидов, отличающихся, в соответствии с подобным пониманием этих феноменов, в лучшем случае только количественно. Однако в работах очень многих суици-

дологов было показано, что самоубийство, закончившееся смертью, и суицидальная попытка — хотя и соприкасающиеся, но далеко не идентичные явления.

С другой стороны, от попыток самоубийства, включающих определенные действия по прекращению собственной жизни, заведомо отличаются различного рода так называемые антивитальные переживания (о них еще будет идти речь) и даже мысли о нежелании жить, объединяемые часто понятием «суицидальные тенденции». Поэтому самые серьезные статистические выкладки перестают быть корректными при их экстраполяции на группы

родственных, но далеко не идентичных феноменов. Социологические показатели завершенных самоубийств и различного рода суицидальные тенденции у лиц, обращающихся за помощью по «телефону доверия», далеко не соответствуют отдельным характеристикам и статусу в целом пациентов, с которыми имеет дело врач «скорой помощи», соматической или психиатрической больницы в процессе диагностики и лечения конкретных суицидентов после совершенной ими попытки самоубийства.

Как уже отмечалось выше, имеются существенные различия даже статистики умерших и оставшихся в живых самоубийц. Не исключая возможности посмертной медико-психологической аутопсии отдельного суицида, следует отметить, что завершенное самоубийство — это уже объект статистики, в то время как человек, пытавшийся уйти из жизни и оставшийся в живых,— пациент для индивидуального анализа, лечебно-диагностической и профилактической работы. Корректная статистика в отношении лиц, совершивших суицидальную попытку, возможна только после индивидуального анализа и последующего подбора однородной группы феноменов. Однако получить однородный статистический материал можно только в рамках единого понятийного аппарата. По крайней мере, до оперирования отдельными терминами в любого рода суицидологических исследованиях следует, по-видимому, указывать, какой круг явлений включается в то или иное понятие в рамках конкретной работы. Только в этих случаях можно проводить адекватный мета-анализ отдельных исследований различных вопросов проблемы самоубийств.

Одну из задач настоящей работы автор видит в том, чтобы показать значение тех или иных характеристик суицидального поведения для анализа попытки самоубийства в процессе лечебно-диагностической работы с суицидентом. При этом для представления этих характеристик используется уже существующий понятийный аппарат суици-дологии с некоторыми уточнениями границ применения или значения отдельных терминов в соответствии с видением автора тех или иных

аспектов суицидологического анализа покушения на самоубийство. Эти уточнения, возможно, позволят дифференцировать суицидальное (и более широко — аутоагрессивное) поведение и для лучшей индивидуальной работы, и для последующей корректной статистической обработки, что предполагает выделение групп, включающих однородный круг явлений. И, как уже отмечалось выше, речь идет не о создании нового понятийного аппарата, а скорее о более адекватном использовании уже существующих суицидологических и медико-психологических терминов и понятий.

Все эти термины и понятия используются в первую очередь для индивидуального анализа каждого, представленного в так называемых клинических главах, пациента и совершенной им попытки самоубийства. Главная задача автора — утвердить принцип индивидуального анализа каждого человека, пытавшегося покончить жизнь самоубийством и попавшего под наблюдение врачей после случившегося. Понятийный аппарат прежде всего должен способствовать пониманию попытки самоубийства и связанных с ним обстоятельств. И только индивидуальный суицидологический анализ случившегося позволяет адекватно охарактеризовать саму суицидальную попытку и рассмотреть ее в более широком клинико-психологическом контексте. Здесь речь идет и о вероятном диагностическом значении отдельных характеристик суицидального поведения, и о причинных факторах самоубийства у конкретного пациента.

Принцип индивидуального подхода к анализу каждой суицидальной попытки важен не только с позиций непосредственной клинической работы с суицидентом, но и с точки зрения получения однородного статистического материала для последующей исследовательской и организационной деятельности. В настоящее время очень многие работы по тем или иным проблемам суицидологии, выполненные с привлечением сложнейших методов статистической обработки, чрезвычайно интересны и значимы в

плане выводов. Однако экстраполяция этих выводов на другой контингент обследуемых зачастую некорректна в силу отсутствия исходных характеристик материала или различий в тех или иных параметрах исследуемых феноменов.

Изложенное выше определило некоторые особенности настоящей книги. В ней относительно небольшой объем статистико-демографи-ческих показателей. Естественно, что это не означает отсутствия в работе статистических данных вообще. В главе, включающей описания различных подходов в исследовании суицидального поведения, приводится достаточно обширный статистический материал. Этот материал иллюстрирует различные аспекты изучения проблемы само-

убийств и в то же время необходим для понимания развиваемых автором тех или иных положений.

Предлагаемая вниманию читателя книга может быть разделена на две примерно равные части, которые условно можно обозначить как общую и клиническую суицидологию. В главах, посвященных общей суицидологии, рассматриваются ее основные понятия с некоторыми уточнениями значения и области применения тех или иных терминов. Автор в соответствии со своим видением суицидального поведения рассматривает историю развития отдельных понятий, приводит некоторые статистические данные и очень кратко излагает подходы и направления в исследовании различных аспектов проблемы самоубийств. При этом основное внимание уделяется рассмотрению понятийного аппарата, необходимого для суицидологического анализа отдельных самоубийств. Речь идет о таких понятиях, как причины, динамика суицидального поведения, субъективное значение (психологический смысл) суицида для человека, пытавшегося уйти из жизни.

В разделе клинической суицидологии проводится индивидуальный анализ отдельных самоубийств. Каждое из клинических наблюдений — это описание пациента, наблюдавшегося лично автором после совершения попытки самоубийства (в редких случаях на этапе суицидальных приготовлений). Здесь отражен опыт многолетней работы автора в качестве врача психиатрической больницы, консультанта-психиатра в различных соматических стационарах и других службах и учреждениях, связанных с оказанием медицинской помощи населению. Систематизация клинического материала осуществлялась в соответствии с Международной классификацией болезней последнего пересмотра (МКБ-10). Все анализируемые пациенты разделены на три группы: 1) лица с пограничными психическими расстройствами и психически здоровые, 2) лица с аффективными расстройствами и 3) страдающие шизофренией и коморбидными заболеваниями. В отдельных случаях включение пациента в ту или иную группу расстройств носило достаточно произвольный характер (причины этого будут изложены ниже).

Автор посчитал необходимым уточнить используемые им отдельные термины, которыми оперируют специалисты не только в суицидологии, но и в психиатрии. Уточнение используемых автором понятий необходимо для избежания возможных диагностических споров и разночтений представленных клинических наблюдений, как известно, нередко встречающихся в психиатрии. В определенной мере это связано еще и с тем, что в работе, по существу, отражен в первую очередь клинический опыт работы самого автора, поэтому его понимание

отдельных вопросов может не совпадать с представлениями других специалистов.

В главах, рассматривающих вопросы так называемой общей суици-дологии, достаточно широко использован внеклинический материал, включая эпистолярное наследие, отдельные моменты биографий известных личностей, а также художественную литературу. Естественно, что ссылка на источник, из которого получена та или иная

информация суицидологического характера, в данном случае является обязательной.
Использование художественной литературы автор считает не только возможным, но и целесообразным. Талантливому писателю удается показать такие стороны жизни и влияние обстоятельств, связанных с суицидальным поведением, которые нередко скрыты в условиях клини-ко-психологического анализа реальных самоубийц. Понимание и оценка той или иной стороны суицида существенно облегчается, когда представляется возможность соучаствовать в переживаниях суицидента.
Как представитель медицинской науки и практики, автор прежде всего стремится использовать в своей работе известные ему достижения и наработки суицидологии. Однако он не хотел бы полностью игнорировать и высказанную Г. К. Честертоном мысль, что наука не способна постичь мир по той простой причине, что «мир не чертеж, а рисунок художника». В целом, художественные образы — это прекрасный способ иллюстрации тех или иных положений и возможность представления внутреннего мира человека.

ГЛАВА 1
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ: САМОУБИЙСТВО, СУИЦИД, СУИЦИДАЛЬНОЕ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ПАРАСУИЦИД

В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе треязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы, редактором первой русской газеты и директором Московской типографии Федором Поликарповым-Орловым. В подготовке этого словаря принимали также участие местоблюститель патриаршего престола митрополит Стефан (Яворский) и бывшие учителя упомянутой выше школы братья Иоаникий и Софроний Лихуды. В данной работе речь идет о конкретном термине. Понятия же, отражающие факт убийства самого себя, существовали задолго до возникновения этого слова. В Кормчей книге — сборниках правил православной церкви, применявшихся на Руси со времени принятия христианства и до начала XVIII в.,— говорится: «Аще кто сам себя убьет, или заколет, или удавит приношение не принесется за него, токмо аще не будет воистину ум погубил».
Термин «суицид» впервые был использован в книге Thomas Brown's «Religio Medici», написанной в 1635 г. и напечатанной в 1642 г. (цит. по: Alvarez A., 1971). Однако, по данным отдельных авторов (Daube D., 1972; Хайд Д., Блох С, 1998), этот термин появился уже в XII в. Несмотря на то что в 1651 г. он уже был в Оксфордском словаре, на протяжении достаточно длительного времени (до середины XVIII в.) термин «суицид» практически не фигурировал в литературе. В «Лексиконе треязычном» термин «самоубийство» переводится не как *суицид,* а как *homicidum mann Propria cedes manu propria.* В библиографических работах по суицидологии фигурируют термины «self-homicide» (Bio-davatos, 1644) и «self-murder» (Pellicanicidium, 1655; Watt, 1755). Таким образом, такое понятие, как самоуничтожение, применявшееся в английском языке, употребляющееся в русской и немецкой *(Selbstmord)* литературе до настоящего времени, обозначает, что смерть человека наступила в результате его собственных действий по убийству самого себя.
Приведенная выше терминология в значительной степени отражает отношение общественного сознания (в первую очередь религиоз-

ного) к добровольному прекращению человеком собственной жизни. Относительно нейтральное слово «суицид» сменило терминологию обвинительного характера, связанного с нарушением одной из главных христианских заповедей «Не убий!». Не случайно Св. Августин использует для обозначения этого греховного действия такое четкое и однозначное понятие, как «убийство самого себя», заведомо предполагающее осуждение и соответствующие кары со стороны церкви и общества.

Термин «суицидология» («сюисюдология») впервые появился в русской научной литературе еще в конце XIX в. (Розанов П. Г., 1891), а на-Западе, по данным одного из виднейших суицидологов современности Э. Шнейдмана,— только в 1929 г. (Shneidman E. S., 1971). Реальное становление суицидологии как комплексной мультидисциплинар-ной науки по изучению суицидального (и в более широком понятии — аутодеструктивного) поведения произошло в середине XX в. Суицидология сегодня — это интенсивно развивающаяся область теоретических и практических знаний, использующая достижения многих научных дисциплин и активно взаимодействующая с ними (психиатрией, психологией, юриспруденцией, социологией и другими науками).

Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид — акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство — аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». В докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г. («Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда») говорится, что «самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода», и что «самоубийство является сегодня одной из основных проблем общественного здравоохранения».

Определение самоубийства, включающее важнейший критерий отграничения этого феномена от сходных с ним явлений, было дано уже в классическом труде французского социолога Э. Дюркгейма «Самоубийство» (1897; русский перевод — 1912). «Самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или посредственно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство — это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца». Более простое и четкое определение дал современный суицидолог M. Farber (1968): «Самоубийство — это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни». Каждый из этих критериев представляется важным: наличие осознаваемого намерения и конкретных действий

(бездействия), непосредственно приводящих к смерти, существенно ограничивает виды саморазрушающего поведения, могущего подорвать здоровье человека и даже привести к трагическому исходу. Предложенные автором критерии самоубийства — отправной пункт (по крайней мере, должны использоваться как обязательное условие) изучения и дифференциации любого рода аутоагрессивных (и более широко — аутодеструктивных) действий, как направленных на прекращение дальнейшей жизни, так и имеющих другие цели, отдельных поступков и поведения в целом.

Намеренность прекращения собственной жизни как критерий определения самоубийства отмечалась еще задолго до Э. Дюркгейма. В трактате «Семахота», посвященном смерти и трауру, отсутствие четких доказательств намеренности покончить жизнь самоубийством служило основанием для исключения подобного поведения из разряда суицидального (и, соответственно, исключения каких-либо карательных мероприятий религиозного или законодательного характера). При этом подозрение в наличии психической болезни тоже исключало суицид. «Кто ж совершает самоубийство в здравом рассудке? Если человек залез на дерево или на крышу и разбился насмерть, это еще не самоубийство, а самоубийством его смерть будет признана, если перед этим он сказал: «Вот лезу на дерево или на крышу и оттуда брошусь вниз», а затем и поступил по своему слову при свидетелях... Тот же, кого нашли повесившимся или бросившимся на меч, будет признан умертвившим себя в помрачении рассудка» (цит. по: Чхар-тишвили Г., 1999).

Термины «суицид» и «самоубийство» употребляются автором настоящей книги как синонимы. Как завершенные, так и незавершенные действия, направленные на прекращение собственной жизни, обозначаются терминами «суициды» или «покушение на самоубийство». При этом клинико-суицидологический анализ наблюдений включает

только незавершенные самоубийства и термин «суицид» (или его синонимы) применяется по отношению к лицам, поступившим в больницы различного профиля после неудавшегося суицида.

Изложенное выше вовсе не исключает необходимости разграничения различных аутоагрессивных действий у анализируемых больных. В первую очередь здесь идет речь именно о покушениях на самоубийство. С помощью тех или иных характеристик суицида необходимо, с одной стороны, определить его диагностическое значение, а с другой — отграничить покушение на самоубийство от смежных с этим феноменом явлений. Решающий критерий Э. Дюркгейма для определения самоубийства — наличие намерения прекращения собственной

жизни — позволяет с достаточной уверенностью проводить это разграничение. По вполне понятным причинам выяснение наличия этого намерения существенно облегчается в случае неудавшегося самоубийства и дальнейшего наблюдения суицидента, человека, пытавшегося покончить с собой, в условиях того или иного стационара.

Констатация наличия намерения прекращения собственной жизни в случае любых аутоагрессивных действий позволяет ограничить круг явлений, определяемых понятием «покушение на самоубийство». В этом случае не рассматриваются как суициды множество операционально совпадающих с этим феноменом актов поведения. Там, где это намерение заведомо отсутствует, а поведение человека определяется другими мотивами в процессе клинико-суицидологической оценки того или иного пациента, исключается и наличие суицида. Так, человек, бравируя собственной смелостью, пытается ходить по краю балкона, срывается и получает тяжкие телесные повреждения (в отдельных случаях приводящие к инвалидности и даже смерти). Несмотря на возможную оценку его окружающими как «самоубийцы», здесь нет основного критерия покушения на самоубийство.

Подобные примеры аутоагрессивного поведения, совпадающего по характеру выполняемых действий с поведенческими актами при покушении на самоубийство, клиническая практика представляет врачам достаточно часто. К сожалению, реальная суицидологическая подготовка врачей общей практики, мягко говоря, оставляет желать лучшего, поэтому оценка действий, операционально совпадающих, но различающихся по своей мотивировке, часто оказывается неадекватной. А эта оценка определяет характер и лечебно-диагностических, и других мероприятий. Ошибки в характере аутоагрессивных действий (с точки зрения наличия или отсутствия суицида) всегда чреваты самыми серьезными последствиями.

В отдельных случаях определить наличие намерения добровольного ухода из жизни не удается в силу особенностей состояния, наблюдающегося в процессе тех или иных действий, связанных с нанесением самоповреждений, приводящих к инвалидности и даже смертельному исходу. Так, больной в сумеречном состоянии сознания может спрыгнуть с высоты, нанести себе порезы и даже повеситься, однако в этих случаях невозможно определить наличие намерения прекратить собственную жизнь. С другой стороны, тяжесть психопатологических расстройств вовсе не исключает возможности намеренного ухода из жизни, в том числе и под влиянием психотических переживаний.

Поэтому при психических заболеваниях достаточно часто констатируется покушение на самоубийство или несчастный случай, как в выше

приведенном примере с больным в сумеречном состоянии. При психических расстройствах с выраженной психотической симптоматикой (типа галлюцинаторно-бредовых переживаний) суицидальный акт может осуществляться в условиях так называемой произвольной или непроизвольной реализации суицидальных намерений.

В первом случае суицид определяется отношением больного к ситуации, создаваемой болезненными переживаниями, носящими для него реальный характер (угроза жизни, преследование и проч.). Выход из ситуации, по его мнению, возможен только через самоубийство. Непроизвольная мотивация связана с наличием императивных галлюцинаций соответствующего содержания, психических автоматизмов и других психопатологических феноменов, непосредственно определяющих действия больного по прекращению собственной жизни. Некоторые специалисты склонны расценивать отмеченный выше вариант аутоагрессивных действий с непроизвольной их мотивацией как несчастный случай. В любом случае суицидологическая оценка случившегося здесь важна и с точки зрения диагностики, и для профилактики возможного повторения суицида.

Даваемое некоторыми юристами определение самоубийства как намеренного лишения себя жизни во «вменяемом состоянии» вряд ли отражает адекватное использование термина «вменяемость». Сама по себе постановка вопроса предполагает наличие чего-то уголовно наказуемого. Как известно, уголовное преследование за покушение на самоубийство в настоящее время отсутствует в большинстве стран. Необходимость констатации «вменяемости» при самоубийстве, по нашему мнению, отпадает автоматически, если суицидальный акт рассматривается в рамках этого вида насильственной смерти, при котором потерпевший и субъект действий, вызвавших прекращение жизни, совпадают. Это обстоятельство исключает возможность применения норм уголовного права, так как субъект не может находиться в правовых отношениях с самим собой.

От других видов насильственной смерти (убийство, несчастный случай) самоубийство отличается обязательным наличием прямого умысла на прекращение жизни и обязательным совпадением субъекта действий и потерпевшего. Поэтому при самоубийстве уголовная ответственность и вопросы вменения возникают только в случае доведения до самоубийства. В отличие от самоубийства при несчастном случае смерть наступает в результате собственных неосторожных действий погибшего, невиновного причинения смерти человеку в особых обстоятельствах (необходимая оборона, выполнение приказа и проч.) или связана с силами природы (в том числе с животными). Тогда возникает

необходимость выявления лиц и обстоятельств, связанных со смертью человека. При убийстве — противоправном умышленном или неосторожном лишении жизни другого человека — причинение смерти служит основанием для уголовной ответственности. При всех видах насильственной смерти необходимо и обязательно выяснение причин и обстоятельств, способствующих наступлению смерти. Совершенно очевидно, что объект, субъективная сторона и субъект существенно различаются при самоубийстве, несчастном случае и убийстве.

Хорошо известно (из специальной литературы, а еще в большей степени — из детективов), что определение вида насильственной смерти нередко становится весьма сложной задачей для любого рода специалистов. В плане суицидологического анализа случившегося в первую очередь возникает необходимость разграничения самоубийства и несчастного случая. В реальной клинической практике выясняют «движущие силы» действий, связанных с самоповреждениями, в зависимости от оценки субъективной стороны которых лечебно-организационные мероприятия носят различный характер.

Основной критерий выделения самоубийства из всех аутоагрессив-ных действий — наличие намерения прекращения жизни. Однако степень осознания этого намерения может существенно различаться: от ясно осознаваемой цели покончить жизнь самоубийством (с возможной борьбой суицидальных и антисуицидальных тенденций) до импульсивного акта или аффективного состояния, в рамках которых возникновение

действий, направленных на самоубийство, может не осознаваться субъектом. В отдельных случаях, совершая действия, заведомо приводящие к смерти при отсутствии постороннего вмешательства, человек не может определить характер мотивов, лежащих в их основе (как в момент их совершения, так и после случившегося).

Женщина на протяжении нескольких лет живет в условиях постоянных моральных и физических издевательств со стороны ее мужа-алкоголика, неоднократно угрожавшего ей убийством. Однажды, явившись домой поздно вечером в состоянии опьянения, он стал придираться к супруге: она его встречает не «как должно». В ответ на возражения и упреки жены муж ведет ее на кухню, берет нож и начинает ее «воспитывать», постепенно разрезая на ней одежду и белье с соответствующими комментариями и «планами дальнейших действий».

Зная, что он в опьянении «бывает совсем дурной и однажды уже порезал своего знакомого», женщина испытывает страх и не может найти выход из этой угрожающей ситуации. Как только муж отошел взять сигареты, жена хватает бутылку уксуса, стоящую на подоконни-

ке, выпивает ее, затем начинает лихорадочно глотать все лекарства, имеющиеся в настенном шкафчике. У нее начинается рвота и спазмы горла, она хрипит и на глазах у мужа теряет сознание. «Воспитательная работа» прекращается, муж вызывает «скорую помощь». После оказания помощи в токсикологическом центре больная никак не может объяснить, с какой целью она нанесла себе «преднамеренное самоотравление». Ее переводят в психиатрическую больницу. В условиях больницы пациентка, несмотря на стремление врачей выяснить мотивы ее действий, сообщает только, что «очень боялась и не знала, что делать, может, хотела умереть, а может, и нет, не помню».

Врач, оценивающий характер аутоагрессивных действий пациентки, испытывает затруднения в плане их оценки как покушение на самоубийство. Ситуация, в которой женщина выпивает сначала уксус (к счастью, сильно разбавленный), а затем множество самых различных лекарств, включая и сильнодействующие, может в данном случае привести и к суициду, и к его демонстрации с целью прекращения издевательств и угрозы жизни. В любом случае это преднамеренное самоотравление. Однако в данном примере характер «намерения» вряд ли вообще когда-либо может быть выяснен до конца.

Не вызывает сомнений наличие у пациентки во время совершения действий, которые могли вызвать ее смерть, состояния аффективно суженного сознания. Но выяснить характер побуждений, мотивы этих действий не удается не только вследствие выявляющихся в дальнейшем и характерных для синдромов нарушенного сознания элементов амнезии, но и вследствие отсутствия в тот период осознанной мотивации поведения вообще. Относительная целесообразность совершаемых аутоагрессивных действий, с точки зрения демонстрации или действительного намерения прекращения жизни, не говорит о наличии в данном случае побуждений, определяющих внешне адекватное (с учетом ситуации) поведение.

Исключительная быстрота перехода к самоповреждающим действиям (по скорости формирования это так называемый «молниеносный суицид»), по нашему мнению, скорее говорит об автоматических действиях, протекающих вне осознанной мотивации поступков и без четко определяемого намерения ухода из жизни или демонстрации этого с целью изменения ситуации. В данном случае для клинической квалификации поведения больной, по-видимому, важнее характер совершаемых ею аутоагрессивных действий, связанных с непосредственной угрозой жизни, нежели возможность констатации у пациентки осознанного намерения самоубийства. Но, в соответствии с приведенными выше определениями суицида (Дюркгейма, Farber M., ВОЗ), в пред-

ставленном наблюдении у больной нет основных критериев суицида в строгом значении этого термина. Вместе с тем поведение пациентки несет реальную угрозу для ее жизни и

может быть названо, как это ни звучит парадоксально, суицидальным. Однако в клинической практике подобные наблюдения, в которых четкое определение наличия сознательного намерения прекращения собственной жизни оказывается практически невозможным, встречаются относительно редко.

И тем не менее любого рода «суицидологическая казуистика» позволяет исследователям суицидального поведения достаточно обоснованно выделять так называемые «возможные», «субнамеренные», «двусмысленные» и прочие суициды (Weisman M., 1974 и др.), само название которых говорит об особом характере субъективной стороны подобного рода аутодеструктивных действий. Необходимость выделения этих форм суицидального поведения определяется задачами клинико-психологического анализа встречающихся в практике суицидов. Вместе с тем приведенный выше «двусмысленный» суицид показывает трудности однозначной оценки некоторых видов преднамеренных самоповреждений как суицидальных феноменов. В этом наблюдении представлены действия человека, заведомо определяемые как агрессия в отношении самого себя. Основная трудность в данном случае связана с выяснением наличия или отсутствия здесь осознанного намерения прекращения жизни.

Однако возможны и варианты аутодеструктивного поведения, при которых или не удается установить мотивы тех или иных действий, даже приводящих к самоповреждениям, или намерения человека не связаны непосредственно с желанием собственной смерти. По мнению автора настоящей работы, варианты суицидального поведения, при которых мотивы действий пациента или не могут быть четко верифицированы, или не связаны с четким и однозначным намерением самоубийства, должны разграничиваться с суицидами, полностью соответствующими приведенным выше критериям.

Не случайно по мере формирования суицидологии как науки и развития суицидологических исследований появились такие понятия, как «хронический», «серьезный», «несерьезный» и другие суициды, субсуицидальные феномены (Меннингер К., 1938; Rosen A. et al., 1954). Суицидальные попытки делят в зависимости от выраженности намерения прекращения жизни: минимальное, умеренное и максимальное (Hendin H., 1950). Термином «скрытый суицид» американский суицидолог А. М. Meerloo (1933) считал возможным обозначать такие феномены, как неосторожное вождение машины, занятия опасными

видами спорта типа скалолазания или подводного плавания, чрезмерное курение и даже переедание.

В работе одного из виднейших суицидологов современности N. L. Far-berow (1950), посвященной так называемому «непрямому саморазрушению», автор включает в это понятие такие феномены, как алкоголизм, курение, наркомания, деликвентные поступки, пренебрежение врачебными рекомендациями, «трудоголизм», безудержный азарт, неоправданная склонность к риску и т. д. Отрицательное воздействие упомянутых форм поведения на человека проявляется как в минимальных, так и в максимальных вариантах (крайняя степень последнего — смерть). Непрямое саморазрушение отличается от прямого суицида двумя моментами: протяженностью во времени и неосознанностью его последствий. Концепция N. L. Farberow позволяет рассматривать в рамках суицидологии не только завершенные самоубийства, но и другие виды аутодеструктивного поведения. В соответствии со своей концепцией автор разработал принципы профилактики самоубийств и стал инициатором создания суицидологических центров, занимающихся изучением и оказанием помощи пациентам с ауто-агрессивным поведением.

Наиболее свободная и последовательная экстраполяция суицидальных феноменов на самые различные моменты жизни и поведения человека отмечается в работах одного из выдающихся суицидологов современности — президента Американской ассоциации психоанализа Карла Меннингера. В соответствии с концепцией З. Фрейда о существовании инстинктов жизни и смерти К. Меннингер называет их конструктивными

и деструктивными тенденциями личности — каждый человек предрасположен к самоуничтожению. Когда же воедино сводится целый ряд обстоятельств и факторов, это приводит к самоубийству. По мнению автора, «вполне логично рассматривать все формы самоуничтожения с точки зрения доминирующих принципов».

Руководствуясь этим подходом, К. Меннингер в каждом из разделов своей книги «Война с самим собой» (2000) анализирует различные формы саморазрушающего поведения. В первом разделе рассматриваются глубинные причины самоубийства в привычном смысле слова. Во втором рассматриваемые причины не так очевидны, а в третьем внимание акцентируется на тех случаях самоубийства, где «признаки хронических искажений имеют косвенную направленность».

К хроническим формам самоубийства автор относит аскетизм и мученичество, неврастению, алкогольную зависимость, антиобщественное поведение и психоз (в последнем случае «разрушение личности становится очевидным, когда человек теряет связь с реальностью»).

Определение основных понятий

Локальное самоубийство включает членовредительство, симуляцию, полихирургию («человек не занимается саморазрушением, но отдает себя в руки хирурга»), преднамеренные несчастные случаи, импотенцию и фригидность. В качестве органического самоубийства считаются болезни, являющиеся «носителями саморазрушительного элемента, который проявляется в разнообразных формах самоуничтожения, таких как самоубийство, то есть в самой очевидной и необратимой форме, органических и истерических заболеваниях, а также в таких «нормальных» привычках, как курение и т. д.».

Изложенные выше представления (воспринимаемые с известным скепсисом вне концепций психоанализа) в рамках учения З. Фрейда логичны и явились основанием для разработки клинических методов восстановления (социальной адаптации). Сам К. Меннингер расценивал свою попытку соотнесения теории саморазрушения и клинической патологии как «гипотетическое допущение». В отношении методов и техники лечения автор отмечает необходимость целостного подхода к человеческому организму и пишет: «Этиология нарушения (саморазрушения) не определяет соответствующего лечения; психологическая терапия не исключает физической или химической терапии». Несомненный интерес вызывает выделение К. Меннингером трех составляющих самоубийства:

- желание убить;
- желание быть убитым;
- желание умереть.

В первых двух составляющих предполагается наличие элемента жестокости, в то время как «процесс умирания сопровождается добровольной сдачей жизненных позиций... кроме того, тяга к смерти может принимать различные формы, подобно тому как это происходит с другими упомянутыми побуждениями». К. Меннингер считает, что в целом самоубийство можно квалифицировать как специфический вид смерти, подразумевающий три неотъемлемых элемента: умирания, убийства и жертвы убийства. Каждый из этих элементов требует детального анализа, ибо представляет как сознательные, так и бессознательные мотивы. Одновременное наличие всех трех элементов, как правило, приводит к трагическим последствиям, а отсутствие какого-либо компонента или их временная разнесенность обусловливает относительно более «мягкие» формы аутоагрессивного поведения.

Выделение трех обязательных составляющих самоубийства — это не просто «игра разума», своеобразный мысленный конструкт в рамках развиваемых автором положений, но и возможная отправная

точка для анализа некоторых сторон суицидального поведения. К. Меннингер считает, что анализ глубинных мотивов самоубийства подтверждает гипотезу о нескольких факторах, толкающих человека на крайность. Самоубийство возникает в тех случаях, когда стечение обстоятельств, при которых примитивные инстинкты саморазрушения и желание убить проявляются во взаимодействии с более сложными мотивировками, что значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению. Естественно, эти представления могут быть соотнесены и с многочисленными феноменами, связанными с саморазрушающим поведением, рассматриваемым автором в рамках так называемого «хронического суицида».

Еще ранее Э. Дюркгейм (1897) назвал подобного рода аутодеструк-тивное поведение «символическим суицидом». В современном понимании саморазрушающее поведение выступает как совершение любых действий, над которыми у человека имеется реальный или потенциальный волевой контроль, способствующих продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти. Термины, характеризующие так называемое непрямое самоубийство, весьма многочисленны: «частичное», «полунамеренное», «полупреднамеренное», «скрытое самоубийство», «бессознательное суицидальное поведение» или «суицидальный эквивалент». Во всех случаях непрямого самоубийства люди совершают действия, направленные на саморазрушение или причинение себе вреда при отрицании стремления к этому. Внешне смерть в подобных случаях всегда кажется случайной.

Одним из самых распространенных непрямых самоубийств («скрытых суицидов») является так называемый «автоцид». Этот термин используют полицейские некоторых стран для обозначения смертей, при которых транспортные средства (в абсолютном большинстве случаев автомобиль) используются как инструмент совершения суицида. В случае аварии со смертельным исходом ответить на вопрос, что обусловило в данном случае ДТП (стремление уйти из жизни, невнимание, превышение скорости и другие причины), практически не представляется возможным. Дорога и автомобиль в совокупности обеспечивают идеальные условия для совершения самоубийства. Поэтому в каждом случае тяжелых дорожно-транспортных происшествий возникает необходимость выяснения, насколько «случайными» были действия водителя, приведшие к несчастному случаю.

В исследовании, проведенном Центром профилактики самоубийств в Лос-Анджелесе, было выявлено, что 25 % обследованных жертв несчастных случаев вследствие автокатастроф находились перед ДТП в подавленном состоянии или говорили о чувстве беспомощности, что

характерно для лиц с суицидальными тенденциями. О наличии весьма специфического состояния перед автокатастрофой у этих лиц свидетельствует и присутствие у них в тот период фантазий о смерти и саморазрушении (подобные «фантазии» характерны для так называемого пресуицидального синдрома).

Однако достоверная оценка субъективной стороны «автоцида» в случае смерти водителя практически невозможна, что крайне затрудняет как статистический учет подобных самоубийств, так и их анализ. Но оценка окружающих бесшабашных и рискованных действий водителя («Самоубийца! Он хочет покончить с собой!») весьма часто недалека от истины. По мнению специалистов дорожно-транспортных служб, 25 % водителей, погибших в автокатастрофах, намеренно или полунамеренно сами способствовали наступлению аварии своей бесшабашностью и чрезмерно рискованными действиями во время управления автомобилем.

Сложность установления мотивов того или иного смертельно опасного поведения в случае наступления смерти в результате собственных действий погибшего возникает не

только в случае «автоцида» (в данном контексте — это смерть в автокатастрофе с высокой вероятностью наличия намерения покончить с собой). Это относится к таким формам поведения, как «суицид-игра», так называемая «русская рулетка», «игра со смертью» в рамках отдельных видов деятельности или экстравагантных поступков, далеко выходящих за границы повседневного опыта.

Введение понятий и терминов, относящихся к так называемому непрямому самоубийству, или «субнамеренному и скрытому суициду», позволило существенно расширить круг аутодеструктивных феноменов, подлежащих изучению в рамках суицидологии. Естественно, что при этом произошло определенное «размывание» границ объекта изучения относительно молодой науки. По существу, суицид как таковой в рамках четко сформулированных критериев его выделения (были приведены выше) оказался только одним из видов саморазрушающего поведения. Не случайно несколько десятков лет назад один из ведущих американских суицидологических центров в Лос-Анджелесе был преобразован в Институт по изучению аутодеструктивного поведения.

В то же время существует и точка зрения, в соответствии с которой к области суицидологии как науки относятся только завершенные суициды и покушения на самоубийство. Истинность суицидальных намерений и серьезность предпринимаемых действий по прекращению жизни — это основные признаки суицида. Только там, где есть объективная опасность для жизни, поведение должно считаться суицидаль

ным. Между суицидальными мыслями и конкретными действиями лежит огромная пропасть. Приведенные выше положения, ограничивающие понятие «суицид» достаточно четкими критериями, развивал швейцарский суицидолог P. B. Schneider (1954). По мнению отдельных исследователей, только летальный исход, безусловно, подтверждает истинность суицидальных намерений, поэтому объектом суици-дологии должны являться только завершенные суициды (Halbwachs M., 1930).

Приведенные выше две крайние точки зрения на понимание границ суицидальных феноменов (любые формы аутодеструктивного поведения и даже соматических заболеваний и только завершенные самоубийства) отражают сложность оценки очень многих явлений, смыкающихся с суицидом в его «классическом» понимании. Для последнего является обязательным наличие истинного намерения прекращения жизни. Однако оценка «истинности» этого намерения в действительности нередко оказывается далеко не простым делом, особенно в случаях как раз завершенного самоубийства. И даже при покушении на самоубийство не всегда удается дать адекватную объективную оценку намерениям суицидента. Так называемый «истинный» суицид в силу самых различных причин и обстоятельств может не привести к тяжелым последствиям, а демонстративно-шантажное поведение, при котором заведомо нет намерения прекращения жизни, может закончиться трагически.

Своеобразная «свободная экстраполяция» суицидологических понятий, приводящая к практическому исчезновению объекта суицидо-логии как науки, наблюдается в тех случаях, когда понятие «суицид» распространяют на любого рода деятельность, связанную с опасностью для жизни. Однако трудно себе представить, что человек, выполняющий свой профессиональный долг в условиях смертельной опасности, имеет намерение покончить жизнь самоубийством. Но даже добровольное умышленное лишение себя жизни, совершенное в состоянии крайней необходимости (в том числе в условиях боевой обстановки, для спасения других людей, предотвращения возможного ущерба государству и в других обстоятельствах), не может расцениваться как самоубийство (в клиническом значении этого понятия). Операциональное совпадение тех или иных действий в этих условиях и суицидального поведения не говорит о совпадении мотивов. В этом случае добровольный уход из жизни связан с установками не личного, а общественного плана. В соответствии с этим любого рода героические поступки,

связанные с самопожертвованием, и профессиональная деятельность, протекающая в условиях смертельной опасности, не мо-

гут рассматриваться как самоубийство (при безусловном наличии и в этих случаях элементов так называемого альтруистического суицида).
Как писал еще в начале XIX в. один из основоположников научной психиатрии Эскироль, «тот, кто, внимая только голосу благородства и великодушия, подвергает себя заведомой опасности или же неминуемой смерти во имя закона, веры или спасения своей родины, не может называться самоубийцей». Однако автор, как и большинство психиатров его времени, отстаивал, мягко выражаясь, несколько упрощенную точку зрения на самоубийство, которая сводилась к тому, что только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь и «все самоубийцы — душевнобольные люди». Отсюда понятно стремление Эскироля вывести из разряда душевнобольных лиц, добровольная смерть которых никак не могла быть объяснена наличием психического расстройства. Но, как писал Дюркгейм, «между смертями, внушенными исключительно великодушием, и смертями, вызванными чувствами менее возвышенными, не существует резкой границы... И если первые из этих случаев называть самоубийством, то почему бы не квалифицировать таким же образом и вторые».
Изложенное выше приводит к пониманию того, что обстоятельства ухода из жизни, его мотивы имеют существенное значение для адекватной оценки тех или иных действий, связанных с добровольной смертью. Традиционно в рамках суицидального поведения в первую очередь рассматриваются случаи намеренного прекращения жизни по личным мотивам. Такого рода самоубийства и покушения на самоубийство, суициды в собственном смысле слова — это один из видов аутодеструктивного поведения, требующий полного и адекватного суицидологического анализа в силу наибольшей опасности в плане летального исхода и возможности повторения.
«Персональные» самоубийства (суициды по личным мотивам) не исключают возможности добровольного прекращения жизни в соответствии с теми или иными традициями, обычаями и принятыми в тех или иных социальных и религиозных сообществах нормами и правилами поведения. Так называемый «институциональный» суицид (по: Farberow N. L., 1961) был хорошо известен с древнейших времен и, к сожалению, сохранился до наших дней. Речь идет о самоубийстве как социальном императиве: самосожжение вдов и слуг в Индии и Китае, жертвенное мученичество ранних христиан, харакири в Японии, массовые самоубийства побежденных в религиозных войнах. Самоубийство у некоторых народов древности (кельты, германцы, зулусы) считалось естественным способом достойной смерти. В историю

России вошли знаменитые «гари» раскольников, их самозакапывания, добровольный уход из жизни путем прекращения приема пищи («запоститься») и другими способами. На массовых самоубийствах раскольников следует, по нашему мнению, остановиться подробнее, как на классических примерах «институционального» суицида.
Можно отметить разнообразие суждений об анализируемых явлениях. Одни исследователи объясняли «гари» преследованием раскольников правительством, другие — ожиданием прихода антихриста (как проявление фанатизма среди низших слоев населения при введении новшеств), по мнению третьих, самосожжение было результатом болезненного состояния группы лиц, известного в медицине своего времени как религиозная мания. Однако зависимость массовых самоубийств от преследования старообрядцев правительством не объясняет массовые самоубийства в XIX в., когда любого рода карательные меры практически уже отсутствовали.
По мнению одного из исследователей этого вопроса, проанализировавшего большой

фактический (включая архивный) материал, Д. И. Сапожникова, понимание изучаемых феноменов как проявлений психопатологии — это только один их возможных вариантов их оценки. В работе «Самосожжение в русском расколе» (1891) автор писал, что в русском народе религиозные понятия о вере несовместимы с покойным и холодным размышлением о ней, что делает понятным, почему «пошли стеной против никониан люди старого покроя», которые решились непоколебимо отстаивать свою веру.

Д. И. Сапожников считал важнейшим моментом возникновения подобного рода самоубийств деятельность по защите старой веры главы раскола Аввакума, доказывавшего, что насильственная смерть за веру *вожделенна:* «Эти самые мысли Аввакума не оставались мертвыми буквами, а проявлялись кровавыми чертами... одни раскольники сожигались самопроизвольно, без всяких побудительных причин со стороны блюстителей закона; другие с предвзятой мыслью о близости конца мира упорно искали возможности умереть за веру старую и сожигались, когда надежда их исполнялась; третьи сожигались при том условии, если нарушался их обыденный порядок жизни гонителями их, и напротив не сожигались, когда их оставляли в покое». Автор отмечал, что подробные исследования дел о самосожжении показали, что не все люди прямо соглашались покончить жизнь таким образом, и их сжигали наставники, «люди избранные, руководители скопищ, большей частью сожигавшиеся со своими овцами». Исследование Д. И. Сапожникова и приведенные выше его слова — это общий взгляд на хорошо известную из истории проблему оценки «гарей раскольников».

Определение основных понятий

31

В работе известного психиатра конца XIX - начала XX в. А. И. Си-корского «О двадцати пяти заживо погребенных в Терновских хуторах (близ Тирасполя) в 1896-1897 гг.» (1897) дается описание и анализ четырех случаев коллективных самоубийств в старообрядческой общине. Сам по себе избранный самоубийцами способ ухода из жизни и естественное внимание общества (и прежде всего средств массовой информации того времени) по вполне понятным причинам вызвали интерес к случившемуся со стороны психиатрии. Потребовалась даже судебно-психиатрическая экспертиза (а в последующем и лечение) оставшегося в живых непосредственного исполнителя изуверских действий, связанных с коллективными самоубийствами в среде раскольников.

В этой работе автор наряду с анализом конкретных событий, случившихся в указанные годы, дает и общую оценку коллективных самоубийств среди старообрядцев. Он подчеркивает, что события, случившиеся в Терновских хуторах, несмотря на их необычный характер, представляют собой далеко не редкое явление в нашей истории и неоднократно происходили в течение XVII и XVIII веков и в текущем столетии. Описывая различные способы коллективных самоубийств (самосожжение, морение голодом, самоутопление и закапывание), А. И. Сикорский не видел существенных различий между подобным уходом из жизни в предшествующие века и в текущем столетии:

«Обстановка, при которой происходили самоистребления в два последних столетия, до такой степени напоминает обстановку Терновских событий даже до подробностей, что нам невольно приходит мысль, что в самоистреблениях мы встречаемся не просто с историческими или бытовыми явлениями, но в известной степени с явлениями *патологигескими* (здесь и далее выделено нами.— В. £.), относящимися к разряду так называемых *психигеских эпидемий».* Принадлежностью подобных коллективных самоубийств к явлениям патологическим автор объясняет их малую изменчивость во времени, в отличие от явлений бытовых или исторических. А. И. Сикорский писал: «Бред помешанных, галлюцинации алкоголиков гораздо менее подлежат изменяющему действию времени и обстоятельств и остаются в течение веков шаблонными и стереотипными. Этой именно особенностью отличается самоистребление в русском народе».

Приведенные выше слова показывают наличие определенных расхождений в понимании

причин этих явлений у автора и их объяснением с позиций психиатрической науки своего времени. А. И. Сикорский считал возможным присоединиться к заключению официально-

го донесения о случившемся в 1684 г. самосожжении. Это донесение заканчивается словами: «Крестьяне сожгли сами себя, а для чего то учинили, про то никто не ведает». По мнению автора этой монографии, подобные самоубийства представляют собой сложные явления, которые невозможно объяснить одной исторической точкой зрения, в то время как психологические и психиатрические данные в этом случае являются важным источником разъяснения.

В случаях коллективных самоубийств А. И. Сикорский подчеркивал крайне негативную роль так называемых учителей, или расколо-учителей (их официальное наименование), которым удавалось «объединить субъектов болезненного и психопатического типа к общей цели», т. е. к самоубийству. Эти «религиозные агитаторы» пользовались существующей в населении склонностью, старались ее развить и придать ей более широкий размах. Автор писал, что очень часто «агитаторы» сами не участвовали в самосожжениях, но ограничивались тем, что, «увлекши множество жертв в роковую засаду, сами незаметно ускользали от опасности, оставались в живых и даже пользовались имуществом сгоревших». Случалось, что эти «агитаторы» и сами участвовали в общей гибели, но чаще они организовывали смерть других, а сами оставались в живых. Это не всегда делалось из корыстных побуждений (захват имущества и проч.), а скорее с целью сохранения себя для дальнейшей деятельности.

Коллективные самоубийства старообрядцев и оценка этих феноменов отдельными исследователями достаточно наглядно, по нашему мнению, иллюстрируют наличие в рамках этого религиозного движения своеобразного института смерти, традиционно существующих способов добровольного прекращения жизни в случае тех или иных неблагоприятных воздействий. При этом оценка характера «воздействия» определялась в первую очередь «пастырями» этих сообществ в соответствии с их видением мира и религиозными установками.

Понятно, что специфический социальный императив вовсе не является «привилегией» одного из общественно-религиозных движений в России и следствием повышенной религиозности русского народа вообще (как это считали некоторые исследователи). История сохранила множество коллективных самоубийств, совершаемых в соответствии с религиозными установками и средовыми факторами. Подобного рода массовые добровольные уходы из жизни совершались в глубокой древности и продолжают совершаться до нашего времени в рамках самых различных религий, отдельных конфессий, религиозных движений и, в особенности, у представителей так называемых тоталитарных сект.

1

Известно предание об одновременном самоубийстве пятисот монахов, последователей Конфуция, бросившихся в море после того, как по приказу императора Хикоан-ти были сожжены их священные книги. Лозунг «Сгорим, но не отречемся!» прозвучал задолго до церковных реформ патриарха Никона. История сохранила немало примеров добровольной гибели за веру, перечислить которые и тем более подробно описать практически невозможно даже в рамках книги, специально посвященной этим необычным социально-психологическим феноменам. Поэтому приведу только отдельные примеры.

Отвергнув уговоры отречься от своей веры, вечером 16 марта 1244 г. 215 катаров вышли из крепости Монсегюр и, взявшись за руки и распевая гимны, добровольно поднялись на костер, зажженный для них инквизиторами и солдатами Людовика Святого. С того дня место их гибели зовется во Франции Полем Погибших в Пламени, а на месте костра высится каменная стелла с равносторонним крестом и надписью: «Катарам — мученикам

за чистую христианскую любовь». Вряд ли есть необходимость комментировать это коллективное самоубийство, совершенное по чисто религиозным мотивам.

В ноябре 1978 г. весь мир был потрясен Гайанской трагедией — коллективным самоубийством членов возглавляемой Джонсом секты «Народный храм». Погибло 912 человек, строивших в джунглях Гайаны под руководством своего лидера «идеальный город» Джонстаун, а затем по его приказу совершивших самоубийство путем отравления или с помощью огнестрельного оружия. Патологоанатомы установили, что не менее 700 из 912 погибших были убиты (не оказав никакого сопротивления охранникам «живого Бога» Джонса), остальные ушли из жизни «добровольно». 276 жертв среди «покончивших с собой» были детьми. Потом будут коллективные самоубийства членов таких общин, как «Храм солнца», «Ветвь Давида», «Небесные врата» и других, но именно Гайанская трагедия стала своеобразным символом опасности тоталитарных сект (Дворкин А., 2000).

Эти примеры коллективных самоубийств подлежат оценке в первую очередь как явления социально-психологического характера. Однако, безусловно, в оценке массовых добровольных уходов из жизни определенную роль может сыграть и суицидологический, и даже медико-психиатрический анализ тех или иных моментов происходящих трагедий. Это может быть анализ личности лидера и рядовых членов той или иной общины, методов психологического воздействия, состояния, в котором находились люди, добровольно прекращающие свою жизнь. В рамках настоящей работы коллективные самоубийства

приводятся только как иллюстративный материал, как примеры суицидов, обусловленных так называемым социальным императивом. Эти суициды выступают как контраст «персональным» самоубийствам, мотивы которых носят личный характер.

Самоубийства по мотивам личного характера и составляют основную массу суицидов, требующих клинико-психологической оценки. Но и в этих случаях суицидологический анализ бывает затруднен в силу разнообразия форм суицидального поведения. Исследователи используют самую различную терминологию, отражающую различные стороны покушения на самоубийство и связанные с этим обстоятельства. В этой главе речь идет не столько о теоретических концепциях самоубийства (и соответствующем понятийном аппарате), сколько об определении понятия суицида и его месте в ряду аутодеструктивного поведения. Однако далеко не всегда используемая терминология позволяет однозначно судить о характере конкретных суицидальных проявлений.

До середины XX в. люди, покончившие с собой и оставшиеся в живых после покушения на самоубийство, рассматривались в одной рубрике «суицид» и различия между ними считались несущественными. Только в 50-х гг. E. Stengel (1958, 1962, 1964) определил эпидемиологические различия между этими группами и предложил термины «самоубийство» (суицид) и «попытка самоубийства» (суицидальная попытка) для разграничения этих форм поведения. Однако он для каждой из этих групп считал обязательным моментом наличие суицидального намерения, в результате выжившие после суицидальной попытки оказались такими же самоубийцами, как и покончившие с собой, так как их смерть не наступила в результате случайных причин.

В 60-е гг. все больше и больше стала утверждаться мысль, что покончившие с собой и лица, совершившие суицидальную попытку, существенно различаются между собой именно по кардинальному признаку — выраженности намерения покончить с собой (суицидальной интенции). При этом большинство лиц, предпринявших попытку самоубийства, не имели намерения прекращения жизни, а их ауто-агрессивное поведение определялось другими мотивами. В силу этого суицидальные намерения в этой группе лиц стали рассматривать как несущественные. Большинство лиц, предпринявших суицидальную попытку, были уверены в своей безопасности при выполнении соответствующих действий.

В 1965 г. было предложено заменить термин «суицидальная попытка» терминами «умышленное самоотравление» и «умышленное самоповреждение» (Kessel N.. 1965). Эти термины, по мнению автора, ясно указывали на преднамеренный характер аутоагрессивных дей-

ствий, но при этом не содержали утверждения о наличии в данном случае желания умереть. В 1979 г. предложено общее понятие, объединяющее различные формы саморазрушающего поведения (прежде всего отмеченные выше самоотравления и самоповреждения),— «умышленное причинение себе вреда» (Morgan H. G., 1975, 1979). Отмечается частичное совпадение умышленного причинения себе вреда и самоубийства, различие между этими явлениями не абсолютно. Особенно наглядно своеобразное «взаимопересечение» этих феноменов отмечается в случае наличия так называемых амбивалентных установок во время совершения аутоагрессивных действий, когда лица, наносящие себе любого рода повреждения, не могут осознавать в тот период, хотят они умереть или нет. Важно, что летальный исход в случае любого рода действий, связанных с умышленным причинением себе вреда, не доказывает обязательное наличие намерения прекращения жизни. В то же время ясное и недвусмысленное желание покончить жизнь самоубийством не всегда приводит к смерти суицидента.

Так, в работах по суицидологии такие термины, как «возможный», «абортивный суицид» и другие, достаточно часто используются для характеристики «незавершенных» покушений на самоубийство, т. е. не закончившихся смертью. Но эта «незавершенность» можетбыть обусловлена самыми различными причинами, и, по мнению некоторых авторов, среди этих причин могут фигурировать такие субъективные моменты, которые исключают отнесение этих феноменов к так называемому истинному самоубийству. В частности, если человек не совершал конкретных действий, направленных на прекращение жизни («передумал в последний момент»), совершенно нецелесообразно, для избежания путаницы понятий, расценивать эти суицидальные проявления как «незавершенное» покушение на самоубийство. Другое дело — «незавершенность» суицида, связанная с выполнением конкретных действий по прекращению жизни и определяемая другими обстоятельствами (выбор техники, способа самоубийства, вмешательство посторонних лиц и т. д.).

Вряд ли подойдет под определение «абортивный суицид» следующий эпизод из биографии И. И. Мечникова.

В его личной жизни, еще в годы пребывания в Одессе, произошло несчастье: после длительных страданий умерла его первая жена — Людмила Васильевна Федорович. После смерти жены он потерял интерес к жизни, не мог ни о чем думать и был близок к самоубийству. Кроме того, обострилось заболевание глаз. В крайне подавленном состоянии Мечников, проходя по мосту через Рону, неожиданно увидел насекомых, летающих вокруг пламени фонаря. Это были финго-

ны, но он издали принял их за поденок (эфемер) и неожиданно подумал: «Как применить теорию естественного отбора к этим насекомым, которые живут всего несколько часов, вовсе не питаясь, следовательно, не подвержены борьбе за существование и не имеют времени приспособиться к внешним условиям». По словам О. Н. Мечниковой, описавшей этот эпизод, его мысль обратилась к научным вопросам, связь с жизнью восстановилась, и он был спасен (Мечникова О. Н. Жизнь Ильи Ильича Мечникова, 1926).

По мнению автора настоящей книги, в подобных случаях нет покушения на самоубийство, так как нет конкретного действия (или осознаваемого бездействия) человека, направленного на уход из жизни. Суицидальные тенденции здесь останавливаются (как это бывает достаточно часто) на этапе так называемых антивитальных тенденций, мыслей

о самоубийстве и даже замыслов. Различного рода суицидальные феномены при специально проведенных исследованиях достаточно часто обнаруживаются в общей популяции, т. е. среди людей, не покушавшихся на самоубийство (Schwab J. J. et al., 1972; Paykel E. S. et al, 1974 и др.). Шведский исследователь T. Hallstrom (1977) отмечал наличие суицидных мыслей у 14,9 % обследованных им здоровых женщин, а 22, 3 % из них говорили, что «жить вообще не стоило».

В 1977 г. английский суицидолог N. Kreitman и соавторы предложили термин «парасуицид» для квалификации действий субъектов, которые «не ставят себе задачей самоуничтожение и поведение которых редко можно определить как ориентированное на прекращение жизни». Со времени появления этого термина и до настоящего времени существует несколько точек зрения на взаимоотношение терминов «суицидальная попытка» и «парасуицид». Согласно одной из них, суицидальная попытка — один из видов парасуицидов, для которого характерно наличие высокой интенции смерти (выраженного намерения ухода из жизни). В этом случае парасуицид — широкий класс поведенческих аутоагрессивных феноменов, в том числе не связанных с намерением прекращения жизни. Другая точка зрения состоит в понимании парасуицида как варианта суицидальных попыток с низкой суицидальной направленностью. Третья точка зрения предполагает, что парасуицид и суицидальная попытка — взаимоисключающие понятия. Каждый из этих феноменов имеет противоположную суицидальную направленность: низкая интенция смерти в случае парасуицида и высокая — при суицидальной попытке.

По мнению Е. В. Ласого (1997), современное определение пара-суицида пересекается с классическим в акцентировании фактора **намеренности поступка,** но расходится в трактовке **целей.** Здесь в каче-

стве цели выступает не смерть субъекта, а изменение его жизненной ситуации. Автор считает, что использование единых критериев пара-суицида и суицидальной попытки обеспечивает единство клинического подхода, снижает риск пренебрежения манипулятивными суицидальными действиями при оказании помощи, а также унифицирует критерии включения и исключения в исследовательской деятельности.

Вряд ли можно согласиться со всеми приведенными выше аргументами за использование понятий «парасуицид» и «суицидальная попытка» как синонимов. Пренебрежение манипулятивными суицидальными действиями при оказании медицинской помощи любого рода — вопрос, относящийся к законодательству и врачебной этике, но никак не гарантирующий невозможность этого «пренебрежения» при любой оценке суицидальных действий. Однако не вызывает сомнений, что характер лечения (включая и методы психотерапии) может существенно меняться в соответствии с дифференцированной оценкой суицидального поведения. Это же относится и к «унификации критериев включения и исключения в исследовательской деятельности». История развития практики помощи суицидентам и теоретических представлений в этой области говорит не только о расширении понятия суицидального поведения до аутоагрессивного и аутодеструктивного. Параллельно идет и разграничение различных форм и вариантов суицидального поведения, в том числе и по характеру намерений, связанных с выполнением тех или иных опасных для жизни действий.

Естественно, не вызывает сомнений возможность аутоагрессивного поведения, при котором четко и недвусмысленно определить выраженность намерения прекращения жизни практически невозможно (выше уже было приведено наблюдение, в котором сама пациентка не могла сообщить, для чего она совершила преднамеренное самоотравление). Однако наличие трудно квалифицируемых (с точки зрения мотивации) действий и даже вариантов суицидального поведения, в котором выраженность желания умереть колеблется по своей интенсивности, не может исключить принципиальную необходимость (и возможность) адекватной оценки случившегося. Тем более, что в

большинстве случаев определение характера субъективной стороны тех или иных аутоагрессивных действий вполне возможно с учетом обстоятельств случившегося и весьма нередких сообщений самих этих лиц о причинах и мотивах их «нестандартных» форм реагирования на ситуацию. Сведения, получаемые врачом в процессе консультативной или лечебной работы, далеко не всегда полностью правдивы, но как раз искусство врача и состоит в умении сопоставления сообщаемого «здесь и сейчас» с тем, что случилось «там и тогда».

Тяжесть последствий различного рода самоповреждений (и даже летальный исход) не всегда может быть доказательством выраженности намерения ухода из жизни. При аутоагрессивных действиях может наблюдаться и обратная зависимость: внешне безопасный и даже неоднократно «проверенный» способ демонстративно шантажного самоубийства в силу рокового стечения обстоятельств приводит к очень тяжелым последствиям и даже смерти. В целом, смертельный исход может отмечаться как при наличии намерения покончить жизнь самоубийством, так и при его отсутствии. Между намерением и исходом нет однозначной зависимости. Непонимание этого обстоятельства нередко приводит к неадекватной оценке различного рода суицидальных проявлений, что, в свою очередь, отражается на лечебно-диагностических и профилактических мероприятиях в работе с пациентом.

Учитывая трудность разграничения в силу отсутствия четких и однозначных критериев их определения и терминологическую путаницу, в 1982 г. ВОЗ рекомендовала использовать термины «суицидальная попытка» и «парасуицид» как равные по значению. В соответствии с определением ВОЗ термин «парасуицид» применяется в том случае, если диагностируется «несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий». Таким образом, это определение содержит самые существенные характеристики этого вида аутоагрессивных действий: отсутствие намерения прекращения жизни и достижение тех или иных желаемых субъектом изменений действительности (ситуации).

Как отмечает R. Diekstra (1991), многочисленные исследования показали, что суицидальное поведение в виде парасуицидов является одним из самых важных факторов риска для самоубийств в будущем. От 10 до 14 % совершивших суицидальную попытку умирают от следующей попытки, и это увеличивает риск самоубийства более чем в 100 раз по отношению к общей популяции. Вместе с тем автор считает, что по определенным причинам термин «суицидальная попытка» (парасуицид) вводит в заблуждение, так как большинство таких актов не предназначены для достижения смерти или даже физического вреда и являются только отдельными вариантами мотивов такого поведения. Ссылаясь на различные исследования, R. Diekstra объединяет все эти мотивы в три категории:

1. Смерть — сознательное прекращение жизни.
2. Перерыв — временное прекращение сознания (чувствования).
3. Призыв с целью изменения поведения других людей и привлечения внимания к себе.

По мнению автора, большинство суицидальных попыток (парасуици-дов) основано на сочетании «перерыва» и «призыва». Следовательно, такое поведение предпочтительнее называть «поведением борьбы», если это подходит к контексту ситуации.

Однако наличие высокой интенции смерти, четкого намерения прекращения жизни на определенном этапе суицидального акта, еще не говорит о том, что стремление покончить жизнь самоубийством всегда сохраняется до завершения действий, направленных на самоуничтожение. В процессе выполнения суицидальных действий под влиянием самых различных причин (включая и изменение содержания психики суицидента) покушение на

самоубийство может быть прекращено самим самоубийцей. Иногда для этого достаточно самого незначительного внешнего воздействия.
Например, спасатели пытаются предотвратить самоубийство человека, собирающегося броситься с крыши высотного дома. Уговоры не помогают, и как последнее средство предлагают самоубийце выпить перед смертью пива. Человек заявляет, что он передумал кончать жизнь самоубийством и спускается вниз. Короткая газетная заметка подается как некий курьез под заглавием «Горьковатый вкус жизни». В течение многолетней врачебной практики автор настоящей книги сталкивался с подобными «курьезами», при которых решение о прекращении суицидальных действий принимается под влиянием причин, малозначимых с точки зрения важнейшего для человека намерения добровольного прекращения дальнейшей жизни.
Молодая медсестра после разрыва с любимым человеком решает покончить жизнь самоубийством. С этой целью она за несколько часов до случившегося принимает таблетки аспирина и тиклида («чтобы уменьшить свертываемость крови»), а затем в теплой ванне наносит себе несколько глубоких порезов в локтевых сгибах. Когда кровь начинает смешиваться с водой в виде «мясных помоев», у самоубийцы появляется чувство «отвращения и мерзости». Женщина «передумывает» умирать, вылезает из ванны и просит соседей «срочно вызвать "скорую помощь"».-В качестве контраста: автору довелось видеть и труп самоубийцы, плавающего в ванне, в которой кровь была смешана с фекалиями (к вопросу о влиянии эстетических чувств на суицидальное поведение).
По мнению немецкого психиатра Райнера Телле (1999), суициды и суицидальные попытки разделяются не только по видам и исходам, но и психологически по мотивам, «хотя и без резких границ». Эти мотивы пересекаются. Он отмечает, что суицидальность может быть одновременно «саморазрушительной и тенденциозной, направленной

против себя и против других, от суицидальности нечетко отличается парасуицидальность». По мнению автора, определение цели часто остается открытым, причем суицидальная попытка приобретает характер «вызова судьбе» (Штенгель). Многие суицидальные попытки совершаются под действием алкоголя, который устраняет торможение и страх. Нередко суицидент хочет «напиться мужества».
Р. Телле отмечает, что в целом суицидальные действия допускают тенденции, поддерживающие жизнь (жизнь как таковую, даже если речь не идет об этой жизни), и одновременно признают тенденции, разрушающие ее, поэтому приходится констатировать как пассивность (отречение и бегство), так и активность (завладение, деструкция, агрессия). Исходя из этой точки зрения, автор выделяет типы суицида и парасуицида: вызывающее поведение, которое воздействует своей демонстративностью; амбивалентная установка, оставляющая выход из этого состояния; отчаявшаяся суицидальность, которая не должна быть бескомпромиссной, и упорствующее суицидальное поведение, которое непреклонно в поиске смерти. В соответствии с изложенными выше положениями Р. Телле приводит графическую схему Хенслера, отражающую различные тенденции мотивационной структуры суицидальных действий и включающую пересекающиеся тенденции и мотивы (бегство и призыв, аутоагрессия и агрессия). Эта схема в какой-то мере перекликается с приведенными выше тремя составляющими самоубийства К. Меннингера (желания: убить, быть убитым и умереть). В соответствии с представлениями автора одновременное наличие всех трех составляющих, как правило, приводит к смерти суицидента, а отсутствие какого-либо элемента или временная разнесенность этих компонентов самоубийства обусловливает относительно более «мягкие» и менее трагические формы аутоагрессивного поведения. Схема Хенслера представлена ниже (рис. 2).
Схема отчетливо показывает наличие разнонаправленных тенденций в рамках любого покушения на самоубийство. В зависимости от преобладания тенденции к бегству от

ситуации или призыва к ее изменению можно говорить о наличии в каждом из этих случаев суицида или парасуицида, различающихся по целям аутоагрессивных действий.
При этом далеко не всегда мотивационная составляющая суицидальных действий в виде призыва к изменению ситуации фигурирует в высказываниях и оценке человеком «неудавшейся» суицидальной попытки. Более того, можно предположить, что этот мотив остается вне рамок сознания, на «закадровом» уровне. Однако анализ ситуации, предшествующей суициду, ее оценка человеком, пытавшимся покончить с собой, позволяют с достаточными основаниями предпо-

Рис. 2. Мотивационная структура суицидальных действий
лагать наличие неосознаваемых мотиваций в качестве одного из элементов субъективной стороны аутоагрессивного поведения.
Но даже в постсуицидальном периоде человек может по-прежнему полностью не осознавать наличия элемента призыва в его покушении на самоубийство как одну из составляющих мотивационной структуры его суицидальных действий. Здесь важно, что бессознательное побуждение к деятельности по прекращению жизни может выступать в качестве существенного компонента формирования осознаваемого мотива суицидального поведения. Поэтому клинико-суицидологичес-кий анализ случившегося никак не может игнорировать эту составляющую субъективной стороны покушения на самоубийство, необходимую для адекватной оценки суицида, организации лечебной и профилактической работы.
В качестве примера неоднородной мотивационной структуры суицидального поведения приводится клиническое наблюдение.
Женщина 59 лет, в прошлом рабочая, последние годы пенсионерка, поступила в психиатрическую больницу после самоповешения с выраженной странгуляционной бороздой. При поступлении и в первые две недели отмечалось отчетливое тревожно-депрессивное состояние. Однако с первых дней больная сожалела о совершенной ею суицидальной попытке, была доступна контакту, охотно принимала лекар-

ства и рассказывала о случившемся, причинах и обстоятельствах, связанных с покушением на самоубийство.
Со слов больной и родственников, за два месяца до суицидальной попытки у ее мужа была диагностирована «непонятная болезнь желудка» и предложено обследование в онкологическом институте, от которого муж отказался, считая, что «врачи преувеличивают». Учитывая, что на протяжении нескольких последних месяцев муж сильно похудел («на пять-шесть килограмм, как минимум»), больная считала, что у него рак, и настаивала на продолжении обследования и его обязательном согласии на

операцию. Просила сына и невестку, чтобы они тоже убеждали его в необходимости лечения.

Однако домашние, занятые своими делами, несмотря на ее настойчивые обращения, практически «отмахивались» от необходимости воздействия на отца («ничего серьезного у него нет»). «Борьба» с мужем («чтобы дал согласие на лечение») и семьей («чтобы участвовали») продолжалась на протяжении месяца без какого-либо успеха. Постепенно у больной стало снижаться настроение, временами отмечалась тревога, а затем появились идеи самообвинения и раннее пробуждение. Обвиняла себя в том, что она «никого не может убедить». «Проснусь среди ночи или рано утром и все время думаю, что делать. Днем и к вечеру становилось лучше, так как чем-то себя занимала. Постепенно настроение становилось все хуже, временами начинала себя обвинять в присутствии сына, невестки и внучки».

За три дня до суицида по утрам стали возникать мысли о самоубийстве. «Проснусь часа в четыре и думаю, что выхода нет и я в этом виновата: отец серьезно болен, а они не верят и даже не выслушивают, остается только один выход — умереть. Однако сразу же начинала думать о сыне и внучке, и мысль о самоубийстве пропадала, хотя и продолжала себя винить. Днем все проходило, а на следующее утро темные мысли появлялись вновь. И снова мысли о самоубийстве останавливала любовь к детям. Сама спрашивала себя, что я им докажу самоубийством, кроме того, что я виновата. А на третий день мысли о детях уже не возникали в сознании, думала только о том, что виновата и не должна жить. Окончательно решила все кончить. Часа два думала об этом, а потом пошла в ванную, увидела висящие колготки и, привязав их к сушилке, повисла под углом к полу». Под тяжестью веса больной петля затянулась, больная на какое-то время потеряла сознание.

Ее спасли случайные обстоятельства: петля из мокрых колготок не затянулась полностью, и пациентка, очнувшись, сразу же «передумала умирать». Освободившись из петли, она повесила колготки на преж-

нее место и снова легла, чтобы домашние не узнали о ее суицидальной попытке. Однако во время приготовления ужина тщательно маскируемая ею странгуляционная борозда была обнаружена невесткой, и тогда больная заявила домашним, что если они ей «не помогут с отцом, а он не будет обследоваться и лечиться», то она покончит с собой. Затем, уйдя к себе в комнату, стала демонстративно привязывать веревку к оконному карнизу. «Раньше никогда не было мыслей пугать домашних самоубийством, чтобы они помогали заниматься отцом, даже когда привязывала петлю к сушилке, просто считала себя виноватой». Больная была госпитализирована. Ее манипулятивное отношение к суициду с элементами демонстративно-шантажного поведения в постсуицидальном периоде увенчалось успехом — сын и невестка активно занялись отцом и преуспели в этом больше матери. Безусловно, определенную роль в изменении поведения мужа и домашних сыграла и «жизнь в тени самоубийства» — специфическое влияние суицидальной попытки, которая, несмотря на «незавершенность» суицида, не может оставить равнодушными близких суицидента.

В плане задач настоящей главы важен не анализ постсуицидального периода и особенностей отношения больной к совершенной ею попытке самоубийства, а мотивация суицида. Четко осознаваемый и высказываемый больной призыв к изменению ситуации появляется только после неудавшейся суицидальной попытки. Однако исключить в данном случае наличие неосознаваемого побуждения в виде призыва о помощи в процессе формирования мотива самоубийства не представляется возможным. Отчетливо звучит только самообвинение, но уже и в нем фигурирует вопрос «Что я им докажу самоубийством?». Обращенность к «ним», желание что-то «доказать» фактом самоубийства и говорит, безусловно, о наличии элемента призыва, «крика о помощи». Однако в сознании в пресуицидальном периоде эта составляющая мотивационной

структуры суицидальных действий не фигурирует. Поэтому осознаваемый мотив самоубийства прост и однозначен: «Я виновата и должна умереть».
В целом, приведенное выше наблюдение достаточно наглядно демонстрирует наличие разнонаправленных тенденций в суицидальном поведении. Здесь эта «наглядность» связана с тем, что после суицида «все тайное становится явным»: неосознаваемый в пресуицидальном периоде призыв (в виде побуждения) превращается после покушения на самоубийство в средство влияния на окружающих с целью изменения ситуации. Однако рентное отношение к суицидальной попытке и даже угрозы повторения суицида в данном случае связаны именно с осознанием одной из составляющих суицидального акта.

Не вызывает сомнений, что возможное превращение истинного самоубийства в демонстративно-шантажное аутоагрессивное поведение и закрепление в психике подобных рентных установок здесь выступает как своеобразная «мишень» психотерапевтической работы с пациенткой. Любого рода психотерапевтическая работа не снимает необходимости и медикаментозной терапии депрессивного расстройства. Сложность суицидологического анализа, внешне понятного с точки зрения мотивов самоубийства, состоит в том, что отношение к суициду и соотношение различных составляющих его мотивационной структуры существенно различаются до и после суицидальной попытки.
Кроме того, в представленном наблюдении речь идет фактически о двух вариантах суицидального поведения, один из которых включает непосредственное намерение прекращения собственной жизни, а другой — демонстрацию этого намерения как призыва с целью изменения поведения других людей. Разграничение этих вариантов по характеру мотивационной составляющей, по мнению автора настоящей монографии, целесообразно для непосредственной клинической работы с пациенткой.
Необходимость краткого представления одного из клинических наблюдений в главе, относящейся к разделу так называемой общей суицидологии, диктуется тем, что здесь рассматривается важнейший параметр самоубийства. Этот параметр одновременно выступает и как важнейший критерий выделения, отграничения суицида от ряда других феноменов аутоагрессивного поведения. Однако сложность определения субъективной стороны суицидального акта многократно увеличивается в случае наличия неосознанных побуждений как существенного момента формирования мотива самоубийства. Учитывая, что в данном наблюдении мотивационная структура суицидальных действий раскрывается в более полном виде после суицида, по нашему мнению, эта «иллюстрация» развиваемых выше положений представляется оправданной.
Интерес автора к приведенному наблюдению объясняется в определенной мере и наличием в данном случае неосознаваемой составляющей субъективной стороны суицида, выступающей как побуждение к суицидальным действиям. По мнению некоторых исследователей суицидального поведения, побуждение — это более четкое понятие, чем мотив или причина. «С его помощью можно лучше определить соотношение внешних и внутренних связей в аутодеструк-тивном действии или самоубийстве... побуждение... обусловливает мотивы, которые руководят действиями аутодеструкции, или самоубийства» (Пурич-Пейакович Й., Дуньич Д. Й., 2000). Авторы считают, что рациональность, присутствующая в сознании самоубийцы, дает
\

возможность выполнить намерение, но не определяет побуждения. В соответствии с приведенными выше представлениями авторы определяют самоубийство как «намеренное уничтожение собственной жизни под влиянием внешних, видимых или внутренних, таинственных побуждений в рациональном состоянии».
Такое понимание самоубийства, по нашему мнению, ни в коей мере не противоречит

данному еще Дюркгеймом, классическому определению суицида и критерия, лежащего в основе его отграничения от смежных феноменов, составляющих широкую область аутоагрессивного поведения. Этот критерий в виде обязательного наличия осознанного намерения лишения себя жизни, выступающий как важнейший признак суицида, выявляется в большинстве истинных покушений на самоубийство. Однако это не исключает принципиальной возможности существования аутоагрессивного поведения с недостаточно осознаваемыми или амбивалентными тенденциями.

Поэтому понимание самоубийства как намеренного лишения себя жизни под влиянием внешних (видимых) или внутренних («таинственных») побуждений «в рациональном состоянии» — это попытка уточнения механизмов формирования «намерения», возникающего при дальнейшем развитии суицидальных тенденций в сознании самоубийцы. Но представленные выше возможные основания генеза суицидальных замыслов и намерений вряд ли помогут в дифференциации различных форм аутоагрессивного поведения и выделении в их ряду самоубийства как самостоятельного социально-психологического и клинического феномена. Это ни в коей мере не относится к общей оценке весьма интересных выводов о значении бессознательных побуждений для развития представлений о механизмах суицидального поведения.

В наибольшей степени задачам практической работы, по нашему мнению, соответствует классификация суицидальных проявлений, разработанная в суицидологическом центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР под руководством профессора А. Г. Амбрумовой. В основе этой классификации лежит понимание самоубийства как намеренного (осознанного) лишения себя жизни. В соответствии с этой систематикой суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Таким образом, из понятия суицида исключаются те случаи, где опасные для жизни действия не связаны с осознанными представлениями о собственной смерти. Это аутодеструктивные явления, примыкающие к сфере суицидальной активности, но не являющиеся таковыми, так как здесь отсутствует важнейший критерий — осознанное намерение лишения себя жизни.

Во время выполнения суицидального акта наблюдаются две фазы: обратимая, когда суицидент сам или при вмешательстве посторонних прекращает попытку самоубийства, и необратимая. Суицидальное поведение, по этой классификации, определяется как любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. В рамках этой концепции суицид рассматривается как проявление социально-психологической дезадаптации личности (на непатологическом или патологическом уровнях) при наличии неразрешимых (с точки зрения индивидуального видения ситуации) микросоциальных конфликтов.

Учитывая, что в реальной суицидологической практике чаще всего приходится иметь дело с последствиями незавершенного суицида, исключительное значение имеет уже приведенное выше понимание суицидальной попытки как целенаправленного **оперирования** средствами лишения себя жизни, не закончившегося смертью. Критерий наличия конкретной деятельности (оперирования) позволяет с достаточной определенностью решать практически значимый вопрос — имел ли место переход от суицидальных тенденций к непосредственному покушению на самоубийство.

В частности, таким образом удается отличать конкретные суицидальные попытки от тех или иных приготовлений, не связанных с непосредственными действиями по прекращению жизни (накопление лекарств, изготовление или поиск режущих предметов и огнестрельного оружия и т. п.). Понятно, что как выбор орудия самоубийства, так и характер подготовки суицида (открытый или закрытый) отражают намерения человека, обнаруживающего признаки аутоагрессив-ного поведения. Критерий обязательности конкретных действий исключает оценку в качестве попытки самоубийства различного рода суицидальных приготовлений, прекращаемых самим субъектом до начала

оперирования средствами лишения себя жизни.

После приведенных выше многочисленных определений и уточняющих формулировок, характеризующих различные стороны ауто-деструктивного поведения, следует, по-видимому, дать некоторые общие черты самоубийства. Эти черты, как пишет Э. Шнейдман (2001), «отмечаются, по крайней мере, у 95 из 100 лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства».

Десять общих черт суицида (по Э. Шнейдману):

1. Общей целью суицида является нахождение решения.
2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.
6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия).
9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Все представленные выше общие черты самоубийства, по мнению автора, относятся к *самоубийству вообще,* вне зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности, психиатрического диагноза и других обстоятельств и характеристик суицидального поведения. Как пишет Э. Шнейдман, эти черты помогают понять личность самоубийцы и причины, заставившие его совершить этот экстремальный поступок. Нам представляется, что суицидологический анализ должен иметь в качестве своеобразной «опорной решетки» сформулированные автором положения, отражающие общие черты любых самоубийств.

Подводя итог представленным в настоящей главе литературным данным, следует отметить неоднократно подчеркиваемую выше неоднозначность используемых различными авторами терминов, характеризующих суицидальное поведение. Это обстоятельство вынуждает автора назвать некоторые особенности истолкования им основных понятий, используемых для дальнейшего суицидологического анализа клинических наблюдений и различных характеристик суицидальных и смежных с ними феноменов. Большинство используемых автором терминов полностью совпадает с «классическим» их пониманием, с некоторыми уточнениями, даваемыми суицидологическим центром Московского НИИ психиатрии. Это относится к таким понятиям, как суицид и суицидальная попытка. Каждый из этих феноменов включает в качестве обязательного критерия наличие осознанного намерения и действия (в редких случаях — бездействия), направленных на прекращение собственной жизни.

Наибольшее расхождение у различных исследователей обнаруживает понимание термина «парасуицид». Возможно, именно это обстоятельство определяет нежелание отдельных суицидологов его использовать. Однако автор настоящей работы считает возможным его применение для характеристики, с одной стороны, так называемого демонстративно-шантажного суицидального поведения, а с другой — в случаях, когда точная верификация намерения пациента невозможна, но характер совершаемых им действий может привести к смертельному исходу при отсутствии постороннего вмешательства. Термин «парасуицид» также может быть использован в том случае, когда при отсутствии прямого

намерения умереть обнаруживается своеобразный «косвенный» умысел («ничего не чувствовать, заснуть, отключиться, отдохнуть на время» и т. п.). Последний свидетельствует об аффективно суженном сознании, обусловливающем недостаточное осмысливание своего поведения и его последствий (так называемый «парасуицидальный перерыв»).

Характер преднамеренных самоповреждений (нанесение себе умышленного вреда) в случае демонстрации суицидальных намерений, невозможности верификации намерений пациента или при наличии описанного выше «непрямого» умысла прекращения собственной жизни диктует необходимость выделения подобных вариантов аутоагрессивного поведения в отдельную форму. Употребление для характеристики этих видов самоповреждающих действий термина «парасуицид» показывает, с одной стороны, их относительную близость к истинному суициду, а с другой — существенное отличие от последнего. Не вызывающая сомнений клиническая значимость различий отдельных форм аутоагрессивного поведения, по мнению автора монографии, определяет необходимость проведения их разграничения в процессе суицидологического анализа.

В этом плане представляется недостаточно адекватным использование терминов «суицидальная попытка» или «парасуицид» для характеристики аутоагрессивного поведения, заведомо исключающего какую-либо связь с намерением прекращения собственной жизни и имеющего цели призыва к другим людям или привлечения внимания к самому себе. Трудности разграничения вариантов аутоагрессивного поведения в отдельных случаях (встречающихся, как показывает клинический опыт, относительно редко) не могут быть основанием для объединения в одну рубрику принципиально различающихся феноменов. Слишком различаются между собой отрезанная и отнесенная в публичный дом мочка уха и роковой выстрел Ван Гога с последними строками его предсмертного письма: «Я заплатил жизнью за свою работу...»!

В соответствии с развиваемыми выше положениями автор настоящей работы предлагает следующую систематику аутоагрессивных действий, связанных с суицидальным поведением и исключающих его. **Суицидальное поведение (суицидальная попытка** в случае, не закончившемся летальным исходом) включает:

Суицид: действия человека непосредственно имеют целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни.

Парасуицид:

А. Действия, которые могут привести к смертельному исходу, но или не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни, или их мотивы не могут быть четко верифицированы (ни самим субъектом, ни анализирующим случившееся специалистом). И в том и в другом случае своеобразие мотивационной составляющей определяется в первую очередь особенностями психического состояния человека во время совершения аутоагрессивных действий.

Б. Действия человека, связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии (так называемый «демонстративно-шантажный суицид», наиболее часто используемый в подобных случаях термин).

Аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением, могут быть обусловлены самыми различными мотивами и намерениями субъекта, за исключением намерения прекращения собственной жизни, невозможности однозначного исключения этого или его демонстрации. Наряду с призывом для изменения поведения других людей или привлечения внимания к себе здесь может присутствовать самая различная мотивация: снятие эмоционального напряжения, абстиненции и т. д. и т. п., вплоть до экспериментов с собственной жизнью в процессе научного исследования.

Необходимо учесть, что умышленные самоповреждения занимают одно из первых мест по потерям потенциальных лет жизни с высоким качеством в ряду других психиатрических

проблем. По данным ВОЗ (1993), в целом по всем странам мира у мужчин самонанесение травм на втором (после алкоголизма) месте (17,5 % от общих потерь), у женщин — на третьем (13,9 %) (сб. «Охрана психического здоровья в мире», 2001). Эти цифры определяют важность дифференцированного подхода к преднамеренным самоповреждениям и включения в их систематику показателей характера субъективной стороны ауто-агрессивного поведения.

Г л а в а 2
ОТНОШЕНИЕ К САМОУБИЙСТВУ В ИСТОРИИ. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНЦЕПЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Настоящая глава ни в коей мере не претендует на исчерпывающее изложение и анализ многочисленных исторических источников, описывающих самоубийства (как правило, исторических личностей). Как и всякая другая наука, формировавшаяся в XIX-XX вв., суицидология опиралась и на опыт предшествующих поколений.

Общественный резонанс, сопровождающий практически любые самоубийства в истории отдельных общественных формаций, вынуждал давать оценку этому феномену и разного рода руководителей, и духовных «пастырей» общества (философов, литераторов, деятелей церкви и других «властителей дум»).

Сама специфика изучаемых феноменов, связанных с суицидальным поведением, не может не включать явления социологического, общественно-исторического характера. Поэтому клиническая суицидология, по нашему мнению, обязательно должна быть предварена материалами, рассматривающими самоубийство как социальное явление. Речь не идет о статистико-демографических показателях в различных общественных формациях и временных периодах жизни человека. Для клинико-психологического анализа значимым оказывается учет и такого социального момента, как понимание самоубийства людьми, дающими этому оценку в рамках житейских представлений или вынужденными заниматься индивидуальным суицидом профессионально по роду своей работы. Изложенное выше определяет значение различных параметров общей суицидологии, рассматривающей, в первую очередь, самоубийство как социальное явление, для индивидуального суицидологического анализа клинических наблюдений, включающих лиц, совершивших суицидальную попытку.

Уже при определении таких основополагающих понятий, как суицид и суицидальная попытка, в предшествующей главе была отмечена неоднозначность понимания этих терминов различными исследователями даже в рамках одной и той же профессиональной деятельности. Различия эти существенно увеличиваются, если их оценку дают разные специалисты, руководствующиеся далеко не совпадающими целя-

ми исследования. Неоднозначность оценки самоубийства отмечалась уже в глубокой древности. Наверное, вместе с первыми суицидами, совершенными в начале человеческой истории, обнаружилось и различное отношение к самоубийству. И тогда же, по-видимому, возникли первые регламентации по поводу подобной формы экстремального поведения, выходящего за рамки повседневных норм и обычаев.

В настоящей работе речь идет о некоторых этапах развития медико-психологических взглядов на самоубийство. Однако врачебная оценка суицида и связанных с этим обстоятельств не может быть вырвана из контекста отношения к указанной проблеме общества в целом.

В отдельных случаях выводы медицинского характера во многом были связаны с общественно-историческим материалом, а представления социологического плана строились на основе данных медицины (примеры этого будут приведены ниже). Поэтому экскурс в историю развития суицидологических проблем является не просто оправданным, но и необходимым.

В общей медицине любой вопрос принято освещать «с Гиппократа», а в психиатрии — «с царя Саула», одного из первых известных в истории самоубийств. «Понимание» проблем суицидологии можно начать, обратясь к жизни древнейших народов. Так, религия Древнего Египта запрещала самоубийство, а подобные смерти были хорошо известны. У многих народов Северной Европы самоубийство являлось элементом обычной жизни. Различного рода религиозные воззрения не только не препятствовали добровольному уходу из жизни в особых обстоятельствах, но и поощряли подобное поведение. Религия кельтов, учившая, что человеческая душа бессмертна и способна к переселению, поощряла самоубийство в тех случаях, когда свободе угрожала опасность. В царство Бога германцев Одина попадали только воины, погибшие в бою. Женщины не допускались в это царство, за исключением жен, добровольно лишавших себя жизни после смерти мужей. В древней Швеции существовал обычай, в соответствии с которым старики, не дожидаясь естественной смерти, бросались с высоких «скал предков» в море, считая, что добровольный уход из жизни предпочтительнее смерти от старческого одряхления.

В древней Индии религиозные воззрения одобряли самоубийство. Согласно одному из законов Ману, когда отец семейства поседеет и дождется рождения внуков, он должен удалиться в лес, но если там смерть не настигает его, то он может ускорить ее приближение посредством самоубийства. На протяжении многих веков в Индии и у некоторых славянских языческих племен существовал обычай самосожжения вдов вместе с умершими мужьями. Согласно историческим опи-

саниям, этот погребальный обряд, носивший скорее характер принудительной смерти, должен быть, по-видимому, отнесен к так называемым «контролируемым самоубийствам», при которых «добровольная» смерть регламентируется различного рода приказами и надзирающими инстанциями. С другой стороны, религиозные представления таких древних народов, как ассирийцы, персы, финикийцы и вавилоняне, не одобряли самоубийства. Это обстоятельство, однако, не помешало осуществлению одного из самых известных самоубийств древности — самосожжению царя Сарданапала.

В целом, в древности далеко не однозначно оценивали самоубийство. Оценка касалась не столько понимания причин этого явления, сколько отношения к возможности добровольного ухода из жизни, санкционирования его с точки зрения закона или представлений морали. В большинстве законодательств греческих государств самоубийство считалось делом постыдным и даже преступным. Так, в древних Фивах самоубийц лишали посмертных почестей и проклинали. По афинским законам руки самоубийцы отсекали и хоронили отдельно от тела. В Спарте и Фивах трупы самоубийц сжигали со знаками презрения, в других государствах не сжигали, но закапывали, чтобы не осквернять огня, считавшегося благородной стихией.

Однако в некоторых греческих колониях существовал обычай, согласно которому суду или сенату давалось право разрешать самоубийство, если человек обращался за подобным разрешением. Это практиковалось на острове Цеос, в Марсели и некоторых других местах. С этой целью в «присутственных местах» хранился специальный запас «государственного яда» (цикуты), и каждый обратившийся мог *его получить, если* суд находил его доводы убедительными и давал разрешение на самоубийство. Этот обычай судебной санкции на самоубийство в более позднее время существовал и в некоторых римских провинциях. Но уже в глубокой древности находились люди, доказывавшие нелепость судебного определения «достаточности» причин, предъявляемых человеком в качестве оснований для самоубийства.

Неоднозначно решался вопрос о самоубийстве у философов древности, средних веков и нового времени. Различные аспекты проблемы самоубийств рассматриваются в многочисленных философских работах (Сенека Л. А., М.: Политиздат, 1977; Юм Д., М.-Л.: Akademia, 1965; Монтень М., М.: Голос, 1992; Камю А., М., 1990; Розанов В.В., 1911;

Луначарский А. Я., 1911; Судаков А. К., 1996; Красненкова И. П., 1999, и др.). Однако разбор взглядов отдельных философов не входил в задачи настоящей работы. Поэтому отношение к проблеме само-

убийств у того или иного представителя общественной мысли (включая философию) автора интересует в первую очередь как выражение и документальное свидетельство отношения общества к этому явлению.

Платон (М.: Мысль, 1994) в своей книге «Законы» полагал, что самоубийцы должны быть погребены отдельно от других людей, а их могилы не должны украшаться никакой надписью и никакими памятниками. Интересно, что и через две тысячи лет отношение к самоубийству одного из представителей гуманистического мировоззрения и утопического коммунизма Томаса Мора (М.: Наука, 1978) немногим отличалось от приведенных выше взглядов Платона. В своей знаменитой «Утопии» автор писал, что «если кто причинит себе смерть и священникам и сенату не будет доказана ее причина, то его не удостаивают ни земли, ни огня, но позорно выбрасывают в какое-нибудь болото без погребения».

Вместе с тем Томас Мор допускал возможность добровольной смерти в тех случаях, когда неизлечимо больной человек таким образом прерывает «пытку»: «Делая так, он последует в этом деле советам священников, то есть толкователей воли Божией, и поступит благочестиво и свято. Те, кого они убедят в этом, кончают жизнь по своей воле в голоде или же, усыпленные, отходят, не чувствуя смерти».

В более позднее время право человека на добровольный уход из жизни отстаивали Руссо, Вольтер, Монтескье. Следует учесть, что у французских энциклопедистов и материалистов XVIII в. отстаивание права на самоубийство являлось частью утверждения философии «естественного права» человека, освобождающегося от жесткой регламентации религиозного мировоззрения.

Отношение к самоубийству в истории определялось не столько религиозными установками и взглядами тех или иных философов, сколько регламентировалось законодательством. Однако уже в рамках законодательных положений возникла необходимость дифференцированного отношения к отдельным самоубийствам. Так, римские законы времен республики не считали самоубийство преступлением, если это не могло повредить государству или казне. При этом наследникам самоубийцы предоставлялось право в судебном порядке доказывать его невиновность. Если это удавалось, то им возвращалось конфискованное имущество. Если же кто-то лишал себя жизни вследствие горя, тоски, болезни, сумасшествия и других причин, не наносящих вреда государству, то это приравнивалось к обычной смерти, и все завещания самоубийцы считались действительными, как если бы они были сделаны в здравом уме. Строжайшее запрещение само-

убийств относилось только к воинам, пока они состояли на службе. За покушение на самоубийство солдат приговаривался к смертной казни. Если покушение на самоубийство совершалось под влиянием горя или тяжкой болезни, люди подвергались не казни, а лишь позору. Таким образом, уже в Древнем Риме существовало понимание неоднородности самоубийств.

В средние века самоубийства не прекращались, хотя многие авторы считают, что с распространением христианства их стало меньше. Начиная с IV-V вв., церковь руководствовалась прежде всего представлениями Августина Аврелия, который изложил основные доводы осуждающего характера. Согласно его учению, самоубийца есть человекоубийца, и чем меньше у него было причин к лишению себя жизни, тем более он виновен. Шестая заповедь говорит «не убий», не прибавляя «твоего ближнего»; а так как Спаситель завещал любить ближнего, как самого себя, то, следовательно, убивающий себя

грешит против шестой заповеди, ибо она запрещает вообще убивать человека. Нужно уважать тех, кто умеет жить среди неприятностей, а не тех, кто ищет от них спасения в смерти.

Однако у этого выдающегося христианского мыслителя отмечалась некоторая непоследовательность. Для оправдания христианских мучеников, лишавших себя жизни во имя веры, Августин ввел категорию самоубийства, внушенного свыше, т. е. совершаемого по велению Бога. Оценивая исторические примеры лишения себя жизни, он считал «извинительным самоубийством» смерть Клеомброта, бросившегося с высокой ограды вниз с целью «испытать блаженство души в загробном мире». Практическое применение учения Св. Августина выражалось в решениях Вселенских соборов, подвергавших достаточно суровому осуждению самоубийц и рассматривавших меры борьбы с этим злом. Так, Пражский собор 563 г. запрещал хоронить самоубийц и петь над ними псалмы.

В более поздние времена возможность «извинительного самоубийства» уже категорически отвергается христианскими вероучителями. Фома Аквинский в «Сумме теологии» объявляет самоубийство трижды смертным грехом: против Господа, дарующего жизнь, против общественного закона и против человеческого естества — инстинкта самосохранения. Святой Фома был много последовательнее своего предшественника: он не делал исключений ни для каких самоубийств. Оправдания нет ни для лишивших себя жизни во имя веры и любви к Господу, ни для женщин, прибегших к самоубийству, чтобы избежать позора изнасилования. «Никто не вправе избегать малого греха, прибегнув к греху большому... грех прелюбодеяния либо супружеской

неверности несравним по тяжести с грехом убийства и тем более самоубийства».

Согласно христианскому вероучению средних веков, самоубийство считалось более тяжелым преступлением, чем убийство, ибо человек, убивающий себя, посягает не только на тело, но и на душу, а в случае убийства умерщвляют только тело другого. По обычаю, самоубийцу хоронили без церковных обрядов даже тогда, когда самоубийство происходило в состоянии умопомешательства. Светское законодательство, постепенно перемешиваясь с установками церкви и пропитываясь духом канонического права, еще более жестко относится к самоубийству.

В Бретани, согласно одной из статей местного свода законов, тело самоубийцы должно быть повешено за ноги, а имущество конфисковано. В Лилле тела самоубийц-женщин не вешались, а сжигались. История сохранила массу вариантов надругательств над трупами самоубийц, ритуалов и мест их особого погребения. В Цюрихе труп самоубийцы вытаскивали из дома веревками через отверстие, проделанное под дверью или через пролом в стене. Если самоубийца утопился, то его погребали в пяти шагах от воды, если закололся, то на его могиле в головах втыкали деревянный кол с воткнутым в него ножом. Вырывали тела уже похороненных людей, заподозренных в самоубийстве. И только по истечении пятилетнего срока давности нельзя было начинать процесс «против трупа» человека по обвинению его в добровольном лишении себя жизни. Один из видов позорного погребения состоял в том, что труп самоубийцы отвозили на телеге, предназначенной для околевшего скота, и зарывали там, где сбрасывали падаль или на месте казни.

Однако Карл Великий, утверждая своими законами церковные обычаи и установления и запрещая сопровождение похорон самоубийцы общепринятыми обрядами и панихидами, одновременно разрешает петь псалмы во время их погребения, считая, что «суд Божий непостижим, и пути его неисповедимы». Роберт Нормандский (Роберт-Дьявол), покончивший жизнь самоубийством, написал сочинение, в котором доказывал, что никакие законы не воспрещают человеку лишить себя жизни. По его мнению, независимо от наличия или отсутствия загробной жизни, самоубийство не может быть преступлением,

так как убивается только тело, а не душа, которая таким образом может перейти в лучший мир (в случае его существования). Если же Душа умирает вместе с телом, она страдает от самоубийства очень мало. Дар жизни делается излишним, когда он тягостен, и тогда человек вправе от него отказаться.

Несмотря на жесткость церковных установлений относительно самоубийства, этот (самый тяжкий с точки зрения христианского учения) грех, как свидетельствуют исторические источники, отмечался в условиях монастырей даже чаще, чем в светском обществе. Более того, подавленное состояние *(acedia* — вялость, лень), понимавшееся в соответствии с религиозным мировосприятием того времени как грех и рассматривающееся с развитием психиатрии уже в рамках депрессивных расстройств в первую очередь наблюдалось в условиях монастырской жизни. Как отмечал Иоанн Златоуст, «демона печали» не могут сокрушить «посты, бдения и все монастырские строгости». По мнению этого христианского автора, эта печаль зависит от неправильной жизни, слабости души и воображаемых огорчений, которые иногда исчезают при истинном несчастье. Не случайно в хрониках монастырей часто упоминаются случаи самоубийства, а в светской истории добровольное лишение себя жизни описывается относительно редко.

Св. Иеремей эту «гибельную хандру» монахов связывал с влиянием сырости келий, неумеренного поста, скучного одиночества, слишком продолжительного чтения. По его мнению, эти люди «более нуждаются в средствах Гиппократа, чем в наших увещеваниях». Хотя многие христианские писатели упоминают о таких состояниях, наблюдающихся в условиях монастырской жизни, называя их *acedia* или *athumenia,* чаще всего церковные отцы, считая эти состояния постыдными, даже не называют монастырей, где их наблюдали. Одна из причин оценки подобных состояний как греховных состояла в том, что очень часто уныние и хандра сочетались с самоубийством. «Если грусть и отчаяние, а не бред и умопомешательство составляют единственные причины самоубийства, то покушение на собственную жизнь неминуемо подвергает проклятию наложившего на себя руки. Что касается до бешеных и помешанных, то они, без сомнения, будут спасены в будущей жизни, каким бы образом они ни умерли, если до расстройства умственных способностей заслужили любовь к Богу» («Dialogi miroculorum Caesarii»).

Таким образом, даже наличие канонического безусловного запрета на самопроизвольное прекращение жизни не спасало людей от самоубийства. Если учесть, что монастыри представляли собой умственные и религиозные центры средневековой Европы, то относительно большая частота самоубийств среди священнослужителей показывает, что образование и религиозное мировоззрение (в данном случае христианское) вряд ли способно полностью искоренить это зло. Однако более значимым, с точки зрения медицинского подхода к самоубий-

ству, представляется отмечающееся еще в средние века совпадение частоты самоубийств и состояния подавленности *(acedia)* независимо от его религиозной трактовки. Понятно, что меланхолия древних греков, грех в виде вялости и лени средних веков и депрессия XIX и XX вв. — это тесно соприкасающиеся, но не перекрывающие друг друга понятия. Однако это не меняет существа дела. Состояние психики, выходящее за рамки повседневных переживаний и поведения (неслучайно расцениваемое как грех), по-видимому, и являлось фоном, на котором человек, игнорируя церковные запреты, совершал самоубийство.

Религиозные воззрения и законы, чаще всего непосредственно связанные с установками церкви, на протяжении многих столетий составляли неотъемлемый компонент духовной и бытовой культуры общества. Возражая против любого рода преследования самоубийц, Вольтер писал (М.: Юридическая литература, 1956), что церковное право, служившее уголовным кодексом «нашим невежественным и варварским предкам, ни в ветхом, ни в

новом завете никогда не могло найти ни одного места, запрещающего самоубийство». В отношении обычая уголовного «преследования» трупа самоубийцы автор был категоричен: «Я недоволен своим домом, я ухожу из него с риском не найти лучшего. Но вы! Что это за безрассудство — вешать меня за ноги, когда я более не существую, и что это за разбой — обкрадывать моих детей?» На протяжении длительного времени влияние религии было несравнимо ни с какими другими явлениями духовной жизни (философией, литературой и проч.) по воздействию как на отдельного человека, так и на формирующиеся подходы различных наук на проблему самоубийства.

Научный подход к анализируемым феноменам не только отражает те или иные регламентации (морального и законодательного права человека на самоубийство), но включает и множество других аспектов исследования суицидального поведения. И если философию и юриспруденцию по-прежнему интересует вопрос о свободе воли и праве человека распоряжаться своей жизнью, то медицина и зарождающаяся социология пытаются по-своему ответить на вопрос о причинах самоубийства. В какой-то мере это объясняется ростом числа самоубийств. Однако не меньшее значение имел тот факт, что предметом изучения становились не только избранные самоубийства «замечательных людей», но и добровольный уход из жизни «простого» человека (горожанина, ремесленника, крестьянина). Естественно, что самоубийства этих лиц не могли рассматриваться в рамках «избранных самоубийств» уже в силу их многочисленности и обыденности причин и условий их совершения.

Первые работы обобщающего характера по проблеме самоубийств, появившиеся еще в XVIII в., были построены как обзоры известных из истории самоубийств и взглядов различных авторов на эту проблему. Но уже с начала XIX в. сочинения по суицидологии как непременный атрибут содержали материалы статистического и медицинского характера. Эти сочинения не могли не учитывать особенностей законодательства различных стран, касающихся самоубийств, религиозных воззрений, исторических, культурных и иных моментов и обстоятельств, оказывающих влияние как на распространенность этого феномена, так и на совершение суицида конкретным человеком.

Врачебной оценке тех или иных сторон самоубийства, возникшей в начале XIX в., предшествовало формирование некоторых понятий, вошедших в историю психиатрии еще с XVIII в. В 1733 г. появился трактат английского врача Джорджа Чейни (G. Cheyne) об «Английской болезни-сплине». Этим термином автор обозначил нервную болезнь в виде подавленного состояния духа, ипохондрии и истерии. И хотя трактовка расстройства основывалась на гиппократовском «смешении соков», а само название было связано с представлениями о скоплении «животных духов» в селезенке, автор попытался дать естественно-научное объяснение формам невротических, ипохондрических и депрессивных расстройств, широко распространенных, по его мнению, в Англии. Дж. Чейни доказывал (примером самонаблюдения), что образ жизни оказывает существенное влияние на формирование эмоциональных расстройств. «Английская болезнь» была хорошо известна во всех европейских странах, и не только медикам («недуг... подобный английскому *сплину»* у Евгения Онегина).

Изложенные ниже два факта достаточно хорошо иллюстрируют представления конца XVIII—начала XIX в. о значении «английской болезни» в генезе самоубийств. Два отрывка из писем управляющего Московским архивом Коллегии иностранных дел Н. Н. Бантыш-Камен-ского князю А. Б. Куракину весьма демонстративны. «Писал ли я к вам, что еще один молодец, сын сенатора Вырубова, приставив себе в рот пистолет, лишил себя жизни? Сие происходило в начале сего месяца, кажется: плоды знакомства с Аглицким народом» (датировано 29 сентября 1792 г.). Отрывок из второго письма: «Какой несчастный отец сенатор Вырубов: вчера другой сын, артиллерии офицер, застрелился. В два месяца два сына столь постыдно кончили жизнь свою. Опасно, чтобы сия Аглицкая

болезнь не вошла в моду у нас» (27 октября 1792 г.).
В 1801 г. великий французский психиатр Филипп Пинель, представляя в своем «Врачебно-философическом начертании душевных болезней» наблюдения «меланхолии с наклонностью к самоубийству»,

писал: «Англичане, говорит Монтескье, убивают себя без видимой причины, побуждающей их к сему. Они лишают себя жизни в самом благополучии. У Римлян это было следствием воспитания, их образа мышления и привычек, но у Англичан это есть следствие болезни, происходящей от физического сложения. Склонность к самоубийству, как выражается автор духа законов, не зависящая от сильнейших, побуждающих к самоубийству причин, например, лишения чести, имения есть болезнь, свойственная не Англичанам, но Французам».
В работах ученика Пинеля, одного из основателей научной психиатрии во Франции, Жан-Этьена Доменика Эскироля представление о непосредственной связи психического расстройства и самоубийства получает свое окончательное оформление. В классическом труде «О душевных болезнях» (1838) автор четко формулирует свою позицию: «Самоубийство проявляет все признаки душевной болезни, симптомом которой оно и является». По мнению Эскироля, человек может покушаться на свою жизнь только в состоянии душевной болезни, следовательно, все самоубийцы — душевнобольные. Не вызывает сомнений, что в определенной мере бескомпромиссность подобных формулировок связана со стремлением избавить самоубийц от любого рода религиозного или законодательного преследования. Эскироль прямо пишет о том, что самоубийство не должно преследоваться по закону. Становясь «медицинским фактом», самоубийства выводились из сферы влияния религии или юриспруденции.
Понимание самоубийства как медицинского феномена — это и своеобразная реакция развивающейся медицинской науки на весьма жесткие регламентации запретительного и осуждающего характера со стороны религии и законодательства большинства стран. Против этих регламентации активно выступали в первую очередь философы, утверждавшие «естественные права» человека, для которых самоубийство становилось элементом этого «права». Медицина по-своему решала ту же проблему. В 1780 г. в санкт-петербургских «Академических известиях» было опубликовано письмо Ж.-Ж. Руссо «О самопроизвольной смерти», в котором автор защищал «право» человека на добровольное прекращение жизни. И там же публикуется ответ на это письмо М. Смирнова, в котором автор рассматривает самоубийство как психопатический (психиатрический) феномен.
Однако уже в первой половине XIX в. врачебное понимание самоубийства было далеко не однозначным. Так, последователь учения Эскироля о мономаниях французский психиатр Бурден выделяет «специальную мономанию» для психического расстройства в виде самоубийства в трактате «Самоубийство как болезнь» (Bourdin C. E., 1845),

но его точка зрения практически не находила сторонников среди врачей. Как известно, сам Эскироль не выделял «самоубийственную мономанию» в качестве отдельной формы помешательства, хотя и отводил рассмотрению вопроса о самоубийстве специальный раздел в первом томе своего руководства, «ставшего фундаментом всей научной психиатрии последующих эпох» (Ю. Каннабих). Другие психиатры — ученики и последователи Эскироля — рассматривали суицид не как отдельное заболевание, но как симптом различных расстройств или связывали его с наличием той или иной симптоматики помешательства (Фальре [Falret J. P., 1845]), в частности, с ипохондрией). Моро де Тур (Moro de Turs, 1875) выделял четыре формы самоубийств: маниакальное, меланхоликов, одержимых навязчивыми идеями, автоматическое или импульсивное.
Однако еще на заре своеобразной «медицинской экспансии» на область человеческого

поведения, связанного с добровольным прекращением жизни, появлялись работы, в которых четко проводилась мысль о том, что самоубийство далеко не всегда может определяться душевной болезнью. Уже сам Эскироль не считал самоубийцами тех, кто «добровольно жертвует своей жизнью во имя закона, веры или спасения своей родины». Появлялись работы, в которых четко проводилась мысль о том, что самоубийство далеко не всегда может определяться душевной болезнью. Бурден, выделивший «манию самоубийств», исключил из этой «мании» все случаи добровольной смерти, не только связанные с убеждением и героическим поведением, но и вызванные «экзальтацией чувств».

Мнение отдельных исследователей интересующей нас проблемы не мешало на протяжении всего XIX в. весьма интенсивным поискам материальных основ самоубийства независимо от его понимания — как отдельного вида помешательства или как симптома психических расстройств. Идея «человека-машины» не могла не преломиться в очень простую мысль о необходимости «разобрать и найти поломку». На вскрытие в XIX в. смотрели как на своего рода «последний и решающий» довод определения наличия или отсутствия помешательства при жизни. Уже Эскироль провел обширные патологоанатомические исследования для доказательства развиваемых им положений и нахождения места локализации патологии в теле самоубийцы. Но он был вынужден признать, что вскрытие тел самоубийц не обнаружило причину. Однако исследования анатомо-антропологического направления продолжались на протяжении всего XIX в., практически не прекращаясь и в XX в. По вполне понятным причинам в первую очередь исследовался головной мозг. Профессор судебной медицины И. Гвоздев писал

(1889): «Хотя некоторые исследователи при самоубийстве не оставляют без внимания также полости груди и живота (в полости груди придают особое значение сращению париетальной пластинки околосердечной сорочки с висцеральною, а в полости живота — неправильному направлению ободочной кишки), мы не можем уяснить себе прямого отношения этих ненормальностей к отправлению головного мозга, а потому и ограничимся только полостью головы».

Разнообразие анатомических находок или даже их отсутствие не могло поколебать мнения этого исследователя, считающего, что «за ближайшую причину самоубийства мы не можем принять иной, как только молекулярную мозговую деятельность, дошедшую в отношении сохранения жизни до последних границ своей ненормальности». Важно, что автор свое исследование завершает словами, свидетельствующими о невозможности игнорировать социальный аспект самоубийства, как это уже отмечалось выше и в других работах сугубо медицинского характера. Речь идет об оценке различного рода карательных мер по отношению к самоубийце. Недвусмысленный вывод определяет и четкое отношение к любого рода наказанию лиц, покончивших с собой: «Мы признали, что самоубийство только и совершается умо-помешанными, т. е. больными, а потому считать какую бы то ни было болезнь преступлением и налагать за эту болезнь наказание — значит возвратиться к воззрениям давно минувших веков».

Анатомо-антропологические исследования выявляли своеобразные корреляции. В 1842 г. И. Леонов обнаружил и опубликовал в соответствующих «Рассуждениях о...» связь между формой грудной железы с наклонностью к самоубийству, а Н. И. Козлов в 1844 г. констатирует «сужение яремной дири у людей умопомешанных и самоубийц». Наибольшее число анатомических находок относилось к особенностям строения мозга и черепа. А. Д. Никитин (1852) находит и демонстрирует «анатомо-патологические препараты», показывающие наличие «костяных отложений на серповидном отростке твердой оболочки мозга у самоубийцы, душевнобольного», И. И. Нейдинг и П. М. Минаков (1869; цит. по: Постовалова Л. И., 1984) при вскрытии самоубийц отмечают резко выраженные гребешки и вдавления на основании мозга.

В 1840 г. в Англии врач Ф. Винслоу (F. Winslow) публикует книгу «Анатомия самоубийства», где пишет, что предрасположенность к самоубийству происходит от расстройств мозга и органов пищеварения. Автор в своих выводах опирается не только на собственные исследования, но и на данные Эскироля, Фальре и других врачей, отмечавших изменения в различных органах самоубийц при вскрытии: головного

мозга и черепных костей, желудка, печени и кишечника, «наиболее часто являющихся областью патологических явлений» (даже «сердце иногда оказывалось дезорганизованным»). Достаточно частое отсутствие анатомических изменений мозга не отразилось на общем выводе автора: «Во многих случаях нет сомнения, что корень болезни заключен в головном мозге, в котором, однако, после смерти невозможно обнаружить следы болезни». Ф. Винслоу четко и недвусмысленно высказывается за чисто органическую причину «самоубийственной мономании», несмотря на невозможность установления этого путем анатомического вскрытия тела самоубийцы.

Результаты бесчисленных анатомических вскрытий, направленных на поиски локализации своеобразного центра самоубийства, продолжавшиеся в течение всего XIX в. и в начале XX в., так и не позволили локализовать суицид и, более того, в какой-то мере поколебали веру исследователей в наличие прямой связи между суицидальным поведением, анатомо-физиологическими данными и наличием психического заболевания. Уже на заре этих исследований находились скептики, выражающие сомнения в возможности нахождения причины самоубийства в процессе вскрытия трупов. В начале XX в. в работе «Современные самоубийства» (1912) один из наиболее известных отечественных суицидологов Г. Гордон четко проводил мысль об отсутствии непосредственной связи между самоубийством и душевными заболеваниями. Автор ссылался на исследования венского врача А. Броша, который в результате вскрытия тел 371 самоубийцы обнаружил, что признаки душевной болезни (посмертные) были отмечены только в 7,6 % случаев.

Настойчивость в поисках локализации в теле склонности к самоубийству как признаку психического расстройства в какой-то мере определялась стремлением дать научное обоснование своеобразной экскульпации самоубийц путем признания их душевнобольными. Необходимость этой экскульпации (снятия вины), прекращение любого рода карательных мер, сохранявшихся в некоторых странах до середины XX в. в виде не только церковных запретов, но и законодательных положений, хорошо чувствовалась в обществе. Не только логические построения философов, общественных деятелей, литераторов и других «выразителей дум» своего времени, но и чувства и здравый смысл «простого человека» не могли мириться с существующим положением вещей. Достаточно указать, что так называемое «ослиное погребение» сохранялось в некоторых странах до конца XIX-начала XX в. До 1823 г. в Британии существовал обычай хоронить самоубийцу на перекрестке дорог, проткнув ему сердце осиновым колом и протащив перед этим по улице.

Отношение к самоубийству в истории
63

Только в 1961 (!) г. в Англии было законодательно установлено отсутствие состава преступления в самоубийстве и покушении на него. В соответствии с «Актом о суициде от 1961 года» суицид и суицидальная попытка не считаются уголовным преступлением. Однако и до 1961 г. уголовное наказание за самоубийство назначалось относительно редко, так как существовало понимание того, что большинство самоубийств и попыток самоубийства совершается в контексте психических расстройств. В первую очередь это относится к психотическим депрессивным заболеваниям, при которых ответственность пациентов за свои поступки исключается в силу понимания этого вопроса в гражданском законодательстве. Поэтому до 1961 г. большинство связанных с самоубийством дел направлялись клиникам, а с теми, что оставались в суде, поступали аналогичным образом (Хэзлэм М. Т., 1998).

Однако за 1941-1955 гг. в Англии были привлечены к уголовной ответственности 44 956 лиц, покушавшихся на самоубийство, из них только 346 оправданы, а 308 приговорены к различным срокам лишения свободы (Stengel E., 1964). Еще в 1955 г. покушавшемуся на самоубийство заключенному судом было назначено наказание — месяц тюремного заключения. Это происходило в XX в. Как общество в целом и законодательство относилось к самоубийству в XIX в., можно судить из письма Н. Огарева: «Тут повесили человека, который перерезал себе горло, но был спасен. Повесили за попытку самоубийства. Врач предупредил, что вешать его нельзя, потому что разрез разойдется, и он сможет дышать прямо через трахею. Его не послушали и повесили. Рана немедленно раскрылась, и повешенный ожил... решили перетянуть шею приговоренного ниже раны и держать так, *пока он не умрет»* (цит. по: Чхартишвили Г., 1999).

В 1881 году законодательное собрание штата Нью-Йорк определило, что покушавшиеся на самоубийство наказываются тюремным заключением сроком на 20 лет. И только Французская революция впервые отменила какое-либо законодательное преследование самоубийц. В России это случилось в 1917 г. До этого законодательство, церковь, народные обычаи и мораль российского общества были не менее строги к самоубийце, чем это наблюдалось в Европе. Однако в России отдельные постановления относительно самоубийц длительное время находились только в церковном законодательстве.

В требнике Петра Могилы (1646) и в «Инструкции Патриарха Адриана поповским старостам или благочинным смотрителям от 26 декабря 1697 года» в статье 21 также содержится запрещение хоронить у церквей или на кладбищах тела самоубийц, но эта «инструкция» не делала различий между отдельными видами насильственной смерти:

«А который человек обесится или зарежется, или, купаясь и похволя-ся и играя, утонет, или вина опьется или с качели убьется, иную смерть сам над собою, своими руками учинит или на разбое и на воровстве каком убит будет: и тех умерших тел у церкви Божий не погребать, и над ними отпевать не велеть, а велеть их класть в лесу или на поле, кроме кладбища и убогих домов». «Инструкция Патриарха Адриана» в дальнейшем вошла в состав «Полного собрания законов Российской Империи».

И только с Петра Великого начинается светская история различного рода «карательных акций» по отношению к лицам, совершившим покушение на самоубийство. В воинском уставе 1716 г. (гл. XIX, арт. 164) четко указано: «Ежели кто сам себя убьет, то подлежит тело его палачу в бесчестное место отволочь и закопать, волоча прежде по улицам и обозу». Однако в толковании к этому «артикулу» добавлено: «...а ежели кто учинит в беспамятстве, болезни, в меланхолии, то оное тело в особливом, но не бесчестном месте похоронить. И того ради должно, что пока такой самоубийца погребен будет, чтобы судьи наперед об обстоятельствах и причинах подлинно уведомились и через приговор определили бы, каким образом его погребсти». В более позднем (1720) Морском уставе Петра карательные меры против самоубийц усиливаются: «Кто захочет сам себя убить и его в том застанут, того повесить на райне, а ежели кто сам себя убьет, тот и мертвый за ноги повешен быть имеет».

История сохранила описание весьма любопытного эпизода из жизни Петра Великого (его достоверность лежит на совести авторов, включая суицидологов XIX в.). Когда Петр предал суду царевича Алексея, один из судей подал царю прошение о назначении пенсии своей вдове. Петр потребовал от него объяснения по поводу столь странного прошения. Судья ответил: «Я подчиняюсь приказаниям Вашего Величества, т. к. это моя священная обязанность, и поэтому подпишу приговор, но я не могу после этого остаться жить и должен умереть, это мое священное право». Царь помолчал, подумал, а потом резко сказал: «Иди, ложись в постель».

Законодательство и общественное мнение эпохи петровских реформ в отношении самоубийства в полной мере соответствовали духу своего времени и существующей в

большинстве стран оценке и карательным мерам, применяемым к самоубийце и его трупу. В Российской империи «извращение» в виде повешения тела самоубийцы за ноги было предусмотрено Врачебным уставом Свода законов до середины XIX в. Но «кара земная» не миновала и оставшихся в живых самоубийц. Проект Уголовного уложения 1754 г. предусматривал для них наказание плетьми или содержание в тюрьме 2 месяца.

Однако уже в 1766 г. для самоубийц предусматривалось лишение христианского погребения и отправление тела в «убогий дом», для оставшихся в живых служащих следовало понижение на один чин, для неслужащих дворян и купцов первой гильдии назначалось церковное покаяние сроком на полгода. В Своде законов 1832 г. самоубийца лишался христианского погребения только в случае, если не было доказано, что самоубийство последовало в состоянии безумия или беспамятства. Человек, покушавшийся на свою жизнь вне этих состояний и оставшийся в живых, подлежал наказанию за убийство и приговаривался к каторжным работам. В 1843 г. каторжные работы были заменены тюрьмой от 6 месяцев до одного года, а вопрос о характере погребения самоубийц был оставлен на усмотрение церкви.

В качестве одной из существенных мер «борьбы» общества с самоубийцами, выражающейся в тех или иных карательно-запретительных мероприятиях, была давняя практика признания недействительными завещаний самоубийц. В России была оформлена законодательно эта практика в период правления Екатерины Великой. Специального указа по этому поводу не было, но существовал прецедент в виде решения Сената по делу завещания князя Шаховского в 1776 г. Хотя в решении отмечалось, что завещание недействительно в том случае, если написано в состоянии беспамятства или безумия, сопровождавших самоубийство, в дальнейшем практика признания судами ничтожными духовных завещаний самоубийц была распространена повсеместно и вне зависимости от состояния самоубийцы.

По смыслу русского дореволюционного законодательства духовное завещание самоубийцы всегда должно было признаваться недействительным. Определенная в ст. 1472 «Уложения о наказаниях» недействительность духовных завещаний самоубийц рассматривалась не как наказание за самоубийство (к этому времени правосознание окончательно определилось в том, что не может быть речи о преследовании трупа), а как гражданское последствие самоубийства. Если же самоубийство совершено в состоянии безумия, сумасшествия, беспамятства и прочее, то духовное завещание также недействительно, как составленное лицом, признанным судом невменяемым по причине душевного или умственного расстройства.

И только в 1894 г. Правительствующий Сенат по поводу одного из дел о духовном завещании высказался в том смысле, что завещательные распоряжения остаются в силе, если доказано, что завещание было составлено в здравом уме и твердой памяти таким лицом, которое впоследствии лишило себя жизни в беспамятстве или под влиянием «душевного припадка». Покушение на самоубийство не имело уголов-

ных и гражданских последствий в Уголовных уложениях Российской империи второй половины XIX в. только в случаях, когда «кто-либо по великодушному патриотизму подвергнет себя очевидной опасности или прямо верной смерти для сохранения государственной тайны и в других подобных случаях, а ровно, если женщина лишит или покусится лишить себя жизни для спасения целомудрия и чести своей от грозившего ей и никакими другими средствами неотвратимого насилия» (Уложение 1885 г.).

Отдельные положения законодательства Российской империи и других стран оказываются необходимыми для понимания общественной атмосферы, в которой специалисты

различного профиля разрабатывали отдельные проблемы не существующей еще в то время суици-дологии. Понятно, что в рамках настоящей работы нас интересует в первую очередь врачебный подход. Однако врачи каждый раз вынуждены были, так или иначе, касаться не только чисто медицинских, но и философских, юридических, моральных, социологических и иных аспектов проблемы. Необходимость этого вытекала из самой специфики анализируемых явлений.

«Самоубийства нашего времени составляют наследие прошлого; современное общество *не может не давать известного процента самоубийств* (выделено нами. — *В.* £.), потому что является продуктом прежних поколений, культуры, нравов, жизненных условий etc» — эти слова принадлежат вовсе не социологу Э. Дюркгеиму, отрицавшему какую бы то ни было связь между самоубийством и помешательством, а врачу П. Г. Розанову. При этом «логический вывод» автора в результате исследования «исключительно» протоколов судебно-медицинских вскрытий и актов освидетельствования лиц, покушавшихся на самоубийство, однозначен: «Причины самоубийства те же, что и причины помешательства... насколько беспочвенно, насколько неосновательно стоять на возможности самоубийства в здравом состоянии, в состоянии, так сказать, *полной осмысленности* и правильности оценки своего поведения, приписываемых некоторым самоубийцам».

Однако отдельные выводы социологического характера не являлись основным «продуктом» медицинских исследований. Наряду с наивными (с позиции знаний XXI в.) анатомо-антропологическими находками, образцы которых были приведены выше, закладывались основы врачебного (клинического, клинико-психологического, психолого-аналитического) подхода к проблеме самоубийства в целом и к анализу суицидов отдельных лиц. Становясь явлением медицинского характера, различного рода феномены, связанные с аутоагрессивным поведением, требовали их оценки с целью оказания помощи пациентам

и профилактики их рецидива. Поэтому общий вывод о существовании несомненной связи между помешательством и самоубийством требовал уточнения и конкретизации многих положений применительно уже к непосредственным задачам медицины. Общий вывод был необходим для своеобразной общественной экскульпации последнего. Но задачи медицины требовали решения множества других вопросов. Врачебная оценка различными исследователями отдельных вопросов суицидологии нередко существенно расходилась. Эскироль считал, что самоубийство зависит от множества самых различных причин, может проявляться в самых различных формах и его феномены не определяют собой никакой определенной болезни.

В середине XIX в. все больше и больше утверждалась мысль об отсутствии прямых корреляций между самоубийством и теми или иными анатомическими находками на вскрытии. В 1859 г. автор первой отечественной обзорной работы «О самоубийстве в медицинском отношении», носящей компилятивный характер (на основании сочинений Форбеса Винслоу, Бриер де Буамона, Люиса Бертрана), Павел Ольхин отмечал, что, несмотря на многочисленные исследования, «мы доныне не знаем ничего положительного о том, какие анатомические изменения свойственны больным, расположенным к самоубийству».

Самоубийства, становясь объектом медицины, требовали соответствующих оценок со стороны окончательно выделившейся в самостоятельную область медицинских знаний и практики психиатрии. В первую очередь каждый из исследователей пытался определить, при каких формах психических расстройств чаще всего наблюдаются самоубийства. Несмотря на расхождение статистических показателей у различных авторов, все исследователи прошлого и настоящего в качестве наиболее частой формы психической патологии у лиц, покончивших с собой или совершивших суицидальную попытку,

отмечали различные виды сниженного настроения.
При этом для каждой эпохи и даже для разных стран и социальных групп была характерна своя терминология. Меланхолия, сплин, хандра, печаль, утомление жизнью, скука, депрессия — это далеко не полный перечень терминов, используемых для оценки состояний подавленного настроения. Каждый из этих терминов связан с различными клинико-психологическими феноменами, но все они, так или иначе, отражают состояния подавленного настроения. Далеко не всегда исследователи стремились выделить отдельные виды тех или иных расстройств в соответствии с существующими в то время систематиками.
Большое значение имело четкое определение психопатологической симптоматики, наблюдающейся при самоубийствах, совершаемых

в рамках самых различных форм умопомешательства. Отмечалось, что в случае преобладания в клинической картине угнетения и снижения моторной активности склонности к самоубийству наблюдается гораздо чаще, чем при наличии в клинической картине возбуждения и подъема настроения. Бриер де Буамон, обследуя 117 лиц, совершивших покушение на самоубийство, наблюдал «уныние» у 94 больных.
При этой форме «хронического расположения к самоубийству» (выражение П. Ольхина) возможно такое развитие болезни, при котором окружающие не замечают ее начальных проявлений. Поэтому многие лишают себя жизни раньше, чем у них разовьется «совершенное расстройство различных отправлений организма и умственных способностей». Очень часто больные обнаруживают намерение покончить с собой поступками и словами, и только немногие ничем не обнаруживают «гибельной решимости». Однако, как писал П. Ольхин, «и у таких больных можно подозревать по мрачному, отчаянному выражению лица, что они замышляют недоброе».
Исследования проблемы самоубийств, интенсивно проводившиеся врачами на протяжении всего XIX в., позволили обнаружить ряд закономерностей и характеристик суицидального поведения, которые в дальнейшем нашли свое подтверждение и в работах нашего времени. В качестве одного из основополагающих положений современной суицидологии следует упомянуть тезис о том, что психически больные могут совершать самоубийство под влиянием тех же причин, что и люди, не обнаруживающие признаков душевной болезни. Сопоставляя цифры собственных исследований с данными «сюисидо-лога» Н. В. Пономарева о статистике суицидов в Петербурге и Москве за период с 1860 по 1879 г., П. Розанов (1891) следующим образом объясняет обнаружившиеся расхождения некоторых показателей при наличии несомненного сходства общих тенденций в статистике самоубийств.
У Н. В. Пономарева отмечается, что 55 % самоубийств происходят «от пьянства и помешательства», у П. Розанова соответствующий показатель — 81,85 %. По мнению последнего, «помешательство и пьянство» сами по себе не составляют мотивов как побуждений к самоубийству, но представляют собой состояния, не исключающие и действительных мотивов (бедность, несчастная любовь, преувеличение действительного горя и проч.). Поэтому П. Розанов считает необходимым для адекватного сопоставления частоты психических расстройств у самоубийц учитывать не мотив самоубийства, а состояние, в котором человек совершил покушение на самоубийство, так как «и меланхолик может покончить с собой и от «огорчения», и от «обиды».
Отношение к самоубийству в истории

Врачи XIX столетия, исследуя различные аспекты самоубийства, отмечали ряд интересных особенностей суицидального поведения при отдельных формах душевных болезней. При так называемом «мрачном помешательстве» стремление к самоубийству может вызывать или поддерживать сопутствующая соматическая болезнь. При этом те или иные «кризисы» в течение соматических заболеваний могут способствовать

исчезновению суицидальных тенденций, связанных с психическим расстройством. Отмечается и своеобразное влияние неудачной попытки самоубийства на течение психического заболевания, когда незавершенный суицид приводит к «перелому» болезни, при этом исчезают и суицидальные тенденции.

Интересное наблюдение было проделано исследователями-суи-цидологами по соотношению ипохондрии и самоубийства. Как пишет П. Ольхин в своей обзорной работе, ипохондрия, несмотря на глубокое угнетение духа, которым она выражается, редко влечет за собой самоубийство. Любовь к жизни у этих больных возрастает вместе с усилением страдания, по поводу которого они советуются с самыми различными врачами, чтобы избавиться от своего воображаемого недуга. «Обыкновенно эти несчастные по нескольку лет твердят, что лишат себя жизни, прежде чем действительно на это решатся». Эти выводы авторов XIX в. подтверждаются и исследованиями нашего времени (Пащенков С. 3., 1974).

Расхождение некоторых статистических показателей в значительной степени объясняется и особенностями материала, и субъективизмом исследователя. Субъективизм в значительной степени может носить профессиональный характер и существенно влиять даже на принципы классификации тех или иных параметров суицидального поведения. Чаще всего исследователи в первую очередь руководствовались уже имеющимся опытом обобщения и анализа того или иного материала.

В 1882 г. вышла книга А. В. Лихачева «Самоубийства в Западной Европе и Европейской России. Опыт сравнительно-статистического исследования» — одна из лучших книг по статистике самоубийств вообще. Автор книги — юрист, занимавший в течение ряда лет должность прокурора Петербургского окружного суда, а затем инспектора Главного тюремного управления,— собрал и обработал огромный статистический материал. А. В. Лихачев достаточно часто ссылается на исследования врачей, в том числе и на основополагающую работу по статистике самоубийств — книгу Энрико Морселли «Самоубийство: исследование по моральной статистике» (Morselli E., 1879), автор которой, врач по профессии, был директором психиатрической лечебницы.

ГЛАВА 2

Статистический метод исследования суицидального поведения являлся на протяжении всего XIX в. наиболее часто используемым подходом к проблеме самоубийств. Да и в XX в. статистика остается основным источником получения тех или иных закономерностей и выводов суицидологии. Только с помощью статистики могут быть получены такие данные, как показатели распространенности самоубийств в различных странах, регионах, среди того или иного контингента населения, множество характеристик суицидального поведения и его динамики за то или иное время. Однако статистический метод изучения не является основополагающим для настоящей работы.

Поэтому ниже приводятся только отдельные показатели, взятые из многочисленных работ по статистике самоубийств XIX и XX вв. (Веселовский К. С, 1847; Пономарев Н. В., 1880; Лихачев А. В., 1882; Новосельский С. А., 1910; Гернет М. Н., 1927; Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С, 1980; Гилинский Я. И., 1989, 2000, и ряд других источников, содержащих статистические данные). Источниками суицидологических данных по зарубежным странам являлись официальные материалы ВОЗ и отдельные работы по изучению тех или иных аспектов суицидального поведения (соответствующие ссылки, как правило, даются вместе с интересующими автора показателями, за исключением случаев, когда сводная таблица отражает несколько источников). Еще одна оговорка касается следующего момента: некоторые таблицы и другие сводные данные представлены в сокращенном виде, необходимом для иллюстрации отдельных положений, связанных с теми или иными характеристиками проблемы самоубийств.

Хотя в ряде источников можно получить данные об изменениях уровня самоубийств в России и других странах на протяжении всего XIX в., автор настоящей работы посчитал

достаточным ограничиться динамикой этого показателя за столетний промежуток времени. В табл. 1 приведено среднегодовое число завершенных самоубийств (на 100 тыс. населения) в первое десятилетие (1903-1908 гг.) XX в. и последние годы XIX в. (только для двух стран — Португалии и Европейской России - 1895-1899).

Из табл. 1 видно, что уровень самоубийств в различных странах существенно различается (в десятки и даже сотни раз). При всем несовершенстве и возможной неполноте статистики самоубийств в отдельных странах можно четко говорить о различной интенсивности самоубийств. Если отбросить «статистические крайности», Саксонию и Португалию, можно выделить страны с относительно высоким, как Швейцария и Франция, уровнем самоубийств, и с низким, как Ита-

Таблица 1

Уровень самоубийств в конце XIX в. — начале XX в. (на 100 тыс. населения)

Саксония — 31,9	Дания - 18,9 США - 18,5	Италия — 6,7
Швейцария — 23,4	Венгрия — 18,0	Финляндия — 5,8
Франция - 22,4	Швеция — 15,3	Португалия — 0,3
Япония — 19,1		Россия — 3,2

Истогник: Новосельский С. А. Очерк статистики самоубийств. - СПб., 1910.

лия, Финляндия, Россия. Даже с учетом возможной неполноты данных, уровень самоубийств в России в конце XIX в.-начале XX в. позволяет с уверенностью относить ее к странам с низкой интенсивностью самоубийств.

За 10 последующих лет в Европейской России (автора интересует в первую очередь динамика суицидов в нашей стране) отмечался несомненный рост числа самоубийств. Вот как выглядит этот показатель по годам: 1895-1899 — 3,2 (указан в приведенной выше таблице); 1902 - 3,6; 1904 - 3,1; 1906 - 3,3; 1907 - 3,8; 1908 - 4,0. Рост очевиден, но в любой из приведенных годов Россия по-прежнему остается в ряду стран с низкой интенсивностью самоубийств. (В предисловии были даны аналогичные показатели нашего времени.) Следует отметить, что показатели самоубийств на протяжении всего XIX в. в Санкт-Петербурге и Москве были несколько выше среднероссийских. Более значимым, с точки зрения автора, является тот факт, что в послереволюционные годы рост интенсивности самоубийств в обеих столицах значительно опережал темпы роста и абсолютные показатели в России в целом.

Ниже приведена табл. 2, иллюстрирующая это (представлены стандартные показатели — число самоубийств на 100 тыс. населения, данные М. Н. Гернета, 1927 г.). Таблица показывает, что события Октября 1917 г. и Гражданская война более резко сказались на жителях Москвы и Санкт-Петербурга, но в целом по России порядок цифр, отражающий интенсивность самоубийств, остался тем же. Россия по-прежнему входила в число стран с низким уровнем самоубийств.

После этой таблицы, относящейся ко времени образования СССР, автор посчитал возможным привести еще две таблицы других лет (табл. 3 и 4).

Таблица 2

Интенсивность самоубийств в 20-е г. XX в.

Год	Россия	Москва	Петроград
1923	4,4	23,0	32,6
1924	5,1	33,7	32,1
1925	6,3	**17,5**	34,4
1926	6,4	25,8	35,9

Таблица 3

Количество и уровень завершенных самоубийств в СССР, России и Ленинграде (Санкт-Петербурге) (1965-1996 гг.)

Годы	СССР		Российская Федерация		Ленинград (Санкт-Петербург)	
	Абсолютное кол-во (в тыс.)	Уровень	Абсолютное кол-во (в тыс.)	Уровень	Абсолютное кол-во (в тыс.)	Уровень
1965	39,5	17,1	—	—	_	_
1970	56,1	23,1	-	-	-	-
1975	65,7	25,8	-	-	-	-
1980	**71,3**	28,9	-	-	1098	23,7
1984	81,4	29,7	54,0	38,7	1170	24,2
1985	68,1	24,6	44,6	**31,1**	1022	21,0
1986	52,8	18,9	33,3	23,1	903	18,4
1987	**54,1**	**19,1**	35,7	23,3	796	16,1
1988	55,5	**19,5**	38,0	24,4	859	17,2
1989	60,3	21,0	38,0	38,0	892	17,7
1990	60,8	**21,1**	39,2	39,2	924	18,4
1991	-	-	39,4	39,4	1002	20,0
1992	-	-	46,1	46,1	1115	22,4
1993	-	-	56,1	38,1	1182	24,0
1994	-	-	61,9	41,8	1141	23,6
1995	-	-	60,9	**41,4**	1123	23,3
1996	—	—	57,8	39,3	971	20,2

Истогник: Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): Тенденции и социологическое осмысление. - СПб., 2000.

Отношение к самоубийству в истории

73

Таблица 4

Общие показатели самоубийств и распространенность суицида среди мужчин и женщин в некоторых странах

Страна	Год (наиболее свежие из доступных данных)	Количество самоубийств на 100 тыс. чел.			
		среди населения в целом	мужчин (м)	женщин (ж)	соотношение м/ж
Венгрия	1991	38,6	58,0	20,7	2,8
Шри-Ланка	1986	33,2	46,9	18,9	2,5
СССР	1990	21,1	34,4	9,1	3,8
Китай	1989	17,1	14,7	19,6	0,8
Япония	1991	16,1	20,6	11,8	1,7
ФРГ	1990	15,8	22,4	9,6	2,3
Австралия	1988	13,3	21,0	5,6	3,8
Сингапур	1990	13,1	14,7	11,5	1,3
	•				

Канада	1990	12,7	20,4	5,2	3,9
США	1989	12,2	19,9	4,8	4,1
Гонконг	1989	10,5	11,8	9,1	1,3
Пуэрто-Рико	1990	10,5	19,4	2,1	9,2
Уругвай	1990	10,3	16,6	4,2	4,0
Ирландия	1990	9,5	14,4	4,7	3,1
Индия	1988	8,1	9,1	6,9	1,3
Респ. Корея	1987	7,9	11,5	4,4	2,6
Великобритания	1991	7,9	12,4	3,6	3,4
Израиль	1989	7,8	11,0	4,6	2,4
Аргентина	1989	7,1	10,5	3,8	2,8
Коста-Рика	1989	5,8	9,3	2,1	4,4
Таиланд	1985	5,8	7,1	4,5	1,6
Чили	1989	5,6	9,8	1,5	6,5
Венесуэла	1989	4,8	7,8	1,8	4,3
Мексика	1990	2,3	3,9	0,7	5,6

Истогник (за исклюгением Индии и Китая): неопубликованные статистические данные отдела психического здоровья ВОЗ. *Истогник данных по Индии:* National Crime Records Bureau, Government of India, 1992. *Истогник данных по Китаю:* WHO, 1991a.

Динамика показателей уровня самоубийств в России XX в. может отслеживаться только с 80-х гг. и до нашего времени. Ранее эти статистические данные были закрыты. К сожалению, с 1926 г. до конца

70-х - начала 80-х гг. нашего века в СССР не только была закрыта статистика, но своеобразному «ослиному погребению» была подвергнута практически вся суицидология, в первую очередь социально-психологические аспекты изучения суицидального поведения. И только в единичных работах клинического плана исследовались отдельные аспекты аутоагрессивного поведения. В нашем обществе проблемы самоубийства «не существовало». В различного рода публикациях любого рода специалистов по моделированию и манипулированию (партийные пропагандисты, публицисты и прочие «инженеры человеческих душ» из СМИ) постоянно подчеркивался рост уровня самоубийств на «загнивающем» Западе и допускались единичные суициды в нашей стране. В Большой Советской Энциклопедии (третье издание) нет термина «самоубийство». («А значит, нет и проблемы», как заметил в свое время один их публицистов, ссылаясь именно на факт отсутствия статьи на соответствующую тему в БСЭ.) И только с 80-х гг. XX в. начинается достаточно интенсивное исследование самых различных аспектов (включая и социально-демографические показатели) суицидального поведения (Кузнецов М. Т., Гольдинберг Б. М., 1986; Постовалова Л. И., 1989; Иванова А. Е., Ермаков С. П., 1995; Жариков Н. М. и соавт., 1997, и др.).

До этого времени реальная картина состояния проблемы самоубийств в стране отсутствовала, и соответствующие данные в любого рода международные организации не представлялись. Дело не только в отсутствии статистических и социологических подходов к проблеме. За все эти годы не вышло ни одной монографии по суицидологии, не переведена ни одна книга западных исследователей на эту тему. Контрастом выглядит чрезвычайное обилие работ (книг, сборников, статей), посвященных проблеме самоубийств в XIX в. и начале XX в. Можно говорить о какой-то моде на эту тему в научной и общественной среде в тот период. О различных аспектах проблемы самоубийств писали философы и врачи, психологи и священники, педагоги и юристы, писатели и историки, этнографы, журналисты, общественные деятели. Естественно, что не каждый из них углубленно разрабатывал какие-то аспекты суицидологии, но каждый

стремился высказать свои мысли по интересующей общество проблеме.
Интересно, что еще в начале XIX в. эта проблема уже обсуждалась на заседаниях Императорской Академии наук. И только попытка публикации этого отчета, составленного на основании правительственных данных о количестве убийств и самоубийств, вызвала негативную реакцию министра просвещения адмирала А. С. Шишкова: «Статью об исчислении смертоубийств и самоубийств, приключившихся в два

минувших года в России, почитаю не токмо ни к чему не нужною, но и вредною. Первое: какая надобность знать о числе сих преступлений? Второе: по каким доказательствам всякий читатель может удостоверен быть, что число сие отнюдь не увеличено? Третье: к чему извещение о сем может служить? Разве к тому только, что колеблющийся преступник, видя перед собой многих предшественников, мог почерпнуть из того одобрение, что он не первый к такому делу приступает? Мне кажется, подобные статьи, неприличные к обнародованию оных, надлежало бы к тому, кто прислал их для напечатания, отослать назад с замечанием, чтоб и впредь над такими пустыми вещами не трудился. Хорошо извещать о благих делах, а такие, как смертоубийство и самоубийство, должны погружаться в вечное забвение» (цит. по: Сухомлинов М., 1866).
Интересно, что этот первый статистический отчет, содержащий данные о количестве самоубийств в некоторых губерниях Российской империи в 1819 и 1820 гг. (автор — руководитель статистического отдела при министерстве полиции, с 1835 г. академик Карл Герман) был спустя десять лет все же опубликован в тех же трудах академии (на французском языке). Именно благодаря последнему обстоятельству (нет худа без добра!) данные моральной статистики по России стали известны европейским исследователям. Руководители СССР и соответствующие «воспитывающие и надзирающие» инстанции без всякой аргументации просто закрыли целую науку, имеющую как медицинские, так и чисто социальные точки приложения, пытаясь погрузить в «вечное забвение» не только данные текущей жизни, но и все сделанное в области суицидологии в XIX в.
Исследования проблемы самоубийств в XIX в. характеризуются многосторонностью подходов, широтой охвата проблемы в целом и отдельных ее аспектов. Еще одна особенность работ того времени, на которую автор посчитал необходимым обратить внимание, состоит в следующем: каждый пишущий о самоубийстве руководствовался какими-то исходными позициями, взглядами, которые весьма активно обосновывались и были обращены как к узким специалистам, так и к обществу в целом. Это характерно как для специальных исследовательских работ, так и для небольших публицистических заметок, эссе, этюдов и прочих форм выражения своих взглядов на проблемы суицидологии (Толстой Л. Н., Петров Г., 1910; Сидамон-Эристова Е., 1910, и др.).
Юрист А. В. Лихачев в своем капитальном труде по статистике самоубийств приходит к выводу о необходимости улучшения материальных основ жизни, так как именно они, а не религиозное чувство определяют,

по его мнению, взаимоотношения людей. Однако И. А. Невзоров (1891) высказывает твердое убеждение, что именно в поднятии религиозности заключается главное средство против самоубийства. Чрезвычайно интересно, что христианский писатель ссылается вовсе не на писания отцов церкви и христианских вероучителей, а на положения медицинской науки и ее выдающихся представителей, в частности на основополагающий труд Эскироля (уже упоминаемый выше): «Если человек не укрепит своей души религиозными чувствованиями, то он больше будет расположен добровольно окончить свою жизнь, когда будет испытывать какую-нибудь печаль или какое-нибудь несчастье». Несмотря на то что мысль о значении религиозности развивает православный автор, он смотрит на значение этого фактора более широко, не разграничивая понимание этого

вопроса в религии и науке. Не случайно И. А. Невзоров ссылается на исследования одного из крупнейших суицидологов XIX в. E. Lisle (1856), который писал: «Когда мы говорим о религиозном чувстве, то разумеем все формы религии и все культы без исключения. Мы видим, что самоубийства менее часты у различных народов, где более почитается и уважается религия, будут ли эти народы католики, протестанты, иудеи или магометане».

Начиная с работ первой половины XIX в. и до начала 20-х гг. XX в., в России были проведены и опубликованы многочисленные исследования, затрагивающие не только «исчисление» уровня самоубийств, но и множество самых различных аспектов суицидального поведения. В 1847 г. К. С. Веселовский в «Журнале Министерства внутренних дел» публикует работу «Опыты нравственной статистики России», целиком посвященную статистике самоубийств за 1803-1841 гг. Наиболее полное исследование вопросов суицидологии, отражающих не только показатели уровня самоубийств и их динамику, но и множество самых различных аспектов этой проблемы, было проведено в уже упоминавшемся выше капитальном труде А. В. Лихачева «Самоубийство в Западной Европе и Европейской России». Рассматривая социологию как своеобразную «психологию всего человечества», в отличие от психиатрии, изучающей, по мнению автора, «индивидуальную мысль», он тем не менее затронул множество вопросов, далеко выходящих за пределы статистико-социологического подхода к проблеме.

Даже в настоящее время, несмотря на все большее стремление к унификации научных понятий и рубрик, единого подхода к оценке социально-психологических ситуаций, лежащих в основе суицидального конфликта, не существует. Многое определяется установками исследователя и невозможностью в этом вопросе полностью избежать субъективизма. Естественно, что в исследовании мотивов и определя-

ющих их социально-психологических ситуаций, выполненных на протяжении XIX в. и в начале XX в., этот аспект изучения суицидального поведения характеризовался еще большим разбросом рубрик и принципов подхода.

А. В. Лихачев писал, что число индивидуальных мотивов не ограничено, потому что всякое неудовлетворенное желание человека, всякое стремление, встретившее существенные препятствия, может служить эпилогом самоубийства. По мнению автора, уже это обстоятельство способствует разнообразию классификаций мотивов самоубийства. В 1878 г. уголовная статистика Франции сводила эти мотивы в 21 рубрику, итальянская — в 18, прусская — в 31, баварская — в 10. В официальных отчетах эти мотивы подводятся под более общие понятия (французская статистика выделяет 5 групп мотивов, прусская — 9). Еще большим разбросом отличается число классификационных рубрик у отдельных исследователей: Лиль — 48 рубрик, Бриер де Буамон — 19, Морселли — 10. А. В. Лихачев выделял 9 классов мотивов самоубийств и отмечал трудность отнесения отдельных из них в ту или иную рубрику и различного рода «курьезы» тех или иных систематик. В прусской статистике внебрачная беременность отличается от забеременение вне брака и находится в одном классе со страхом наказания по суду и самоубийством после убийства.

Приведенные выше «курьезы» показывают, что статистика в области причин и мотивов суицидального поведения уже не носит такого определенного показателя, как другие параметры суицида (демографические показатели, время, способ самоубийства и проч.). И дело вовсе не в числе классификационных рубрик или включения отдельных мотивов в одну из них. Сама содержательная сторона мотиваци-онной составляющей суицида, ее понимание у исследователей определяется и национальным колоритом, и чисто субъективными взглядами автора. Это препятствует возможности, весьма заманчивого с точки зрения изучения этнокультуральных влияний на суицид, непосредственного сравнения частоты тех или иных мотивов самоубийств XIX и XX вв. Можно только предполагать наличие определенных тенденций в этих характеристиках суицидального

поведения. Данные книги А. В. Лихачева «Самоубийство в Западной Европе и Европейской России» и аналогичные показатели нашего времени отражают не только действительное изменение мотивов самоубийств за сто с лишним лет, но и существенное различие в подходах авторов, живущих в разных общественно-исторических условиях.

Взгляды исследователя той или иной эпохи определяются существующим в его время понятийным аппаратом. Согласно статистике

А. В. Лихачева, класс мотивов, объединяемых понятием «любовь», включающий несчастную любовь, ревность и внебрачную беременность, по частоте встречаемости вообще находится на восьмом (последнем) месте в ряду других мотивов самоубийств. Проанализировав данные по Петербургу за 1866-1880 гг. и по Москве за 1871-1880 гг. (в Москве это данные и самоубийств, и покушений на самоубийства), автор расположил восемь классов мотивов в следующей последовательности (в скобках — процент от общего числа, включающий и неизвестные мотивы (44, 56 %): 1) душевные болезни (19,00), 2) пьянство (9,76), 3) материальные потери, неудачи (7,67), 4) утомление жизнью (5,52), 5) горе и обиды (4,49), 6) физические страдания (3,54), 7) стыд и страх наказания (3,36), 8) любовь (2,10).

Со временем изменилось и само содержание этой классификационной рубрики, и процент так называемых неизвестных мотивов. Но в целом неудачная любовь как мотив суицида в процентном отношении от общего числа обследованных, по С. В. Бородину и А. С. Михлину (1980), составляет среди покончивших с собой 4,2 %, среди покушавшихся — 8,9 %. Однако само это понятие «неудачная любовь» включает столько возможных оттенков и индивидуальных обстоятельств, что, по мнению автора, сравнение статистических данных по этой рубрике всегда будет недостаточно корректным. Другое дело — сравнение отдельных самоубийств, обстоятельства которых известны с исчерпывающей полнотой. Но как раз в случаях неудачной любви получить исчерпывающие данные нередко не удается не только от самого покушавшегося на самоубийство, но и от его ближайшего окружения.

Здесь возможны любые варианты искажения реальных мотивов: их сокрытие по тем или иным причинам или подстановка существующих «архетипов» обыденного мышления, согласно которым «любовная лодка» — основная движущая сила не только жизни, но и добровольной смерти. Хорошо известен так называемый эффект Вертера, но даже никогда не слышавшие этих слов люди с детства усваивают, что в молодом и зрелом возрасте неудачная любовь — основной мотив самоубийства. Однако, как свидетельствуют статистические данные весьма обширных и серьезных исследований, публикуемых в конце XIX и XX вв., в ряду других суицидогенных факторов «любовь» (при любом содержании этой рубрики) занимает далеко не первое место в ряду других мотивов суицидального поведения.

Так, согласно данным С. В. Бородина и А. С. Михлина (1980), в ряду обширной группы мотивов, связанных с семейными конфликтами, эти конфликты и развод занимают первое место и составляют 37 % от общего числа. Другие мотивы этой же рубрики — это болезнь

и смерть близких (11,4 %), одиночество (6,5 %), неудачная любовь, несправедливые отношения со стороны окружающих, половая несостоятельность, ревность, супружеская измена, потеря «значимого другого», недостаток внимания и т. д. Этот список может быть продолжен и другими неблагоприятными ситуациями. Однако, как уже было показано выше, лично-семейные отношения и переживания нередко надо рассматривать в контексте более широкого взаимодействия суициден-та с его окружением. И только в этом контексте семейные конфликты и отношения со «значимым другим» получают адекватную оценку. Это вовсе не исключает, что лично-семейные конфликты могут быть непосредственными детерминантами суицидального поведения, но возможен и вариант,

когда ближайшее окружение — это только повод и мотивировка суицидальных тенденций, формирующихся в других «ситуационных зонах».

Однако в целом самоубийства, связанные с лично-семейными конфликтами, наиболее часто фигурируют как ведущие мотивы суицидального поведения. Это относится как к суицидам, закончившимся смертью, так и к покушениям на самоубийство. По данным С. В. Бородина и А. С. Михлина (1978,1980), около $^{2}/_{3}$ всех самоубийств происходит под влиянием мотивов лично-семейного характера. Вместе с тем, сравнивая свои данные (был обследован очень большой контингент самоубийц) с данными статистики 1925 г., эти авторы подчеркивают, что в то время лично-семейные мотивы в суицидальном поведении встречались намного реже (18 % против 62,9 % в исследовании 1978 г.). Сами авторы отмечают неполную сопоставимость классификационных групп мотивов. В 1925 г. фигурируют такие мотивы, как разочарование, недовольство жизнью, горе и обиды и прочее, часть которых, несомненно, была связана и с конфликтами лично-семейного плана.

В свете сказанного выше о возможных расхождениях классификационных рубрик, несомненный интерес представляет оценка одного из мотивов самоубийства у двух авторов: А. В. Лихачева и П. Г. Розанова (1891). Речь идет о весьма специфической причине самоубийства, которая у авторов XIX в. называлась «утомление жизнью». А. В. Лихачев пишет, что отвращение к жизни (состояние, когда жизнь становится в тягость) приводит человека к самоуничтожению и может быть принято за расстройство психической деятельности. Автор ссылается на работу Бриера де Буамона, считавшего, что подобный мотив самоубийства может наблюдаться и при отсутствии каких бы то ни было признаков душевного расстройства. П. Г. Розанов не считает необходимым выделять отдельную рубрику мотивов, обозначаемую термином «утомление жизнью» или отвращение к ней, и поэтому источни-

ки, в которых фигурировали выражения, характеризующие состояния самоубийц типа «скучал, жаловался на тяжесть жизни» и т. п., рассматривает в разделе, включающем душевнобольных. По мнению автора, желание смерти, доходящее до самоубийства, «не может не характеризовать болезненной слабости воли». Подтверждение наличия душевной болезни у лиц с «утомлением жизнью» П. Г. Розанов видит в факте наследования этого болезненного состояния, представляющего «несомненные следы психического вырождения».

По вопросу соотношения психических расстройств и самоубийства П. Г. Розанов считает, что «беспочвенно и неосновательно стоять на возможности самоубийства в здоровом состоянии, в состоянии, так сказать, *полной осмысленности* (здесь и далее выделено нами.— *В. Е.)* и правильности оценки своего поведения, приписываемых некоторым самоубийцам». Даже по отношению к самоубийцам, которые, согласно статистике самого автора, не включались в рубрики «помешательство» и «пьянство» (18,15 % наблюдений), П. Г. Розанов вполне разделяет точку зрения Крафт-Эбинга на самоубийство, в соответствии с которой этих лиц следует *«сгитатъ психигески больными, пока не будет доказано противное»* (выделено нами.— *В. Е.)*.

Предвидя возможные упреки в расширении понятия помешательства, сливающегося, по существу, со здоровым состоянием, автор считает необходимым обосновать собственную точку зрения на возможность отнесения к душевнобольным группы самоубийц, размещенных «по примеру других сюисидологов по разным рубрикам мотивов» (упомянутые выше 18,15 % наблюдений). По мнению П. Г. Розанова, эти лица покончили с собой не вследствие «горя или обиды», «расстройства дел», «боязни суда», но по причинам наличия «прирожденной (наследственной) или приобретенной душевной подавленности, гнетущего состояния духа, замешательства, которое выбивает человека из обычной умственно-нравственной колеи, и вследствие действительной или, гораздо чаще,

кажущейся безысходности, безвыборности положения».
П. Г. Розанов, не используя специальных терминов и рассматривая состояния аффективно суженного сознания для доказательства наличия у самоубийцы психического расстройства, описывает те особенности психической жизни суицидента, которые уже в наше время были названы выдающимся суицидологом современности Э. Шнейдманом (2001) «констрикцией души» (сужением сознания). П. Г. Розанов пишет: «Освети, блесни ему идея противоположного свойства в виде луча надежды, возможности лучшего — и человек, нередко, излечен, спасен, возвращен к жизни. Но в том-то и беда, что не всякий раз само-

убийце является на помощь эта благодетельная «борьба противоположных представлений», он раб охватившей его идеи и потому-то собственно должен быть рассматриваем как умственно нездоровый человек».
Таким образом, приведенное выше выражение, несмотря на его известную метафоричность, определенно показывает, что уже во второй половине XIX в. в исследовании проблемы самоубийств методы социально-статистического анализа сочетались с **психолого-аналитическим** подходом к исследованию каждого суицида (выражение автора работы «О самоубийстве в нормальном и болезненном состоянии» П. Лебедева, 1888). Различные исследователи подчеркивали, что уже для статистики самоубийств важное значение имеет субъективизм исследователя, что определяет необходимость *индивидуализации* (Н. И. Пирогов) каждого конкретного случая, так как «материал не представляет требуемой однородности».
Однако статистический подход на протяжении двух веков служил и продолжает служить задачам исследования проблемы самоубийств. С помощью статистического анализа все возможные ситуации и мотивы самоубийства систематизируются, сводятся в определенные рубрики, вычисляется частота их встречаемости, уточняются критерии отнесения отдельных суицидов в ту или иную группу. По существу, определяются инварианты индивидуальных переживаний, позволяющие говорить об общности ситуационных суицидогенных факторов. И хотя выше подчеркивалась недостаточная корректность сравнения данных разных эпох и даже исследований, ориентировочные данные по этому аспекту суицидального поведения, безусловно, важны для понимания и оценки даже отдельно взятого покушения на самоубийство.
Семейные конфликты наиболее часто определяют мотивы суицидального поведения, но характер этих конфликтов различен у разных людей и определяется таким множеством факторов, что их трудно свести в какие-то таблицы и схемы, которые отразили бы все параметры и нюансы конкретной ситуации, детерминирующие суицид, связанный с мотивами, лежащими в сфере личностных отношений. Здесь и этнокультуральные особенности суицидентов, и конкретные условия жизни, и их пол, возраст, семейное положение и т. д. и т. п. Хорошо известно, что подростки наиболее часто совершают покушения на самоубийство по мотивам несправедливого отношения со стороны окружающих. Неудачная любовь чаще выступает как мотив суицида у молодых людей 16-20 лет, различного рода семейные конфликты — у лиц в возрасте 30-40 лет, потеря близких и одиночество часто определяют формирование суицидальных тенденций у пожилых людей.

Известно, что семейные ссоры больше приводят к смерти вследствие суицида мужчин, чем женщин, но последние гораздо чаще совершают покушения на самоубийство вследствие неудачной любви, болезни и смерти близких или одиночества. Так называемый **коэффициент летальности** (отношение числа завершенных самоубийств и суицидальных попыток) существенно различается в разных категориях суицидентов.

Отмечается, что в самоубийствах по мотивам болезни, потери близких людей (коэффициент летальности 4,4) или одиночества (3,1) удельный вес завершенных самоубийств заведомо выше, чем в суицидах по мотивам несчастной любви (0,5) (Бородин С. В., Мих-лин А. С, 1978). Приведенные выше цифры достаточно наглядно показывают степень выраженности суицидальных намерений (интенцию) у суицидентов, мотивы суицидального поведения которых определялись лично-семейными конфликтами.

Статистические методы анализа используются для оценки очень многих параметров суицидального поведения, рассмотреть которые (и тем более провести сравнительно-исторический анализ данных различных эпох) не представляется возможным. Поэтому в дальнейшем приводятся только некоторые характеристики суицидального поведения, полученные в рамках достаточно корректных и объемных исследований.

К сожалению, по нашему мнению, нередко встречаются работы, представляющие собой скорее упражнения в арифметике, интересные для авторов, но практически не несущие никакой полезной информации для понимания тех или иных сторон суицидального поведения. («Мы наблюдали находящихся, выписанных, пролеченных в таком-то месте в таком-то году, а контрольная группа [неизвестно, в какой степени совпадающая по своим параметрам с анализируемой] «была старше, моложе, имела другие диагнозы» и проч. и проч.»). При чтении этих работ невольно всплывают слова классика: «Иван Иванович несколько боязливого характера. У Ивана Никифоровича, напротив того, шаровары в таких широких складках...» Сказанное выше никак не бросает тень на чрезвычайно интересные исследования прошлого и настоящего, в которых методы статистики используются для изучения различных аспектов проблемы самоубийств.

При изучении эпидемиологии и некоторых особенностей самоубийств населения Санкт-Петербурга были получены интересные данные по возрастному составу лиц, покончивших с собой.

Материалы табл. 5 показывают, что суициды лиц трудоспособного возраста составляют около 70 % от общего числа завершенных самоубийств. В возрастной группе 40-49 лет отмечается наибольший пик

Таблица 5

Структура завершенных самоубийств по основным возрастным группам населения Санкт-Петербурга (1993-2001 гг.)

Возраст	Абсолютное число	%
Менее 19 лет	41,4	4,2
20-29 лет	121,4	12,4
30-39 лет	160,0	16,1
40-49 лет	221,5	22,3
50-59 лет	184,1	18,4
60-69 лет	133,5	13,7
70 и более лет	127,8	12,9
Всего	991,8	100,0

Истогник: Рыбников В. Ю., Рыбникова И. Л. Сб. Клинические Павловские чтения. - Вып. 5: Кризисные состояния. Суицидальное поведение. - СПб., 2002.

суицидальной активности, а на возрастную группу 20-49 лет приходится более 50 % завершенных самоубийств. Доля лиц молодого возраста (менее 19 лет) невелика, эти суициды составляют чуть более 4 % от общего числа завершенных самоубийств.

По данным этих авторов, наибольший уровень самоубийств, который рассчитывается на 100 тыс. населения аналогичного возраста, обнаружен в возрастных группах 70 и более лет (44 на 100 тыс.), затем идет возраст 60-69 лет и 50-59 (соответствующие показатели — 35 и 33). В ходе исследования, проведенного В. Ю. Рыбниковым и И. Л. Рыбниковой, были выявлены ряд особенностей суицидов лиц пожилого и старческого возраста.

Наиболее важные среди них: высокая летальность, отягощенность нервно-психической патологией, в частности депрессивными расстройствами, частые предшествующие контакты с врачами или социальными работниками непосредственно перед суицидом, чувство одиночества и беспомощность на фоне значительных материально-бытовых и социально-психологических проблем (низкий уровень жизни, тяжелые утраты, смерть близких).

Еще один вывод, сделанный авторами после проведенного исследования, хотя и выходит за пределы статистических выкладок, несомненно, заслуживает внимания: «В ходе исследования также было установлено, что уровень теоретической и практической подготовки врача общей практики, психологов и социальных работников в области суй-

цидологии и оказания помощи суицидентам крайне низок. Это определяет необходимость его кардинального повышения в рамках существующей системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации указанных специалистов».

По данным Бюро судебно-медицинской экспертизы, в 1999 г. в Санкт-Петербурге покончили с собой 916 человек, при этом наибольшее число суицидов (177) приходится на возраст 41-50 лет. В этом же году в НИИ «Скорой помощи» имени Джанелидзе поступило 2704 человека с суицидальными попытками, не закончившимися смертью (из них после оказания первичной медицинской помощи 1121 суицидент был переведен в психиатрические клиники) (Полетаева О. О., 2001). Приведенные цифры не могут отражать действительное соотношение завершенных суицидов и суицидальных попыток. Как уже писалось выше, это соотношение в действительности колеблется в широких диапазонах (от 1 к 7 до 1 к 20-25). Эти цифры носят условный характер, так как относительно четкий учет самоубийц сочетается с громадным числом нерегистрируемых суицидальных попыток или аутоагрессивных действий вообще.

Интересно сравнить данные по Санкт-Петербургу и данные возрастного состава самоубийц в других странах. Приведенная ниже табл. 6 в какой-то мере позволяет это сделать.

В монографии взяты только отдельные показатели, представляющие, по мнению автора, определенный интерес. Так, по данным швейцарской статистики, минимальный суицидальный риск существует для служителей церкви, затем идут почтовые служащие, лица технических профессий, ремесленники имеют средние показатели, за исключением мясников, у которых суицидальный риск очень высок. Далее по уровню увеличения суицидального риска следуют: коммерсанты, медики и дантисты, ветеринары, владельцы гостиниц и ресторанов и сельскохозяйственные рабочие. И хотя в целом прослеживается характерная и для других стран закономерность, в соответствии с которой «высший класс» дает и наиболее высокие показатели самоубийства, это не носит абсолютного характера (Tetaz N., 1971).

Данные проведенного в Англии (Манчестер) в 1990-1991 гг. исследования подтверждают это. Суицидальный риск для различных профессий (оцениваемый в баллах от 1 до 10) выглядит так: на первом месте музыкант *(8,5* балла), далее следуют медсестра (8,2); зубной врач (8,2); финансист (7,2); психиатр (7,2) (восьмое место в списке). Замыкают список библиотекарь (3,2) и продавец (2,1). В результате комплексного обследования студентов Оксфордского университета было установлено, что основной причиной смерти были несчастные случаи и само-

Таблица 6 **Показатели самоубийств среди молодых и пожилых людей в некоторых странах**

		Количество ийств самоуб

Страна	Год (наиболее свежие из доступных данных)	на 100 тыс. чел.		
		среди молодых (м) —от 15 до 24 лет	среди пожилых (п) — от 65 до 74 лет	соотношение м/п
Шри-Ланка	1986	62,3	48,6	1,3
Канада	1990	15,0	12,6	1,2
Таиланд	1987	9,8	8,4	1,2
Австралия	1988	16,4	16,7	1,0
Великобритания	1991	7,0	7,9	0,9
Ирландия	1990	9,3	12,1	0,8
США	1989	13,3	18,1	0,7
Чили	1989	6,7	9,6	0,7
Коста-Рика	1989	6,1	9,6	0,6
Венесуэла	1989	6,9	11,3	0,6
Мексика	1990	3,1	5,1	0,6
Респ. Корея	1987	8,1	15,9	0,5
СССР	1990	13,9	30,4	0,5
Китай	1989	21,3	47,8	0,4
ФРГ	1990	9,9	23,7	0,4
Уругвай	1990	8,2	22,7	0,4
Сингапур	1990	10,6	31,5	0,3
Аргентина	1989	5,2	19,2	0,3
Япония	1991	7,0	27,6	0,3
Израиль	1989	4,9	20,0	0,2
Пуэрто-Рико	1990	6,1	26,1	0,2
Венгрия	1991	12,6	61,5	0,2
Гонконг	1989	6,0	33,6	0,2

Истогник (за исклюгением Китая): Неопубликованные статистические данные психического здоровья Отдела ВОЗ. *Истогник данных по Китаю:* WHO, 1991a.

убийства. Отмечался ненормально высокий процент самоубийств студентов, в 11 раз превышающий количество самоубийств среди соответствующей возрастной группы всего населения в целом и в 17 раз — среди лиц того же возраста, находящихся на военной службе. Этот

процент был также существенно выше, чем в той же возрастной группе молодежи, принадлежащей к тем же социальным классам, откуда в основном поступают в Оксфордский университет учащиеся (Parnell H., 1951).

Интересными являются статистические закономерности, отражающие уровень социальной интеграции и интенсивность уровня самоубийств. P. Sainsburi (1955) обнаружил выраженные статистические корреляции между частотой самоубийств и рядом социальных характеристик суицидентов. Проанализировав данные 28 районов Лондона, автор обнаружил взаимосвязь между социальной изоляцией и завершенными суицидами. 27 % общего числа проанализированных им суицидентов приходилось на долю лиц,

проживающих одиноко (вне семьи), а из общего числа жителей проанализированных районов одинокие составляли только 7 %.

Большинство исследователей, занимающихся статистикой самоубийств, даже в случае завершенных суицидов отмечают неполноту этих данных, особенно в отдельных странах и регионах. Это связано со множеством факторов: и таких, как организация соответствующих служб, и предубеждениями населения, в соответствии с которыми большинство людей стремится скрыть «позорный» факт самоубийства близкого, и многими другими. Неполнота статистических данных резко увеличивается, когда в изучении суицидального поведения возникает необходимость сбора сведений о покушениях на самоубийство, не закончившихся смертью. Поэтому, как отмечают многие исследователи, совершенно неправильно сопоставлять статистику завершенных самоубийств и суицидальных попыток. Еще в начале XX в. С. А. Новосельский (1910) писал, что отношение самоубийств к покушениям приблизительно такое же, как отношение статистики причин смерти к статистике заболеваемости. Необходимо строго разграничивать эти два явления. В статистическом отношении самоубийства и покушения на них — две величины разного порядка.

В результате специально проведенного исследования было установлено, что только один из четырех случаев суицидальных попыток (24,3 %) приводит к контакту с профессиональной системой здравоохранения. Это так называемый «феномен айсберга», у которого выступающая над водой часть относится к подводной в пределах от 1: 4 до 1:10 (Diekstra R. F. W., 1987). Указанное выше соотношение делает практически бессмысленными любого рода экстраполяции обнаруженных закономерностей случайной выборки статистики суицидальных попыток на суицидальное поведение в целом. Статистические данные по суицидальным попыткам следует рассматривать как «информацию к размышлению» только в случаях специально проведенных исследо-

ваний и на достаточно репрезентативной выборке с четкими и однозначными условиями получения тех или иных показателей.

Rene Diekstra (1991) в попытке представить глобальные перспективы статистики суицидальных попыток ссылается на два специально проведенных международных исследования. Первое было проведено в 1979 г. в семи европейских странах (примерно 200 млн жителей). В стационарах и амбулаториях было зарегистрировано 430 тыс. намеренных самоповреждений (215 на 100 тыс. населения в возрасте 15 и более лет). В отличие от статистики завершенных самоубийств, в суицидальных попытках отмечается заметное преобладание женщин: 162 мужчины и 265 женщин (на 100 тыс.). Между странами и центрами показатели значительно варьируются (у мужчин от 26 до 353, у женщин от 82 до 527).

Проводившееся в 1989 г. под контролем ВОЗ мультицентровое (15 центров из 10 европейских стран) изучение мониторинга тенденций суицидальных попыток (парасуицидов) показало, что их уровень существенно различается между отдельными центрами. Среди мужчин максимально высокий уровень парасуицидов (323 на 100 тыс.) был отмечен в Хельсинки, а самый низкий (44 на 100 тыс.) — в Лейдене (Нидерланды). Для женщин самый высокий — в Пантойзе (Франция) и минимальный (81) — в Лейдене. Практически везде частота парасуицидов среди женщин выше, чем среди мужчин. И только в Хельсинки происходит все наоборот — частота парасуицидов выше среди мужчин.

В результате частично рассмотренных выше двух исследований было установлено, что частота парасуицидов максимальна в первой половине жизни (15-44 года), но конкретные показатели в пределах этого возрастного диапазона колеблются в очень большой степени. Эти исследования (и прежде всего проводившиеся под контролем ВОЗ) вызывают, по мнению автора, значительные сомнения в отношении действительной картины величины

и природы феномена суицидальных попыток. С одной стороны, различия в данных исследованиях могут быть действительным отражением соответствующей ситуации в стране или регионе. С другой стороны, эти различия могут быть следствием значительных расхождений в тактике сбора материала. В одном из этих исследований и было обнаружено, что только четверть лиц, совершивших суицидальную попытку, в дальнейшем контактировали с системой здравоохранения. По мнению автора настоящей книги, эти исследования, безусловно, показывают необходимость дифференцированного подхода к оценке и диагностике каждой индивидуальной попытки самоубийства как исходному материалу сбора статистических данных.

Несомненный интерес вызывают данные клинико-статистического анализа суицидальных попыток по Москве за 1996 г. (Амбрумова А. Г. и соавт., 1997). И хотя сами авторы пишут о возможности так называемых «маскированных» форм суицидов (оказание медицинской помощи без привлечения официальных служб), что, безусловно, приводит к известным погрешностям, данные, полученные при анализе выезда «скорой помощи», «являются единственным материалом, по которому можно судить об основных тенденциях аутоагрессивного поведения в городе». За период с 1.01.96 г. по 31.12.96 г. в Москве было зарегистрировано 2947 суицидальных попыток (344 на 100 тыс. населения с учетом фактора миграции и нестабильности населения).

Этот эпидемиологический показатель сопоставим с соответствующими данными транскультурального исследования суицидов в 15 областях Европы. Согласно этим данным, наивысший показатель по суицидальным попыткам отмечен в Северной Европе (Хельсинки — 606, Стокгольм — 403, Оксфорд — 635); наименьший показатель — в городах юга Европы (Испания — 112, Италия — 145). Авторы связывают уменьшение суицидального риска с севера на юг с традиционным влиянием католицизма, плотностью населения и другими факторами. Согласно данным этих исследований, в поле зрения служб первичной медицинской помощи попадает в среднем 1 из 7-10 человек, совершивших суицидальную попытку.

Данные исследования суицидальных попыток в Москве за 1996 г. показали, что число женщин, совершивших аутоагрессивный поступок, несколько превосходит число мужчин, но эта разница не является статистически значимой. Основной контингент суицидентов составляют лица молодого и трудоспособного возраста (в частности, подростки до 20 лет — 580 из 2947). У мужчин от 20 до 50 лет этот показатель равен 800, у женщин этого же возраста — 965. Анализ выездов «скорой помощи» в 1996 г. в связи с суицидом позволил считать, что наиболее предпочтительным способом совершения суицидальных попыток являются отравления (в первую очередь медикаментозными препаратами) — 76 %. Нанесение самоповреждений занимают в этом ряду второе место — 22,1 %. На остальные способы суицидов (повешение, падение с высоты, под транспорт и др.) приходится 56 случаев (1,9 %).

Не вызывает сомнений, что различного рода аутоагрессивное поведение нуждается в более дифференцированной оценке каждого случая не только по причине его несомненных различий у отдельного пациента (это уже отмечалось выше), но и в силу исключительного места в ряду самых различных причин, отражающих проблемы, связанные

с психическим здоровьем. По данным «Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Подход к психическому здоровью...», умышленные самоповреждения среди этих причин занимают третье место (15,9 %) после депрессивных расстройств (17,3 %) и других видов расстройств (16,4 %). Далее следуют деменция при болезни Альцгей-мера и деменция других типов (12,7 %), алкогольная зависимость (12,1 %), эпилепсия (9,3 %) и другие виды поведенческих и стрессовых расстройств.

Приведенные выше цифры показывают необходимость индивидуальной оценки лиц с умышленными самоповреждениями, и не только для адекватной клинико-психотерапевтической оценки и проведения соответствующих лечебных и профилактических мероприятий, но и вследствие несомненного значения аутоагрессивного поведения в ряду расстройств, создающих для общества бремя экономических и других проблем. Автор настоящей монографии не ставил своей целью решение тех или иных организационных или социальных проблем. Этот индивидуальный анализ включает множество аспектов. Но в любом случае более адекватным подходом к анализу первичного материала для статистических данных будет относительная унификация понятийного аппарата. Естественно, что суицидологический анализ может служить и целям психиатрической диагностики (в отдельных случаях уже на этапе оказания первичной медицинской помощи).

Индивидуальный подход к анализу лиц, покушавшихся на свою жизнь, определил существенное расхождение точек зрения на соотношение самоубийства и психических расстройств. Если большинство психиатров начала XIX в. (Пинель, Эскироль, Фальре и др.) рассматривали суицид как одно из проявлений или даже форму психического расстройства, то в конце века уже наблюдалась четкая полярность мнений по вопросу роли помешательства в генезе самоубийства. Выше уже приводилась точка зрения П. Розанова, но в то же время уже упомянутый выше врач П. Лебедев пишет, что «вряд ли кто-либо согласится с тем, что все самоубийцы находятся «в ненормальном состоянии умственных способностей».

Существенную роль в расхождении взглядов на отдельные стороны проблемы самоубийств играл сам подход к изучению этих явлений. Так, врач Э. Морселли, в отличие от его коллег, опираясь на данные статистики самоубийств в различных странах Европы, основной акцент в изучении самоубийств переносит с индивида на окружающее его общество. В результате изучения статистических показателей так называемых «моральных действий» (брак, рождение, преступление, и в первую очередь самоубийство) автор отметил статистическое

постоянство самоубийств на протяжении многих лет. При этом обнаруживается большая закономерность данных, относящихся к суицидам, нежели к таким явлениям, как рождение, брак и смерть.

Как врач Э. Морселли отмечал, что общие статистические данные в применении к анализу индивидуального случая не могут обнаружить все разнородные причины и условия, которые определяют «самые роковые и одновременно, казалось бы, самые произвольные действия: самоубийство и преступление». В соответствии с позициями социального дарвинизма и естественного отбора автор объяснял увеличение в обществе числа самоубийств обостряющейся борьбой за существование. Э. Морселли подчеркивал, что в то время как у животных и первобытных людей орудиями борьбы служат зубы, руки и ноги, у цивилизованного человека таким орудием является мозг. Но современные условия жизни легко могут расстроить его суждения в отношении лиц «слабых и анормальных». Несмотря на упоминание мозга и его «расстройства», общий вывод автора, по существу, выводит суицидальное поведение за рамки медицины. Самоубийство, по Э. Морселли, явление не патологическое, но социально-физиологическое, такое же необходимое в жизни каждого народа, как рождение, смерть, преступление, помешательство и проч. Интересное возражение выводам автора относительно необходимости самоубийства для общества прозвучало в виде вопроса Эрленмайера: «Почему он не даст положительного совета в один день кастрировать всех новорожденных обоего пола; тогда, наверное, были бы обеспечены от самоубийства, по крайней мере, два поколения» (цит. по П. Лебедеву).

Однако те или иные закономерности моральной статистики в применении к проблеме самоубийств, безусловно, заслуживают самого серьезного внимания исследователей-

суицидологов даже для анализа индивидуальных суицидов, так как отражают наиболее частые и инвариантные характеристики суицидального поведения. Тем более понятно, что изучение самоубийства как общественного феномена не может быть успешным без опоры на статистические данные. Как писал А. В. Лихачев, «правильное понимание нравственной статистики дает... светлую надежду на улучшение жизни человека. Уменьшить наклонность к самоубийству нельзя одним привитием религиозного чувства — оно есть слишком святая и высокая потребность, не имеющая под собой почвы, на которой люди живут и умирают. Более материальны, более грубы побуждения самоубийства: они порождаются, главным образом, экономическими условиями общественной жизни».

Мотивы самоубийства, по автору, определяются более сложными условиями общественной жизни, а не одними экономическими факто-

рами. Ссылаясь на собственные исследования, А. В. Лихачев объясняет более высокой уровень самоубийств в городах по сравнению с деревней «усиленною деятельностью мозга». С этими же «побудительными причинами» он связывает более высокую тенденцию к самоубийству среди «образованных классов общества, по преимуществу либеральных профессий», по сравнению с лицами физического труда, «образованного протестантского Севера сравнительно с более невежественным католическим Югом Европы».

Моральная статистика и статистический метод изучения проблемы самоубийства, обнаруживший множество интересных закономерностей суицидального поведения и послуживший основой для социокультурной теории суицида Э. Дюркгейма, вместе с тем обнажил свою недостаточность в процессе его применения к конкретному индивиду, пытавшемуся покончить (или покончившему) с собой. Изучая общие закономерности суицида как общественного феномена, Э. Морселли фактически, отрицал необходимость индивидуального суицидологического анализа. По его мнению, следует изучать не индивидуальный организм, а все общество, его потребности и тенденции.

Таким образом, суицидальное поведение, с точки зрения автора, не должно быть предметом изучения медицины. Статистические (а в дальнейшем — социологические) представления, включающие соответствующие методы исследования, на определенном этапе их развития исключили медицинские, клинико-психологические аспекты изучения самоубийств. При этом в рамках «классических» статистических исследований самоубийства (работы Э. Морселли, А. В. Лихачева и других авторов), по сути дела, игнорировалась какая-либо психологическая основа механизмов индивидуального суицидального поведения. Мотивы самоубийств стояли в ряду таких факторов, как пол, возраст, образование, социальный статус, религия, способ и время совершения суицида и другие показатели, дающие при достаточно большой выборке то или иное соотношение изучаемых параметров суицида как общественного явления.

Но уже в работе Э. Дюркгейма «Самоубийство: социологический этюд» (1897), ставшей первой классической работой по суицидоло-гии, исследуется механизм влияния общества как «коллективной личности», «социального организма» на возможность совершения индивидуального самоубийства. Аспекты исследования общества и связанная с этим его системная модель, носящая, по мнению И. Паперно (1999), характер метафоры, с блеском были применены автором для изучения проблемы самоубийства и разработки общей теории суицидального поведения. Однако хорошо известное деление суицидов

по Э. Дюркгейму (эгоистическое, аномическое, альтруистическое) вряд ли применимо без специальных оговорок к индивидуальным самоубийствам.

Во «Введении» автор акцентирует четкую разницу между самоубийством как

индивидуальным актом и самоубийством как коллективным явлением, «несмотря на существующую между ними связь». Э. Дюрк-гейм заявляет, что условия, влияющие на возможность совершения суицида отдельным индивидом, важны для психолога, а предметом исследования социолога служат только те условия, которые «действуют на целое общество». Процент самоубийств, специфичный, по мнению автора, для каждой социальной группы и остающийся почти неизменным в самые различные эпохи, есть продукт упомянутых выше факторов самоубийства, действующих на все общество, и «вот почему они должны интересовать нас».

Рассмотрев множество факторов и тех или иных статистических закономерностей, обнаруженных суицидологами в течение XIX в., Э. Дюркгейм дает им другое толкование, проинтерпретировав в соответствии с развиваемыми им представлениями о «социальном организме», «коллективной душе» и других метафорических понятиях, отражающих находящуюся вне субъекта и доминирующую над ним «коллективную реальность». При этом, по заключению автора, коллективная личность «не менее реальна, чем части, ее составляющие».

Проделанный Э. Дюркгеймом анализ причин и условий совершения самоубийств приводит его к выводу, что «процент самоубийств зависит только от социологических причин... и определяется моральной организацией общества». Суицидальность определяется двумя компонентами организации общества: степенью согласия интересов, целей и мнений (социальная интеграция) и степенью влияния членов общества на отдельного индивидуума (социальное регулирование). Суицид есть следствие существенного изменения интенсивности этих компонентов в сторону уменьшения или увеличения. Поведение, кажущееся проявлением «личного темперамента», является следствием и продолжением некоторого социального состояния, которое находит в нем «внешнее обнаружение». Автор считает, что «утверждение, что каждое человеческое общество имеет более или менее сильно выраженную наклонность к самоубийству, не является метафорой; выражение это имеет свое основание в самой природе вещей». По его мнению, каждая социальная группа имеет присущую именно ей коллективную наклонность к самоубийству, которая определяет выраженность индивидуальных наклонностей, а не наоборот.

Отношение к самоубийству в истории

93

«Наклонность эту образуют те течения эгоизма, альтруизма или аномии, которые в данный момент охватывают общество, а уже их следствием является предрасположение к томительной меланхолии, или к бездеятельному самоотречению, или к безнадежной усталости. Эти-то коллективные наклонности, проникая в индивида, и вызывают в нем решение покончить с собой. Что касается случайных происшествий, считающихся обыкновенно ближайшими причинами самоубийства, то они оказывают на человека только то влияние, которое возможно при наличии данного морального предрасположения человека, являющегося, в свою очередь, только отголоском морального состояния общества». По Э. Дюркгейму, вероятность совершения суицида определяется степенью интеграции индивида в ту или иную группу (общество), к которому он принадлежит, или дезинтегрированностью самого общества с точки зрения существовавших ранее стабильных структур.

Эгоистический суицид характерен для людей с недостаточной интеграцией с обществом, которое полностью или целиком перестает их контролировать. Нормы и правила общества для этих суицидентов не являются обязательными и не определяют их поведение. В первую очередь автор обосновывает этот вариант суицидов, отвечая на вопрос, каким образом различные вероисповедания, семья и политическое общество влияют на частоту самоубийств. Чем большее число отчужденных от общества, не состоящих в браке и нерелигиозных людей наблюдается в рамках той или иной социальной группы, тем выше в ней уровень самоубийств.

Альтруистический суицид является полной противоположностью отмеченному выше эгоистическому и связан с повышенной интеграцией индивида в обществе. Для этого суицида характерно намеренное принесение себя в жертву в соответствии с представлениями о необходимости выполнения тех или иных общественных норм и правил. По мнению автора, общество намеренно поощряет жертвенные формы самоубийства (в условиях войны, отдельных религиозных сообществ и проч.). Естественно, что альтруистические самоубийства в различных условиях и даже у разных людей имеют свои неповторимые мотивы и особенности. Жертвенное самоубийство людей престарелых или больных отличается от самоубийства жен после смерти мужей. В тех случаях, когда альтруизм «принимает особенно острые формы, этот акт носит более страстный и менее рассудочный характер». Однако и здесь: «Религиозный экстаз фанатика, считающего блаженством быть раздавленным колесницею своего идола, не то же самое, что *acedia* монаха или угрызения со-

вести преступника, который кончает с собой для того, чтобы искупить свою вину».

Анемический суицид рассматривается как реакция индивида на *аномию* (буквально «беззаконие»), на резкую трансформацию связи индивида и общества, на значимые изменения ранее существовавшего социального порядка. Эти самоубийства совершают люди, социальное окружение которых не представляет более стабильных структур и ценностных ориентации, связанных с обществом, семьей, религией и другими институтами. Э. Дюркгейм писал: «Человек, внезапно вырванный из тех условий, к которым он привык, не может не впасть в отчаяние, чувствуя, что из-под ног его ускользает та почва, хозяином которой он себя считал; и отчаяние его, конечно, обращается в сторону той причины, реальной или воображаемой, которой он приписывает свое несчастье. Если он считает себя ответственным за то, что случилось, то гнев его обращается против него самого; если виноват не он, то против другого».

По автору, аномия в современном обществе — это «регулярный и специфический фактор самоубийства; это одно из тех веяний, которыми определяется ежегодная сумма самоубийств... здесь играет роль гнев и все то, что обыкновенно сопровождает разочарование». Для подтверждения развиваемых им положений автор ссылается на данные Бриера де Буамона, который, рассмотрев воспоминания 1507 самоубийц, констатировал тот факт, что «большинство из них было проникнуто отчаянием и раздражением». Э. Дюркгейм подчеркивал известное сходство эгоистического и аномического самоубийства. Эгоизм и аномия — «только две различные стороны одного и того же социального состояния». Вместе с тем существует известное различие между этими суицидами: при эгоистическом суициде человек не нуждается в обществе и отрицает какую-либо связь с его структурами; при анемическом — суицидальное поведение определяется потерей чувства принадлежности к обществу, это реакция на любого рода общественные кризисы и «перестройки».

Естественно, что в плане возможной аномии гораздо большее значение для человека имеет микросоциальное окружение, нежели глобальные изменения в обществе и его проблемы. Поэтому для формирования аномического суицида важны в первую очередь существенные изменения в непосредственном окружении суицидента (семья, работа, статус, круг общения). Предсказания Э. Дюркгейма о возможности увеличения числа суицидов при большей динамике общественной и индивидуальной жизни было подтверждено в исследованиях суицидологов нашего времени (Lester D., Beck A.T., 1976).

Теория Э. Дюркгейма, подчеркивающая исключительное значение в суицидальном поведении социальных и общественных факторов, оказала и продолжает оказывать существенное влияние на развитие суицидологических исследований. Ни одно развернутое исследование в области суицидологии не может строиться без учета

социокультурных факторов. Более того, знакомство с литературой по проблеме самоубийств показывает преобладание работ социологического направления и в настоящее время. Естественно, что это не исключает значимости этих работ для развития суицидологии (как и исследований, связанных с другими аспектами изучения проблемы самоубийства).

Однако вряд ли следует, по мнению автора настоящей работы, представлять социокультурную теорию суицида Э. Дюркгейма как средство универсального понимания и объяснения суицидального поведения. Наблюдающаяся в отдельных публикациях легкость перехода от закономерностей суицида как общественного явления (что подчеркивал сам автор этой теории) к анализу и объяснению отдельного суицидального акта не способствует адекватному пониманию случившегося. Дело здесь не только в теоретических построениях. Не случайно Св. Иеремей, непосредственно наблюдавший «гибельную хандру монахов», считал, что «эти люди более нуждаются в средствах Гиппократа, чем в наших увещеваниях». Понимание совершенного в рамках *acedia* суицида как альтруистического самоубийства предполагает, в первую очередь, его некую фатальную неизбежность, связанную с условиями жизни, но никак не конкретные лечебные мероприятия.

Не вызывает сомнений, что знание социокультурной теории Э. Дюркгейма необходимо для понимания некоторых особенностей развития суицидальных тенденций. При этом важно знать, что интеграция той или иной общественной группы в целом еще не отражает характер связи конкретного индивида с этим обществом, но главное: любые формы интеграции или дезинтеграции являются только одним из аспектов изучения и анализа одного из факторов формирования суицидального поведения. Социокультурная теория не может объяснить, почему люди, находящиеся в сходных социальных условиях, совершают или не совершают самоубийство (последних, к счастью, большинство). Сам Э. Дюркгейм считал, что объяснение этому должно включать выяснение взаимодействия между социокультурными и личностными факторами.

Автор предисловия к первой русской публикации труда Э. Дюркгейма врач Г. Гордон (известный суицидолог начала XX в.), отмечая недостатки социологического метода исследования, писал: «...при нем уделяется слишком мало внимания изучению индивидуальных качеств

и свойств человеческой души и выяснению той роли, которую играет его психофизическая организация в сложном акте самоубийства». Кроме того, он отмечал ряд противоречий в работе Дюркгейма. Так, большую частоту самоубийств среди протестантов автор объясняет большей свободой в религиозных суждениях, допускаемой протестантством. В предисловии Г. Гордон возражает: «С таким толкованием влияния свободы религии вряд ли можно согласиться, ибо тогда пришлось бы допустить, что в странах, подчиненных восточной церкви, должно было бы быть меньше всего самоубийств, чего нет в действительности».

Роль универсальной теории, объясняющей механизмы возникновения суицидальных тенденций, с начала XX в. и до настоящего времени оказывающей влияние на исследования в суицидологии, берет на себя психодинамическая концепция самоубийства. В основе этой концепции лежат представления Зигмунда Фрейда, выдвинувшего теорию инстинкта смерти (танатос). Танатос противоречит инстинкту жизни. Каждый человек предрасположен к самоубийству, осуществление которого возможно, если наблюдается совпадение ряда факторов и обстоятельств. Автор считал, что инстинкты жизни и смерти находятся в своеобразном единстве и борьбе противоположностей. По мнению 3. Фрейда, если большинство людей научается направлять инстинкт смерти в отношении самих себя на других, то люди, склонные к самоубийству, направляют этот инстинкт непосредственно на себя («ни один невротик не переживает намерения самоубийства, не

обращая на себя импульса убийства, направленного на другого»).
Впервые эта точка зрения была высказана на заседании Венского психоаналитического общества в 1910 г. В. Штекелем, заявившим, что «себя убивает тот, кто хотел убить другого или, по крайней мере, желал смерти другого человека». В дальнейшем К. Абрахам (1911,1916) (цит. по: Шнейдман Э., 1979) и 3. Фрейд (1917) развили это представление о либидинозно направленном на себя гневе с аутоагрессией и суицидом. В соответствии с их представлениями люди, переживающие реальную или символическую утрату любимого, бессознательно включают этого человека в собственную идентичность и чувствуют по отношению к себе то, что чувствовали по отношению к нему. Негативные чувства по отношению к другому человеку переживаются какое-то время как ненависть к себе. Возникающий на фоне гнева и депрессии суицид выступает как крайнее выражение ненависти к себе. В дальнейшем понятия психодинамической теории использовались и используются до настоящего времени для изучения самых различных аспектов суицидального поведения (Alexander R, 1929; Zilburg G., 1936; Paykel E. S., 1991; Bose J., 1995, и др.).
Отношение к самоубийству в истории
97
Возглавлявший в течение многих лет Американскую ассоциацию психоанализа Карл Меннингер называет инстинкты жизни и смерти конструктивными и деструктивными тенденциями личности, находящимися в извечном единстве и борьбе противоположностей. Проявлением этих тенденций выступают любовь и ненависть, люди от рождения обладают комплексом конструктивных и деструктивных сил. «Вместо того чтобы атаковать внешнего врага, такие люди вступают в битву (уничтожают) сами с собой (сами себя)... никому не удавалось целиком избавиться от самоубийственных тенденций».
По мнению автора, психоаналитические методики способны пролить свет на причины самоубийства, изменить привычное отношение к этому вопросу и направить его изучение в научное русло. К. Меннингер на характерных, с его точки зрения, примерах утверждает «неприемлемость поверхностного анализа внешних факторов». В качестве типичного случая автор рассматривает самоубийство скромного банковского служащего. По мнению окружающих, это был спокойный, дружелюбный и надежный человек. Однако после того, как он (неожиданно для окружающих) застрелился, следствие установило факт хищения нескольких тысяч долларов из фонда банка. В дальнейшем выяснилось, что, будучи женатым, он имел связь на стороне. Продолжая анализ, автор не останавливается на этом факте, а идет дальше: только домашний доктор был в курсе того, что двадцать лет его супружеской жизни были омрачены фригидностью его жены. Однако и это объяснение не является исчерпывающим — «почему столь неудачный брак агонизировал целых двадцать лет?».
К. Меннингер пишет, что, возможно, найдется человек, который знал его мать: «Это была холодная, расчетливая женщина... Неудивительно, что в браке он потерпел фиаско». Несмотря на более подробное изложение предыстории самоубийства, чем это принято в газетах, по мнению автора, вопрос остается открытым: почему судьба этого человека закончилась трагедией и что конкретно сделало его жизнь невыносимой? К. Меннингер, подводя итог анализу, подчеркивает: «Сам по себе напрашивается вывод о том, что *наш герой нагал убивать себя задолго до того, как взял в руки оружие, и уж подавно задолго до того, как присвоил чужие деньги* (выделено нами.— В. £.). Мы так и не поняли, почему его здоровые жизненные инстинкты не смогли восторжествовать над деструктивным началом... В любом случае ясно, что инстинкты самоуничтожения проявляются в юном возрасте и в значительной степени определяют дальнейшее развитие личности. В конечном итоге эти тенденции могут возобладать над волей к жизни».
4 Зак. 4760
98 ГЛАВА 2
Вторая половина XX в. характеризуется появлением множества теоретических концепций

(теорий), обобщающих в виде определенного набора постулатов наиболее, по мнению авторов, значимые моменты генеза суицидального поведения. Каждая из теорий строится на основе тех или иных теоретических исходных установок автора социально-психологического плана. В соответствии с этими установками или пониманием ведущих факторов суицида эти концепции могут быть определены как психоаналитические, когнитивные, научения и др. Автор настоящей работы посчитал возможным привести некоторые из этих теорий и результаты их применения к конкретным суицидам.

Ниже приведены постулаты двух теорий, которые по характеру ведущего фактора суицида обозначены как **когнитивные.**

Основные положения концепции Antoon A. Leenaars (1988):

• Суицидент испытывает чувство, что он/она переживают невыносимую психическую боль.

. • Суицидент чувствует безнадежность и беспомощность перед имеющейся травмой.

• Суицидент испытывает трудности во взаимоотношениях с другими людьми, что ведет к фрустрированию его потребности в других людях.

• Суицидент обращает на себя даже импульсы гнева (в том числе и гомицидные) по отношению к другому.

• Суицидент обладает пониженными способностями приспосабливаться к трудностям.

• Суицидент затрудняется в прямых коммуникациях. Это связано с бессознательными элементами психики.

• Суицидент идентифицирует себя с другим, не отвечающим на его эмоциональную потребность, что приводит к психологической боли.

• Суицидент имеет хроническую историю потерь и неудач.

• Суицидент показывает малые возможности развивать конструктивные и зрелые тенденции его личности.

• Суицидент обнаруживает регидность мышления, его узкий фокус и невозможность выработки альтернативы по отношению к суициду.

Вторая концепция была предложена Aaron Beck (Leenaars, 1990):

• Суицид связан с депрессией. Критическая связь между ними — чувство безнадежности.

• Безнадежность, определяемая в терминах негативных ожиданий, представляет собой критический фактор суицида. Суицидент видит

самоубийство как единственно возможное решение его/ее неразрешимой ситуации.

• Суицидент рассматривает будущее негативно и часто нереалистично. Он/она ожидают больших страданий, большей фрустрации и депривации.

• Суицидент рассматривает себя негативно и нереалистично (как неизлечимого, беспомощного). Критика по отношению к себе, чувство вины и сожаления связаны с низкой самооценкой.

• Суицидент рассматривает себя как лишенного чего-то. Возникают мысли об одиночестве, ненужности и материальной необеспеченности.

• Эти мысли окружающие могут подвергать критике, но он/она расценивают их как единственно верные.

• Мысли суицидента часто идут автоматически, без его воли, и часто обнаруживают когнитивные искажения (не связанные с шизофренией): ничего, никогда, всегда, чрезмерное обобщение или минимизация, неправильное понимание, селективное абстрагирование, негативные предубеждения.

• Аффективная реакция суицидента пропорциональна его оценке ситуации независимо от того, какова реальная интенсивность события.

• Вне зависимости от характера аффекта (тревога, грусть и др.) искажение ситуации связано с когницией.

• Считая себя безнадежным, суицидент старается избежать ситуации с помощью смерти.

Если в двух предшествующих концепциях суицидальное поведение определяется в первую очередь когнитивными нарушениями, связанными с изменением эмоциональности, то другие теории суицида обнаруживают большее влияние социального фактора, в частности фактора **обучения,** как это подчеркивает David Lester (Leenaars A. A., 1990). В концепции этого автора важнейшее значение приобретают различные виды социальных влияний, испытываемых суицидентом в процессе его социализации, начиная с самого раннего детства. Однако в целом как раз для суицидентов характерна недостаточная социализация. Само суицидальное поведение рассматривается как формирующееся в процессе обучения и усиливающееся и поддерживающееся окружением суицидента.

Основные положения концепции D. Lester:

• Суицид — это поведение, которому выучиваются. Детские переживания или окружение формируют человека с суицидальными тенденциями и преципитируют суицидальный акт.

• Для суицида критическим является переживание наказания ребенком в процессе его воспитания. В первую очередь суицидент учится подавлять гетероагрессию и обращать ее на себя.

• Суицид может быть предсказан на основании основных законов обучения. Суицид — это сформированное поведение, которое поддерживается окружением.

• Суицидальные мысли представляют собой стимул с последующим ответом в виде суицида. Когниция (как пример - самопохвала) может выступать как усилитель или закрепитель этого акта.

• Ожидания суицидента играют критическую роль в момент суицида. Он/она ожидают подтверждения (награды за акт).

• Депрессия, особенно ее когнитивный компонент, в очень большой степени связаны с суицидом и очень важны для объяснения суицидального поведения (например, депрессия может быть вызвана обучением и/или вознаграждением).

• Суицид может быть манипулятивным актом. Он поддерживается и закрепляется другими.

• Суицидент не социализируется. Он/она недостаточно социализируются в традиционной культуре. Суицидент не смог выучить традиционные культуральные нормы в отношении жизни и смерти.

• Суицид может быть усилен (закреплен) многими факторами окружения (субкультуральными нормами), влиянием TV, половыми предпочтениями определенной линии поведения, суицидами людей, значимых в жизни суицидента (моделированием), семейным и другим окружением и культуральными паттернами.

Ronald W. Maris (1981), социолог по профессии, основное внимание в развиваемой им концепции отводит так называемому **копинг-фак-тору.** Эта теория построена на жизненных образцах и незавершенных суицидальных попытках, которые автор исследует с позиций психологической аутопсии. Основное внимание уделяется опыту неудачных попыток преодоления стресса. Неудавшийся опыт приспособления или преодоления той или иной ситуации был связан с деструктивными способами адаптации, что определяло имеющийся опыт аутодеструк-тивного поведения.

Основные постулаты копинг-теории R. Maris представлены в виде следующих положений:

• Суицид есть результат неудовлетворенности человеческим состоянием и хронической депрессии с безнадежностью и невозможностью управления состоянием человека (его жестокостью, конечностью, грубостью, непредсказуемостью, одиночеством).

• Суицидентам доступны (и они это знают) способы прекращения жизни.

• Суицидальная безнадежность относится к повторным депрессиям, повторным

жизненным неудачам, длительным негативным отношениям и социальной изоляции.

- Суициденты обычно пытались адаптироваться или изолироваться способами, которые сами по себе деструктивны (алкоголизм, наркомания, половые эксцессы, суицидальные попытки).
- Суициденты амбивалентны по отношению к смерти. Хотя они склоняются к желанию умереть, но их поведение не обязательно должно быть намеренным.
- Суицидент в большой степени рационален с целью избегания чего-то (боли, несчастий, безнадежности и т. п.). Суицид является или актом агрессии по отношению к другому, или (что реже) желанием пожертвовать собой для изменения ситуации или увеличения ценности собственной жизни.
- Суициденты характеризуются тем, что они не смогли разрешить определенные задачи, встретившиеся на тех или иных фазах их жизненного пути.
- Суициденты имели раннюю травму или происходили из семей со многими проблемами, особенно сконцентрированными вокруг отцов.
- Суициденты пережили тяжелую проблему на работе или физическую болезнь.
- Суициденты не являются глубоко религиозными людьми.

В результате сравнения 15 теорий суицида D. Lester (1994) пришел к выводу, что каждая из этих концепций обнаруживает оптимальную «зону» применения для анализа суицидального поведения. Так, теория Бин-свангера в большей степени подходит для объяснения суицидов у пожилых людей, в то время как концепции Мюррея или Салливана лучше объясняют генез самоубийств у молодых суицидентов. Теория Юнга больше подходит для объяснения суицидов женщин, нежели мужчин. Выше уже упоминалось, что каждая из этих концепций отличается преобладанием тех или иных факторов, объясняющих формирование суицидального поведения.

Упомянутые выше теории суицида автор применил к анализу описанных в литературе суицидов, включающих самоубийства как известных людей, так и суицидентов с меньшей известностью, биографии которых, однако, в достаточно полном виде фигурировали в суицидологических исследованиях. Были проанализированы суициды таких известных личностей, как Джемс Форрестол, Зигмунд Фрейд, Эрнст

Хемингуэй, Юкио Мисима, Чезаре Повезе, Ван Гог, Вирджиния Вульф, Стефан Цвейг и др.

Каждая из теорий оценивалась в очках (от 0 до 10) в зависимости от того, сколько положений той или иной концепции отмечалось в жизни каждого из 30 проанализированных суицидентов. Положения представленной выше, так называемой когнитивной концепции A. Beck фигурировали с наибольшей частотой (8,5 балла), с наименьшей — теория Фрейда (1,5 балла). Однако обнаружился большой разброс в этих показателях (стандартное отклонение от 0,9 до 2,0). Как отмечает D. Lester, возможность применения каждой из этих теорий и ее значение в объяснении суицидального поведения во многом связаны с исходными позициями пишущего и анализирующего ту или иную биографию.

К биографиям, написанным с психоаналитических позиций, по вполне понятной причине теория Фрейда может быть применена с большим успехом, нежели там, где автор жизнеописания руководствовался так называемой **нарцистической** концепцией суицидального поведения Адлера или Бинсвангера. Биографы психоаналитической ориентации характеризуются усиленным вниманием к бессознательным процессам и детской травме, в то время как нарцистическая концепция скорее ориентируется на эгоцентризм и чувство неполноценности и попытки его преодоления. Статистический анализ позволил D. Lester идентифицировать каждую из теорий суицида по одному из пяти ведущих факторов и квалифицировать их как относящиеся к определенному кластеру (психоаналитический, когнитивный, обучения, копинг и нарцистический).

В настоящее время классические положения психоаналитической теории в применении к суицидальному поведению получили дальнейшее развитие в виде определенных концепций. Согласно **неоаналитическим** представлениям (Henseler H., 1974, 1981), суициденты являются особенно ранимыми лицами. Утраты и оскорбления переживаются ими как уничтожающие их. Рассматривая последствия принятого решения, суицидент считает, что может преодолеть катастрофу, связанную с собственной беспомощностью. При этом ярость направлена на собственную личность для восстановления нарцистического чувства собственного достоинства. В этом случае фантазии суициден-та сосредоточены на темах возврата к регрессивному состоянию, полной защищенности, возврата в материнское лоно, возможности «быть наедине со всем». Реальная угроза смерти во время суицида субъективно уже не может полностью переживаться.

Достаточно близка к изложенным выше представлениям так называемая **антропологическая** концепция суицидального поведения.

Согласно этой концепции, в основе суицидальных фантазий лежит стремление «быть единственным» (магическая идентичность). Так, суицидент убивает в себе свою жертву (самоубийство) или себя в своей жертве (убийство). Таким образом, смертельный грех убийства становится одновременно грехом и искуплением. При всех обстоятельствах суицидент является хозяином ситуации, даже если при этом он должен расстаться с жизнью.

Как пишет В. Махлейдт (1999), психоаналитическая, неоаналитическая и антропологическая точки зрения при всех различиях совпадают в оценке того, как суицидент оценивает свое владение ситуацией и свое всемогущество. Различия состоят в основном в том, каким способом достигается поставленная перед собой цель (путем присоединения, возврата к первоначальному состоянию, магического отождествления) и какую роль при этом играет агрессия (конфликт агрессивности, восстановление нарцистической шкалы оценок, ритуал причинения себе боли).

Многие из представленных выше теорий суицидального поведения или их отдельные положения, внешне выступающие как некие мысленные конструкты, в последние годы получают свое подтверждение и дальнейшее развитие и в рамках четко проведенных клинико-психо-логических исследований. Так, В. Ф. Войцех (2002), исследуя возможные предикторы суицидального поведения, проанализировал 153 пациента кризисного стационара (все пациенты, поступившие в течение года), 106 из которых совершили суицидальные попытки, у 47 нарушения адаптации не сопровождались суицидальными проявлениями. Было обнаружено существенное различие этих групп по большинству выделенных клинико-психологических факторов.

В группе суицидентов почти по всем выделенным показателям удельный вес этих факторов был значимо выше. Среди этих факторов отмечались: неполная или диссоциированная семья, деструктивное воспитание, патохарактерологические и невропатические знаки в детстве, алкоголизация, наличие органически неполноценной почвы, акцентуация личности. Факторный анализ показал как общность, так и различие факторных нагрузок. У суицидентов фактор, формирующий суи-цидальность, был представлен такими признаками, как отягощенная наследственность, патология беременности, полнота семьи и аномалии в воспитании.

В целом, при нарушениях адаптации для формирования суицидального поведения прогностически значимым становится фактор дизон-тогенеза. Предрасполагающими условиями для суицида являются дезадаптация, характерология и выраженный аффект, представляющий

собой несколько чувств и эмоций (стыд и обида, тоска и отчаяние и т. д.). Чаще при суицидальных попытках речь идет о нежелании мириться с ситуацией или трудностью

выносить напряжение, переживании одиночества и безысходности, а иногда желании успокоиться. Комплекс выделенных признаков определяет интолерантность к стрессу, а информационная составляющая делает его суицидогенным. В. Ф. Вой-цех, таким образом, рассматривает суицид в рамках накопления характерологических черт, часть которых имеет биологическую основу, а часть — психологическую, и определяет его как желание сохранить аутоидентификацию в ценностной структуре личности в условиях неразрешимого конфликта. Существенным моментом здесь становится информация, способствующая формированию аутоагрессивного социально-когнитивного стиля поведения с учетом биологических факторов, обнаруживаемых в детстве.

Начиная со второй половины XX в. в ряду теоретических концепций самоубийства начинает все активнее звучать биологическая точка зрения, в соответствии с которой определяются генетические, физиологические и другие параметры жизнедеятельности организма, которые могут играть роль в генезе суицидального поведения и выступать как его предикторы. Ряд исследователей, ссылаясь на большую частоту суицидов среди родственников самоубийц, считают это несомненным доказательством роли генетического фактора (Tsuang M. T., 1977; Garfinkel B. D. et al., 1979; Roy A., 1983). Исследования, проведенные в Дании, показали ббльшую конкордантность по фактору самоубийства у одноя йцевых, чем у двуяйцевых близнецов (Juel-Nielsen, Vide-bech, 1970; цит. по: Комер Р., 2002). Следует, однако, указать, что эти же данные представители клинико-психологического или психодинамического направлений в суицидологии интерпретируют как психогенетическое влияние факта самоубийства близкого человека, оказывающего моделирующую роль на поведение родственников. Эти интерпретации распространяются на результаты, полученные с помощью различных методов исследования генетических факторов самоубийства. Интересные исследования были проведены по нахождению электроэнцефалографических коррелятов суицидальных мыслей и попыток. Хотя и были найдены не вызывающие сомнений отклонения отдельных параметров этих показателей физиологической деятельности мозга, однозначного предиктора суицидального поведения в электроэнцефалографических данных до настоящего времени не обнаружено (Struve F. A. et al, 1972; Fink E. B., 1976; Volow M. R. et al., 1979).

В многочисленных исследованиях делаются попытки нахождения биохимических коррелятов (кортизол, моноаминоксидаза и др.), могу-

щих выступать в качестве факторов предсказания возможности самоубийства (Krieger G., 1974; Buchsbaum M. S. et al,, 1977; Ostroff R. et al. и др.). Наиболее многообещающие находки биохимического плана были обнаружены при исследовании уровня серотонина в крови и спинномозговой жидкости суицидентов (Asberg M. et al., 1976; Brown G. L. et al, 1982; Beker U. et al., 1996). В исследовании M. Asberg и ее коллег было показано, что из 68 пациентов с депрессией у 20 был обнаружен очень низкий уровень серотонина. Среди лиц с низким уровнем серотонина 40 % пытались совершить самоубийство, а у обследованных с высоким уровнем серотонина — только 15 %.

В ряде исследований было показано, что люди с низкой активностью серотонина после неудавшегося самоубийства в 10 раз чаще повторяли суицидальную попытку, чем пациенты с большей активностью серотонина. G. L. Brown и его сотрудники (1992) обнаружили связь агрессивности, самоубийства и серотонина с уровнем метаболитов аминов в спинномозговой жидкости и доказали, что низкий уровень активности серотонина отмечается среди лиц, склонных к суициду, у которых не было депрессии. В дальнейшем эти исследователи показали, что активность серотонина у агрессивных мужчин ниже, чем у неагрессивных. Рассмотренные выше работы и исследования других авторов привели к выводам, что у людей, страдающих депрессивным расстройством, низкий уровень серотонина может приводить к агрессивным и импульсивным поступкам,

которые обусловливают суицидальные мысли и действия. Но и вне депрессии низкий уровень серотонина способствует возникновению агрессивных тенденций, что делает этих людей опасными для себя и окружающих.

Цитированные работы показывают возможности и перспективы дальнейших исследований в суицидологии не только в клинико-соци-альном и клинико-психологическом аспектах, но и в плане поиска биологических закономерностей суицидального поведения. Речь, по-видимому, может идти не только о нахождении четких предикторов и коррелятов суицида, но и о возможностях дифференцированной терапии больных с депрессией, сопровождающейся или не сопровождающейся суицидальными тенденциями, и суицидального поведения при других психических и поведенческих расстройствах. В любом случае, исследования серотонина и других нейротрансмиттеров, по мнению автора настоящей книги, открывают перспективы познания существенных механизмов суицида и сулят дальнейшие открытия в этой области, способствуя тем самым раскрытию тайн человеческого поведения вообще.

В конце XVIII в. А. Н. Радищев, как известно, покончивший жизнь самоубийством, писал в своем известном трактате «О человеке, о его

смертности и бессмертии»: «Приведите на память многочисленные примеры отторгнувшихся жизни и возлюбивших смерть; соберите все примеры отъявших у себя жизнь из единого оныя пресыщения, примеры в Англии столь частые; болезнь *сплин* (выделено нами.- *В. Е.)* почитается тому причиною. Но что бы то ни было, везде явна власть души над телом. И поистине, нужно великое, так сказать, сосреждение себе самого, чтобы решиться отъять у себя жизнь, не имея иногда причины оную возненавидеть. Ужели скажут, что и тут действует единая телесность? Как может сгущение соков или другая какая-либо погрешность в жизненном строительстве произвести решимость к самоубийству, того, думаю, никто не понимает» (М.: Художественная литература, 1988).

Наверное, и в XXI в. не будет найден окончательный ответ, «как производится решимость к самоубийству», но поиск механизмов этого сулит не просто теоретические открытия, но и реальную помощь людям, оказавшимся в трагическом положении. Однажды было замечено, что никто не может достигнуть Большой или Малой Медведицы, но, отыскивая их на небе, многие находили правильный путь на земле.

Г л а в а 3
ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Термином **«детерминанты»** автор настоящей работы определяет суицидогенные факторы, играющие ведущую роль в формировании суицидального поведения. Это наиболее значимые составляющие из всего многообразия причин, лежащих в основе суицида. Понятно, что покушение на самоубийство всегда связано с множеством **личностных, ситуационных** моментов, **особенностями состояния** человека, возникающего при соответствующей **констелляции суицидогенных факторов.** Однако из этого множества чаще всего в процессе суицидологического анализа возникает необходимость вычленения своеобразного ведущего звена, определяющего возникновение намерения покончить жизнь самоубийством и его реализацию. Итак, детерминанты выступают как основные причины суицидального поведения. Это понятие, естественно, соприкасается, но вовсе не идентично понятиям «мотивы», «поводы» и другим, чаще всего употребляемым при рассмотрении причинных факторов суицида.

В соответствии с традиционно используемой в суицидологии терминологией настоящая глава должна бы быть названа «Мотивы и причины самоубийства» или «Мотивы и поводы суицидального поведения». По мнению большинства авторов, эти понятия существенно различаются между собой. При этом истинные **мотивы** суицида рассматриваются в качестве побудительных сил поведения, направленного на прекращение собственной жизни. Истинные мотивы суицидального поведения сплошь и

рядом не совпадают с непосредственными **поводами** и субъективно искаженными версиями ближайших событий — **мотивировками.** Однако мотивы и мотивировки самоубийства, связанные с тем или иным **конфликтом,** могут, по существу, совпадать. В этих случаях субъективная версия событий и обстоятельств реально выступает и как осознаваемый мотив суицидального поведения.

Однако мотив, независимо от степени его адекватности имеющимся у человека психическим переживаниям, никак не может отождествляться с действительной причиной такого сложного и структурированного ответа, как покушение на самоубийство. Мотив и даже объяс-

нение суицидентом своего поведения (мотивировка) выступают как своеобразная результирующая действия очень многих факторов, определяющих и содержание психики в момент возникновения суицидальных феноменов, и их влияние на психофизиологическое функционирование, включая и подавление инстинкта самосохранения.

При таком рассмотрении в качестве причин суицидального поведения выступает множество факторов. Некоторые из них могут осознаваться суицидентом, другие существуют на бессознательном уровне психофизиологического функционирования. Однако роль неосознаваемых факторов суицидального поведения может оказаться более значимой, нежели роль сознательной переработки той или иной социально-психологической ситуации и связанных с этим мотивировок.

Понятие причины самоубийства — более сложное явление, чем непосредственная мотивационная составляющая суицида. В действительности причины суицидального поведения могут и не находить непосредственного отражения в осознаваемых переживаниях самоубийцы. Истинные прлчины суицида сплошь и рядом не осознаются суицидентом. В этом их главное отличие от мотивов (и, естественно, непосредственных мотивировок), что не позволяет употреблять эти понятия в качестве синонимов.

Один из наиболее известных отечественных суицидологов начала XX в. М. Я. Феноменов в работе «Причины самоубийства в русской школе» (1914) подчеркивал необходимость различения таких понятий, как причины и мотивы суицида. По мнению автора, в литературе и статистике его времени вопрос о причинах самоубийства «не столько решается, сколько запутывается», так как отсутствует точная терминология. Под понятие «мотив самоубийства» подводятся душевные болезни, алкоголизм наряду с семейными неприятностями, несчастной любовью и другими понятиями, рассматриваемыми в современной суици-дологии как лично-семейные конфликты. М. Я. Феноменов отмечал необходимость того, «чтобы медицинская наука вмешалась в вопрос об определении причин самоубийства». Любого рода статистическим картам, по выводам автора, можно доверять только в случае, если отметки о причинах суицида производятся на основании тщательно проведенной медицинской экспертизы. «В противном случае о причинах самоубийства лучше совсем не упоминать. Но прежде всего должна быть установлена терминология».

М. Я. Феноменов разграничивал **предрасполагающие и ближайшие причины самоубийства.** Так, алкоголизм может быть определен как предрасполагающая причина, состояние опьянения — это ближайшая или «случайная» причина (толчок). От причин следует отли-

чать мотивы самоубийства. Причин самоубийства сам самоубийца может и не осознавать, мотивы же всегда сознаются им, «иначе мы не можем называть их мотивами». Поэтому ни душевные, ни физические болезни, ни алкоголизм не могут быть названы мотивами самоубийства сами по себе, за исключением ситуаций, связанных с их психогенным влиянием.

Автор разделяет все самоубийства по той или иной комбинации предрасполагающих причин, толчков и мотивов на три группы:

1. Самоубийства, при которых предрасполагающие и ближайшие причины патологического характера выступают как вполне достаточные основания для объяснения произошедшего. Случайные причины и мотивы не играют здесь никакой или почти никакой роли. Таковы самоубийства душевнобольных.

2. Самоубийства, когда причины патологического характера (нервное расстройство, физическая болезнь) не могут полностью его объяснить. Ближайшие причины социального характера (неудачи, катастрофы) имеют здесь важное значение. Мотивы могут играть некоторую роль, хотя и меньшую, чем им придает воображение самоубийцы. Таким образом, в данном случае патологические причины комбинируются с причинами социальными и, кроме того, некоторую роль играют осознаваемые мотивы.'

3. Самоубийства, в коих предрасполагающие причины патологического характера не играют никакой или почти никакой роли. Важнейшее значение здесь имеют причины социального характера, т. е. жизненные катастрофы и толчки. Мотивы по большей части являются и действительными причинами самоубийства. Это самая маленькая в количественном отношении группа.

М. Я. Феноменов отмечал, что для социолога важна в первую очередь причина самоубийства, в то время как для психолога — мотив. По мнению автора, в современной ему статистике не проводится различий между предварительным анализом причин и мотивов и окончательным определением причин. Когда анализируется суицид, то необходимо разграничение предрасполагающих и случайных причин и мотивов суицидального поведения. И если делается окончательный суицидологический вывод, то должно оставаться только одно понятие причин самоубийства.

По мнению автора настоящей работы, изучение ведущих факторов формирования суицидального поведения невозможно вне рассмотрения всего многообразия составляющих генеза такого сложного явления, как суицид. Но детальное описание всех особенностей психофизио-

логического функционирования человека, характеристик его личности и социально-психологической ситуации, определяющих возникновение суицидальных тенденций, практически невозможно. Речь может идти только о попытках описания констелляции факторов, играющих решающую роль в формировании суицида. Рассматриваются именно возможные сочетания неблагоприятных (с точки зрения угрозы жизни) факторов, выступающих как основная причина суицида.

При рассмотрении ведущих причин (детерминант) суицидального поведения возникает необходимость комплексной оценки всего многообразия причин и условий, определивших покушение на самоубийство. Однако чаще всего детерминанты суицида — это вовсе не изолированные факторы самого различного происхождения, а их неблагоприятное сочетание. Поэтому в качестве детерминант выступает констелляция личностных характеристик и состояния, возникающего у человека в определенной ситуации. Но те или иные составляющие в рамках этой констелляции часто могут быть определены как решающий фактор (непосредственный пусковой механизм) возникновения суицидальных тенденций.

Однако «решающий фактор» ни в коей мере не может рассматриваться как изолированная (и тем более единственная) причина суицидального поведения в целом. Чаще всего эти пусковые механизмы формируют отдельные звенья динамики суицидальных тенденций, но только констелляция ведущих причинных факторов суицида определяет дальнейшую динамику переживаний и поведения, направленных на прекращение собственной жизни. Особенности рассмотрения автором суицидогенных факторов определяются прежде всего необходимостью вычленения не столько мотивационной, сколько **системообразующей**

составляющей суицидального поведения.

Было бы нелепостью игнорировать роль ближайших к суициду событий, нередко играющих роль «последней капли», или мотивов, чаще всего связанных с непосредственно переживаемым конфликтом. Но понимание и оценка суицида становятся более адекватными, если суицидологический анализ не останавливается на непосредственной мотивировке или конфликте, определяющем мотивационную составляющую суицида, а рассматривает причинные факторы суицидального поведения как констелляцию личностных, средовых и статусных характеристик.

Обязательное наличие в каждом суициде сочетания всех отмеченных выше характеристик не означает их равного долевого участия в формировании суицидального поведения. Само понятие детерминанты предполагает необходимость (по крайней мере, желательность)

вычленения в каждом покушении на самоубийство ведущего, системообразующего фактора в рамках множества причин, связанных с формированием суицида. При этом детерминантой чаще всего выступает не отдельная характеристика возможного суицидогенного фактора, а именно их констелляция в рамках отмеченных выше личностных, средовых и статусных регистров. Однако нередко можно констатировать преобладание составляющих того или иного регистра в качестве своеобразного пускового механизма формирования суицидального поведения.

Путем использования понятия «детерминанты» автор пытается преодолеть известную односторонность подходов к изучению мотивов и причин суицидального поведения.

В рамках клинико-психологического подхода исследуются индивидуальные особенности каждого суицидента и совершенного им покушения. Сам по себе клинико-суицидологический анализ существенно отличается у представителей различных направлений науки и практики в суицидологии. Так, судебно-медицинский аспект возможного изучения причин и мотивов самоубийства связан с оценкой как юридической, так и непосредственных судебно-медицинских сторон произошедшего, определяемых материалами патологоанатомических вскрытий. Речь здесь в большинстве случаев идет о завершенных суицидах.

Однако в настоящей работе рассматриваются покушения на самоубийство, не получившие по различным причинам трагического завершения. Поэтому выяснение тех или иных обстоятельств и характеристик суицидального поведения имеет вполне определенные задачи, направленные на поиски адекватных лечебно-диагностических мероприятий и профилактику повторных покушений. Знание тех или иных общих закономерностей суицида выступает как специфический ориентир для определения отдельных характеристик в процессе индивидуального клинико-суицидологического анализа. Среди этих характеристик важнейшую роль играет такой параметр суицидального поведения, как его причины. Выяснение роли различных суицидогенных факторов, определение среди них тех, которые имеют наибольшее значение в формировании суицида при констелляции множества неблагоприятных обстоятельств,— важнейший момент индивидуальной диагностической работы с суицидентом.

Понятно, что индивидуальная работа с пациентом более продуктивна, если опирается на систему понятий и закономерностей, характерных для суицидального поведения в рамках самых различных суицидов. Знание инвариантов тех или иных характеристик суицидального поведения выступает как своеобразный фундамент для кли-

нико-суицидологического анализа. Это определяет возможность адекватной оценки каждого суицида, несмотря на многообразие обстоятельств и индивидуальный характер переживаний и форм реагирования, лежащих в основе покушения на самоубийство. Поэтому возникает необходимость сведения множества суицидогенных факторов к определенным инвариантам, объединенным в различные группы (регистры) по

длительности их существования, отношению к личности суицидента и другим параметрам, детальному рассмотрению которых и посвящена настоящая глава.

Прежде чем перейти к непосредственному обсуждению различных регистров суицидогенных факторов, выступающих в качестве детерминант суицидального поведения, следует отметить одно обстоятельство. Все рассматриваемые ниже факторы становятся суицидогенными в условиях их определенной констелляции. Только неблагоприятное стечение различных обстоятельств может определять возникновение суицидальных замыслов и намерений. По мнению автора, говорить о возможности существования раз и навсегда заданных причин самоубийства вряд ли целесообразно. По-видимому, более адекватной является формулировка, в соответствии с которой то или иное обстоятельство при условии определенной констелляции ряда факторов повышает степень суицидального риска. Следовательно, под **детер-минантой понимается существующая на данный момент констелляция суицидогенных факторов, определивших непосредственное возникновение суицидального поведения.**

Среди упомянутых выше регистров (групп) возможных суицидогенных факторов наиболее устойчивыми являются индивидуально-личностные характеристики человека. Уже в рамках этих характеристик возможно неблагоприятное стечение отдельных феноменов, обусловливающих покушение на самоубийство. Однако чаще индивидуально-личностные особенности выступают как детерминанты суицидального поведения только при наличии определенной социально-психологической ситуации, отдельные характеристики которой также могут становиться ведущим суицидогенным фактором. Таким образом, появляется вторая группа детерминант суицидального поведения. Социально-психологическая ситуация нередко выступает как ведущее системообразующее звено формирования суицидального поведения.

Достаточно часто основной фактор возникновения суицидальных намерений и их реализации определяется фактом наличия состояния, которое само по себе становится причиной суицида. Таким образом, само состояние (естественно, возникающее у определенного человека

в определенных условиях) может определять «топологию» (своеобразную локализацию) ведущих суицидогенных факторов. Это подсказывает необходимость выделения третьей группы (регистра) детерминант суицидального поведения. Выделение этих регистров носит несколько искусственный характер, необходимый, в определенной мере, для изложения всего многообразия причинных факторов суицида. В реальной действительности все суицидогенные факторы (включая и непосредственно детерминирующее суицидальное поведение) «работают» только в условиях их «взаимовлияния» и «соучастия» в формировании суицида всех отмеченных выше регистров детерминант.

Соотношение этих регистров детерминант суицидального поведения может быть схематично представлено в виде трех взаимно пересекающихся кругов. В зоне, где представлены все три круга, ведущие причины суицидального поведения формируются при относительно равномерном участии всех групп суицидогенных факторов. Соответственно «зона перекрытия» двух кругов включает два регистра суицидальных детерминант. Существует принципиальная возможность, когда эти детерминанты «локализуются» в пределах одного круга. Последнее вовсе не исключает возможного участия в формировании суицидального поведения и факторов, относящихся к другим регистрам (в предлагаемой схеме это два других круга). Каждый из этих кругов — своеобразное размытое множество без строго очерченных границ с расходящейся (от центра к периферии) плотностью его составляющих. Рис. 3 достаточно наглядно иллюстрирует сказанное выше.

Каждый из кругов отображает определенный регистр суицидогенных факторов, которые

при их определенной констелляции могут выступать как детерминанты суицидального поведения. Первый круг —

Рис. 3. Соотношение регистров суицидальных детерминант

это индивидуально-личностные факторы, второй — ситуационно-личностные, третий — статусно-личностные. В каждой группе факторов фигурирует в качестве своеобразной обязательной составляющей личность суицидента. По существу, это своеобразный объединяющий элемент всех возможных причин и условий формирования суицидального поведения. Все множество суицидогенных факторов (и соответственно детерминант) может обнаруживать свое участие в суициде только через личность суицидента.

Так, этнокультуральные, психофизиологические и другие характеристики человека первого круга детерминант проявляют себя только как своеобразные составляющие личности, как ее особенности. Понятно, что неблагоприятная социально-психологическая ситуация, обусловливающая конфликт, всегда существует благодаря «призме индивидуального видения» личности. Не вызывает сомнений, что любого рода состояние (статус), независимо от условий его возникновения и характера (непсихотического и даже психотического уровня), также отражают особенности личности суицидента. Степень участия личностных компонентов может существенно варьировать в зависимости от уровня и характера реакции и состояния, на фоне которого формируется суицидальное поведение.

В отдельных случаях отнесение того или иного суицидогенного фактора в рамки определенного регистра весьма условно, так как он выявляет себя в индивидуально-личностных особенностях, и в характере возникающей социально-психологической ситуации, и даже в состоянии суицидента. Не случайно отдельные авторы пишут о «мировоззренческом этапе» развития суицидальных тенденций, понимая под этим знание о суициде (Нечипоренко В. В. и др., 2001).

Однако мировоззрение — это все же в первую очередь индивидуально-личностная характеристика духовной составляющей самого человека, а не отдельных его действий, даже в рамках достаточно структурированной формы реагирования на ту или иную ситуацию, какой является суицид. Но именно особый характер суицидального поведения и связанных с этим феноменов определяет известную возможность такого подхода к одному из детерминирующих суицид факторов. Но автор настоящей работы считает все же необходимым разграничение имеющихся знаний о суициде и мировоззрении. Особого внимания требует тот аспект установок и система ценностей личности, которые могут выступать как ведущие причины покушения на самоубийство.

Так, в рамках традиционно сложившегося понимания самоубийства у японцев существуют и специальные термины для отдельных

видов самоубийств, различающихся по характеру причин и мотивацион-ной составляющей. Обращают на себя внимание два термина: *инсэки-дзисацу,* переводимое на русский язык как «самоубийство вследствие осознания своей ответственности за случившееся», и *канси* — «смерть по убеждению» (цит. по: Чхартишвили Г., 1999). Естественно, что в так называемом мировоззренческом суициде могут быть самые различные причины и существенно отличающиеся мотивировки. Но в любом случае «мировоззрение» как причина самоубийства — не столько знание о суициде, сколько установки личности, заставляющие человека пользоваться этими «знаниями» для добровольного ухода из жизни.

Названия регистров детерминант суицидального поведения никак не могут определять все множество факторов, включаемых в тот или иной регистр (группу или, как это представлено на схеме, круг). Однако и этнокультуральные, и социальные, и семейные, и психологические, и множество других характеристик суицидента всегда проявляются именно как индивидуальные, личностные особенности человека. Большая часть их не

осознается ни самим суицидентом, ни его ближайшим окружением именно как особенность, тем более как детерминирующий фактор суицида.
Своеобразная «национальная составляющая» суицидального поведения, как уже отмечалось выше, обнаруживает себя даже в условиях эмиграции, оказывая безусловное влияние на частоту суицидов и их распределение среди представителей различных этнических групп населения. Эта «составляющая» осознается суицидологом (но никак не самим суицидентом) только в условиях специально проводимого исследования. Во второй главе уже приводились весьма убедительные данные по существенно различающейся частоте суицидов у живущих в США иммигрантов различных национальностей. Сравнение частоты самоубийств у иммигрантов из 11 стран с аналогичными показателями коренного населения, живущего в этих странах, обнаружило очень высокую корреляцию этих данных. Было отмечено совпадение порядковых мест частоты самоубийств, совершаемых людьми различной национальности, независимо от принадлежности к иммигрантам или коренному населению (Sainsbury P., Barraclough B., 1968).
Однако автор монографии ни в коей мере не пытается представить «национальную составляющую» как часто встречающуюся детерминанту суицидального поведения. Хотя из истории известно, что принципиально национальность как непосредственная мотивировка суицида может фигурировать в переживаниях человека, покончившего жизнь самоубийством. Примеры такого рода известны как в художественной литературе, так и в жизни. Самоубийство Крафта («Подро-

сток» Достоевского) имеет очень четкую аргументацию (из френологии, математики и других наук) и не менее четкий вывод, что, «стало быть, в качестве русского совсем не стоит жить», так как «русские — порода людей второстепенная», им «предназначено послужить лишь материалом для более благородного племени, а не иметь своей самостоятельной роли в судьбах человечества». Несомненный интерес вызывает не просто мотивация этого самоубийства, но и рассуждения героев Достоевского о случившемся: «Тут характернее всего то, что можно сделать логический вывод какой угодно, но взять и застрелиться вследствие вывода — это, конечно, не всегда бывает».
Однако самоубийства вследствие того или иного «логического вывода» хорошо известны в истории. Так, «вывод», даже имеющий своеобразный «национальный колорит», отмечался в самоубийстве 23-летнего венского профессора Отто Вейнингера (автора нашумевшей книги «Пол и характер»), «постеснявшегося быть евреем». Взятые из реальной жизни примеры суицидов показывают принципиальную возможность формирования детерминант суицидального поведения даже в виде логических выводов, связанных с «национальным вопросом», хотя это только малая составляющая этнокультуральных характеристик индивидуума. Несомненное влияние на возможность того или иного вывода, отражающего суицидальные или антисуицидальные тенденции, оказывают личностные особенности, связанные с сословной, религиозной, профессиональной и другими характеристиками человека.
Важнейшее значение в плане возможности формирования суицидальных детерминант имеет духовное содержание личности, ее ценностные ориентации. Существенное ограничение круга значимых ценностей в рамках любого рода неблагоприятного воздействия приводит к утрате ценности жизни вообще. На этом фоне легко формируются суицидальные тенденции, необъяснимые с точки зрения окружающих. Однако и богатство духовного содержания, и многообразие значимых ценностей не являются гарантией невозможности формирования детерминант суицидального поведения.
Одним из суицидологов была высказана весьма любопытная мысль о том, что человек может убить себя вследствие инстинкта самосохранения. Если то или иное неблагоприятное воздействие может разрушить сформировавшуюся структуру «Я» со всем ее духовным содержанием, то именно инстинкт самосохранения целостности этого

«Я» может обусловить и такой «выход» из этого «тупика». По мнению автора настоящей работы, эти представления в какой-то мере облегчают понимание суицидов, наблюдающихся в начальных стадиях такого заболевания, как шизофрения.

Однако суициды в рамках этой болезни в отдельных случаях скорее могут быть достаточно четким примером самоубийств, ведущие причины которых формируются в сфере духовного содержания личности. Хорошо известный так называемый мировоззренческий суицид больных шизофренией и коморбидными психическими расстройствами показывает возможность формирования детерминант суицидального поведения в регистре индивидуально-личностных характеристик суицидента, в первую очередь в содержании его психики. В этих случаях переживания, обусловливающие возникновение суицидальных замыслов и намерений, по сути дела, возникают без реального участия в этой социально-психологической ситуации.

Сам по себе термин «мировоззренческий суицид», по мнению автора, наиболее адекватно отражает ведущие причины этого самоубийства. Суицид здесь связан с аутистическим мышлением и особенностями эмоционального реагирования этих пациентов, нередко отмечавшимися у них на протяжении всей жизни (как правило, в случае шизотипического расстройства, характеризующегося своей относительной стабильностью). В то же время в контексте настоящей главы статус — это динамическое образование, обусловливающее формирование суицидальных детерминант. Поэтому в данном случае объяснение суицидального поведения возникновением особого состояния не представляется возможным. Здесь суицидальные замыслы и намерения формируются в рамках постоянных особенностей психической жизни, а не динамических образований.

Конечно, отмеченный выше мировоззренческий суицид не является прерогативой одних только больных шизофренией. Самоубийства, вытекающие из мировоззрения, ценностных ориентации и установок личности, из представлений о сохранении чести и доброго имени, встречались и будут встречаться, пока существуют люди. Слова: «Честь имею!» — далеко не пустой звук, и не только в рамках «бусидо», знаменитого кодекса самураев, но и у людей самых разных национальностей, сословий и профессий. Генерал, покончивший с собой после того как руководимые им войска были окружены и разбиты, намеренно лишен автором фамилии, так как подобная смерть хорошо известна из истории множества войн.

Суициды, детерминированные духовным содержанием личности, естественно, отражают и какую-то неблагоприятно складывающуюся ситуацию. Однако здесь главным оказывается все же не ситуация, а «призма ее индивидуального видения», обусловленная мировоззрением. Понимание того, что причинные факторы суицида обусловлены духовно-нравственными составляющими личности, в подобных слу-

чаях является наиболее адекватным. Эти составляющие входят в регистр индивидуально-личностных суицидогенных факторов. Оценка суицида существенно облегчается, если в качестве детерминант суицидального поведения рассматриваются и эти характеристики суицидента.

Вот просто иллюстрация сказанного выше.

Инженер, руководивший строительством туннеля, проверил свои расчеты и не нашел в них ошибки. Однако, вопреки расчетам, сбойки ведущихся с двух сторон участков туннеля не произошло. Он еще раз проверил все свои выкладки и, вновь не найдя ошибки в расчетах, застрелился. Через сутки выяснилось, что ошибки в его расчетах не было. «Ошибка» находилась в рулетке, которой измерялась длина пройденного участка. Вскоре туннель был открыт, а инженеру поставили памятник. Люди, по-видимому, оценили не только его «расчеты», но и богатство его души, профессиональную честь, не

позволяющую жить в условиях позора.
Художественная литература представляет на суд читателей множество трагических и - трагикомических историй, в которых персонажи, вынужденные выбирать между позором и смертью, предпочитают самоубийство. Достаточно вспомнить известный рассказ Куприна «Брегет», в котором офицер стреляется после того, как не позволил себя обыскать (в отличие от остальных офицеров), так как в кармане у него находились точно такие же часы, как и мнимо пропавший брегет одного из присутствующих. Но не осталось никого, кто бы мог засвидетельствовать, что его часы достались ему от покойного деда, а предсмертная записка все объяснила — «остается выбирать только между позором и смертью».
По аналогии с «Брегетом» можно вспомнить и написанный через сто с лишним лет Борисом Акуниным «святочный рассказ» «Проблема 2001». В нем с шестым ударом часов, извещавших о начале двадцатого века, собирается покончить с собой отставной штаб-ротмистр, «погубленный страстями и мамоной», слишком вольно обращавшийся с кассой общества «Добрый самарянин» «...семья это одно, а Люба — это совсем-совсем другое...». Перед самоубийством он проклинает тот день и час, когда он, «любимец московских репортеров, герой Абиссинской кампании», польстившись на жалованье, особняк, хороший выезд, согласился стать «управляющим этой подлой купеческой лавочки... лучше бы остался в полку...».
Однако в момент самоубийства хронопарадокс сыграл злую шутку: в этом же месте, встречая двадцать первый век, находится его социально-хронологический антипод, бывший Вован, а ныне генеральный директор инвестиционно-маркетингового холдинга «Конкретика», ко-

торый, «кинув лохов» из редакции научного журнала, завладел особняком. Происходит перемещение персонажей во времени, и каждому из них предстоит разбираться с проблемами другого. По мнению Во-вана, «сто лет прошло — ни банана не поменялось, все те же заморочки». Даже не зная всех перипетий дальнейшей жизни героев рассказа, невозможно себе представить, что уголовник-бизнесмен, которому обидно, что его «заказали по дешевке какому-то фраеру», может покончить с собой в ситуации «заморочек», случившихся с отставным штаб-ротмистром.
Сказанное выше о характере детерминант суицидального поведения может быть продемонстрировано и на примере реальных самоубийств.
Возможен вариант суицида, непосредственная мотивировка которого носит ситуационный характер. В этом случае, если руководствоваться формальными признаками, детерминанты суицидального поведения должны быть определены как находящиеся в регистре (группе) ситуационных суицидогенных факторов. Здесь не только мотивировка суицида, но и понимание его мотивационной составляющей окружающими могут носить ошибочный характер. Естественно, что в случае завершенного суицида понимание причин самоубийства обусловливает и соответствующую его трактовку, и общественный резонанс (особенно в тех случаях, когда из жизни добровольно уходит известный человек).
Суицидальная попытка, встречающаяся во много раз чаще, диктует в подобных случаях в процессе клинико-суицидологического анализа необходимость адекватной оценки этого важнейшего параметра суицида. Установление движущих начал (детерминант) суицида — существенное звено медико-психологической лечебной и профилактической работы. Понимание того, что внешняя мотивировка далеко не всегда определяет детерминанты суицидального поведения, может быть несомненным подспорьем в анализе и оценке суицидента.
Известное самоубийство знаменитого японского писателя Юкио Мисимы может служить иллюстрацией неоднозначности трактовок причин суицида. Этот талантливый писатель,

трижды выдвигавшийся на Нобелевскую премию, исключительно одаренный в самых различных областях деятельности, стал еще более знаменит после совершенного им харакири. Все детали этого суицида с редкими для художественной литературы натуралистическими подробностями и переживаниями, сопровождающие весьма жестокий средневековый способ самоубийства, были описаны Мисимой в новелле «Патриотизм» задолго до его собственного ухода из жизни. И это обстоятельство, воз-

можно, сыграло свою роль в общественном резонансе вокруг его суицида. Мировая печать не могла не откликнуться на «такую» смерть одного из ярчайших писателей, известного далеко за пределами Японии.

В нашей стране в качестве причинного фактора этого суицида выдвигались «самурайский угар» и «неудавшийся мятеж». Оценка его творчества была четко сформулирована в Большой Советской Энциклопедии (3-е изд., т. 16, с. 328), где подчеркивалось, что главные персонажи большинства его романов оказываются физически и психологически увечными, их привлекает кровь, ужас, жестокость или извращенный секс. Самоубийство было подано как следствие его идейно-политических установок: «Идеолог ультраправых кругов, Мисима выступал за возрождение верноподданических традиций... В 1970 г. во время неудавшейся попытки военного переворота покончил с собой».

Однако его жизнь, творчество, «ультраправая идеология» и самоубийство (последнее и является предметом рассмотрения) в действительности весьма далеки от этих, мягко выражаясь, упрощенных формулировок. Его биография весьма показательна для суицидологического анализа. Самоубийство Мисимы — это относительно редкий случай, когда суицидальная идеация и различного рода антивитальные переживания сопровождают человека на протяжении всей жизни. Этот человек начал убивать себя задолго до упомянутого выше «военного переворота».

В отличие от трудно выявляемых у большинства суицидентов обстоятельств формирования личности, характера переживаний того или иного периода жизни (как правило, нужна длительная и кропотливая работа психоаналитика или другого специалиста), здесь сам писатель раскрывал свои переживания и в разного рода документальных материалах, и, в первую очередь, в своих произведениях. В романах, нередко имеющих автобиографические истоки, Мисима с редкой откровенностью показывал мир собственных переживаний. Весьма любопытны обстоятельства раннего детства и подросткового периода жизни писателя.

В возрасте 7 недель он был практически разлучен с родителями, братом и сестрой и до 12 лет рос и воспитывался у бабушки, не позволявшей ему даже играть со сверстниками. Единственным занятием, над которым была не властна его «воспитательница», могло быть только фантазирование, с самого начала носившее своеобразный характер. В его фантазиях преобладали смерть и кровь, герои любого рода историй должны были умирать в мучениях. «...Огромное наслаждение

доставляло мне воображать, будто я погибаю в сражении или становлюсь жертвой убийц. И в то же время я панически боялся смерти».

Мисима вспоминает, как подростком его приводили в эротическое возбуждение картинки, на которых были изображены кровавые поединки, самураи, вспарывающие себе живот, и сраженные пулями солдаты. В одном из романов устами своего героя автор говорит, что способен ощущать себя живущим, лишь предаваясь кровавым грезам о муках и смерти. На протяжении всей жизни Мисима был заворожен идеей смерти, которая манила его, «прикрывая свой лик многообразием масок» (название его автобиографического романа — «Исповедь маски»). Однако от реальной возможности хоть в какой-то мере приблизиться к смерти писатель уклоняется под предлогом слабого здоровья, избегает призыва в армию.

Поразительна творческая плодовитость писателя: им написано 40 романов, 18 пьес, шедших в японских, европейских и американских театрах, десятки сборников рассказов и эссе. Это только литературный аспект его творчества (он писал почти каждую ночь своей жизни). Кроме того, он был режиссером и актером театра и кино, дирижировал симфоническим оркестром, занимался кэндо, («путь меча») — национальным фехтовальным искусством (пятый дан), каратэ, тяжелой атлетикой, культуризмом, очень много путешествовал (семь раз объехал вокруг земного шара), плавал, летал на военных самолетах.

Чем бы ни занимался этот талантливейший человек, везде он добивался успехов. Энциклопедическую статью о культуризме снабдили именно фотографией писателя, сам он назвал этот факт «счастливейшим моментом жизни». Однако своеобразная одержимость жизнью почти все время сочеталась с одержимостью «демоном смерти и самоубийства». Почти постоянно в его сознании в той или иной форме присутствует тема смерти. Мысли на эту тему, имеющие навязчивый или даже сверхценный характер, почти никогда не покидали писателя, весьма часто становясь источником творческих работ и различных видов деятельности. Как ни какой другой художник, Мисима подтверждал своей деятельностью мысль Мориса Бланшо (1978), согласно которой «писатель — это человек, который пишет, чтобы быть способным умереть, а свою способность писать получает от своей еще прижизненной связи со смертью».

Не вызывает сомнений, что его исключительная творческая плодовитость одновременно выступала и как средство своеобразного «самолечения» путем сублимации — защитного механизма, посредством которого сохранившийся детский эротизм и агрессивные тенденции трансформировались в социально приемлемые виды деятельности. Сам

писатель не мог знать, что он «сублимируется» и тем более «занимается самолечением». Однако характер жизни и переживания в виде своеобразной пассивной суицидальной идеации (фантазий и представлений на тему смерти) очень хорошо иллюстрируют уже отмеченные ранее положения об этнокультуральных суицидогенных факторов, действующих на бессознательном уровне.

Хорошо известно, что, как ни в какой другой стране, тема смерти очень широко представлена в менталитете жителей Страны восходящего солнца (при этом в качестве одной из составляющих этой темы выступают и традиционно существующие представления о самоубийстве). Но в случае переживаний конкретного суицидента, Юкио Миси-мы, тема смерти «сверхобусловлена» (термин, вытекающий из одного из названий сверхценных идей в психиатрической литературе) не только характером менталитета японской нации, но и особенностями условий формирования личности писателя. Не вызывает сомнений, что формирующийся эротизм в конкретных условиях его детства и подросткового периода жизни в качестве своего объекта мог пользоваться только образами фантазии. Приведенными выше соображениями скорее психоаналитического плана автор хотел бы ограничить свой кли-нико-психологический анализ личности одного из самых известных самоубийц нашего времени. Прекрасно понимая всю неполноту и даже схематичность этого анализа, автор рассматривает его только как своеобразную преамбулу для рассмотрения самого самоубийства Мисимы, в котором детерминанты суицидального поведения носят личностно-экзистенциальный характер.

Для доказательства того, что причинные факторы суицида писателя определяются вовсе не ситуацией, связанной с «неудавшимся военным переворотом», а индивидуально-личностными особенностями самоубийцы, носящими мировоззренческий характер, следует, по-видимому, сказать об особенностях его поведения в последние годы жизни и обстоятельствах упомянутого выше «переворота». Как известно, так называемая политическая мотивировка самоубийства Мисимы исследователями отвергается. Носителем «истинно самурайского духа» для действительных японских националистов он стал только после своего суицида, до этого отношение к нему ультраправых было весьма

прохладное и даже враждебное. Насмешливо относилась к созданной писателем за некоторое время до смерти военизированной молодежной организации «Общество щита» пресса самого различного направления («игрушечная армия капитана Мисимы»).
Эту организацию писатель создал и содержал на свои средства в соответствии с появившимся у него за несколько лет до самоубийства

фанатичным увлечением идеей монархизма и самурайскими традициями (сразу после его смерти организация прекратила свое существование). Интересно, что членами этой организации были студенты, а не хорошо знакомые писателю военные (в том числе и высокопоставленные). Как ни странно, до своего самоубийства Мисима и не пытался привлечь их к участию в «военном заговоре». Предшествующее суициду поведение писателя и обстоятельства этого «заговора» свидетельствуют о том, что «военный переворот» готовился вовсе не как «революция», меняющая жизнь общества, а скорее как формальный, но необходимый для традиционного ритуала самоубийства повод.
Его статьи и эссе последних лет, восхваляющие ценности самурайской этики, публичные выступления перед молодежью, общение с друзьями из верхушки японских сил самообороны и с лидерами самого консервативного крыла правящей партии не были связаны с организацией действительного военного переворота. Вместе с Мисимой в «путче» участвовали только четверо студентов. Но известно, что сам переворот начался и закончился в тот самый день, когда писатель поставил последнюю точку в последней части своей тетралогии, которую он считал главным трудом его жизни. Накануне своего самоубийства он привел в порядок все свои дела, попрощался с друзьями (только после смерти его слова и жесты были расценены адекватно).
В день своего самоубийства Мисима, одетый в опереточный мундир члена «Общества щита» (надетый на голое тело) и в белых перчатках, с самурайским мечом на боку, сопровождаемый студентами, въехал на машине во двор столичной военной базы и взял в «заложники» ее коменданта. Требования террористов собрать солдат гарнизона было выполнено, и писатель попытался с балкона обратиться к ним с речью, в которой, взывая к самурайскому духу воинов, призывал прекратить защищать конституцию, которая запрещает существование армии.
Его никто не понимал, да и почти не было слышно. Над базой висели полицейские вертолеты, а взбудораженные солдаты кричали: «Идиот!», «Слезай оттуда!», «Отпусти командира!». Не закончив речь, Мисима вернулся к оставшимся «заговорщикам», сказав, что «они даже не слушали». Затем расстегнул мундир и, трижды прокричав: «Да здравствует император!», вонзил кинжал в левую нижнюю часть живота, сделал длинный горизонтальный разрез и рухнул на пол. Его секундант попытался, как этого требует ритуал, отсечь ему голову. Он трижды опускал клинок на лежащее тело, но попасть по шее так и не сумел. Другой студент, отобрав у секунданта меч, сумел отделить голову от туловища. Смерть Юкио Мисимы произошла, когда ему было 45 лет.

Имеется множество свидетельств тому, что и сам писатель не принимал своего заговора всерьез. Даже приведенные выше обстоятельства его самоубийства говорят о том, что сама «неблагоприятная социально-психологическая ситуация» здесь создавалась человеком для осуществления своего так называемого мировоззренческого суицида. Никакой «переворот» не делается силами четырех студентов и в «белых перчатках» (как заметил один из «классиков» политики), да еще в опереточном мундире, надетом на голое (!) тело, и с ватной пробкой, еще до «путча» вставленной в задний проход. Какие-либо сомнения окончательно исчезают, если вспомнить о начале «путча» сразу после окончания произведения, которое сам писатель считает итогом жизни, о прощании с друзьями, приведении в порядок своих дел.

Однако суицид вполне логичен, если рассматривать его как логику жизни и переживаний писателя. Вряд ли здесь, по мнению автора настоящей работы, следует думать и о наличии психического расстройства в его клиническом понимании. Трудно сейчас сказать, что имел в виду знавший писателя японский премьер-министр Сато, когда в день смерти Мисимы прокомментировал его поведение достаточно четко: «Да он просто свихнулся». И хотя в первых объяснениях его самоубийства окружающими в качестве причины суицида нередко фигурировало «сумасшествие», вряд ли все происходившее с ним на протяжении жизни следует расценивать как проявления психической патологии. А своеобразная точка в конце этой, далеко не ординарной жизни никак не может рассматриваться изолированно, вне контекста всей биографии и особенностей творчества писателя.

Самоубийство Юкио Мисимы, как и вся его жизнь,— это своеобразный образец расхождений между общежитейскими и строго клиническими критериями понимания психического расстройства. Нестандартность, особая окрашенность психических переживаний писателя на протяжении всего жизненного пути, безусловно, существенно отличает его от «стандартов» любого (в том числе и японского) образа жизни. Однако (и это специально подчеркивает последняя международная классификация психических расстройств МКБ-10 и законодательство в области психиатрии) диагноз психического расстройства не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими и религиозными ценностями. Но описанный выше «военный заговор» и картина самоубийства, рассматриваемые вне контекста развития мировоззрения и характера переживаний человека, действительно выглядят как признаки того, что Мисима «свихнулся». Но как раз здесь и нет расхождений ни с логикой его жизни и творчества, ни с традиционным

японским менталитетом, включающим знания как этого ритуального самоубийства (известного далеко за пределами Японии), так и обстоятельств, в которых оно может произойти.

Естественно, что этот менталитет включает не только различного рода знания об этом и других суицидах, но и соответствующие переживания, связанные с той или иной ситуацией и отражающие этно-культуральные характеристики суицидента. Условия общественной жизни Японии второй половины XX в. никак не могут воспитывать и культивировать харакири — средневековый традиционный способ самоубийства. Поэтому с точки зрения окружающих поведение и характер самоубийства Мисимы — это не просто анахронизм, но именно «сумасшествие». «Заговор» и суицид писателя выступают как признаки психического расстройства, если только не учитывать динамику его переживаний.

В рамках этих переживаний элементы воспитания самурая, обусловливающие возможность и необходимость добровольного ухода из жизни, заменили у писателя его навязчивые, а в дальнейшем, по-видимому, ставшие уже сверхценными психические образования, связанные со смертью (ее эстетизацией, непосредственной включенностью в жизнь и творчество). Однако эти эмоционально-смысловые образования вряд ли могут быть расценены как проявления психического расстройства. И форма их существования, и само содержание (с учетом этнокультуральных особенностей суицидента) не имеют явных признаков психопатологической симптоматики. Сказанное выше объясняет возможность и необходимость понимания самоубийства знаменитого Юкио Мисимы как своеобразного мировоззренческого суицида, детерминанты которого могут рассматриваться как находящиеся в регистре индивидуально-личностных особенностей самоубийцы.

Это самоубийство не просто оказалось невольным средством повышения внимания к японской литературе, но и создало еще один своеобразный «суицидальный архетип».

Конечно, речь не идет в данном случае о простом подражании жизни и смерти писателя. Все происходящее с ним: его жизнь и творчество, да и обстоятельства смерти, — уникальное явление в мировой истории. «Феномен Мисимы» выступает как краевой вариант всех возможных параметров и характеристик человека. И характер его психической жизни (на грани с психическим расстройством), и исключительная продуктивность его разносторонней деятельности — все на пределе человеческих возможностей. И как представитель краевых вариантов психической нормы он принципиально заключал в себе большую суицидальную опасность. А с учетом

особого характера содержания его психической жизни «суицидальный потенциал» его переживаний формировал уже непосредственные суицидальные тенденции, вплоть до самоубийства, способ и обстоятельства которого носили эксцентрический характер, однако объяснимый в рамках его личности.

Выше был упомянут «суицидальный архетип», созданный самоубийством писателя. Однако своеобразная экстремальность всего связанного с «феноменом Мисимы» в какой-то мере не позволяет ему быть тем человеком, «делать смерть с кого» (если перефразировать известные стихи). Хотя факт существования этого архетипа и даже его суицидогенное воздействие отмечается и спустя много лет после суицида писателя.

В европейской культуре роль своеобразного суицидального архетипа уже свыше двух столетий играет литературный персонаж, созданный одним из самых известных мировых писателей — Гете. Не случайно в медицине все связанное с суицидальными стереотипами, ролью подражания в частоте самоубийств изучается как «синдром Вертера». Но Вертер (и его «синдром») в суицидологическом контексте — это не только медицинское и научное понятие, но и вошедший в обыденное сознание действительный архетип, отражающий определенные обстоятельства суицида.

Достаточно вспомнить, что через 150 лет после выхода «Страданий молодого Вертера» Марина Цветаева откликнулась на самоубийство Маяковского стихами, в одном из которых она так оценивает самого поэта и случившееся с ним: «дворяно-российский Вертер, советско-российский жест». В этих строчках важно не столько наличие «дворянского» или «советского», сколько образ, используемый для оценки «жеста». Правда, уже со времен Карамзина, показавшего в «Бедной Лизе», что и «крестьянки любить умеют», было разрушено представление о том, что самоубийство вследствие несчастной любви монополизировано лицами с «голубой кровью». Хотя неграмотные (и даже современные «грамотные», а главное, не только «российские») люди могли и не знать про страдания молодого влюбленного второй половины XVIII в.

Сам Гете (1776) с определенным удовлетворением писал в своих автобиографических мемуарах («Поэзия и правда»), что «Вертер» произвел столь большое впечатление потому, что «в нем наглядно и доступно была изображена сущность болезненного юношеского безрассудства». Несомненное влияние этой книги на характер суицидального поведения и даже частоту самоубийств отмечали и Байрон, и мадам де Сталь, и стоявший в стороне от литературных дел великий

французский психиатр Эскироль. Бриер де Буамон описывал, как, подражая герою Гете, молодые люди, одетые в синие фраки с золотыми пуговицами, стрелялись перед портретами возлюбленных. Наличие фактов прямого подражания поведению героя Гете не вызывает сомнений. Достаточно упомянуть своеобразное переложение «Страданий» под названием «Российский Вертер» Михаила Сушкова, автор которого покончил с собой сразу после написания своего произведения на семнадцатом году жизни. Однако обсуждение вопроса о влиянии произведения Гете на частоту самоубийств прежде всего интересно в плане культуроведческого исследования.

В контексте же суицидологической работы важно только само существование архетипа,

дающего название соответствующему синдрому и одному из аспектов изучения суицидального поведения, связанного с компонентом подражания. Сам по себе этот аспект исследований в суицидологии отражает такие детерминанты самоубийства, как индивидуально-личностные особенности суицидента и ситуационные факторы, воздействующие на поведение на бессознательном уровне именно как своеобразные архетипы. Но, по-видимому, в отдельных случаях можно говорить и о наличии осознаваемого влияния известных самоубийств на те или иные стороны суицидального поведения, в том числе и путем прямого подражания.

Современные эпидемиологические исследования, выполненные в условиях квазиэкспериментальных ситуаций, создаваемых средствами массовой информации, позволяют получать весьма интересные данные по «синдрому Вертера». Под этим синдромом в настоящее время понимается социально-психологическое влияние того или иного самоубийства на частоту и другие параметры суицидального поведения. Здесь «Вертер» уже выступает как почти имя нарицательное. Однако исследования показывают, что элементы своеобразного психического заражения, индукции, безусловно, оказывают определенное влияние на отдельные параметры суицидального поведения.

В статье A. Schmidtke и H. Hafner (1988), посвященной изучению «эффекта Вертера» после просмотра телевизионного фильма, использовалась упомянутая выше квазиэкспериментальная ситуация. В Германии дважды (в 1981 и в 1982 гг.) показывался шестисерийный телевизионный фильм «Смерть студента». Влияние этого фильма изучалось в течение пяти недель между показом первой и последней серий фильма, а также спустя определенный период времени после его показа. Авторы собрали информацию обо всех самоубийствах и попытках к самоубийству, которые произошли на всех железных дорогах Германии в период времени с января 1976 г. по декабрь 1984 г. Изучались

способы суицидов (в частности, смерть путем падения под движущийся поезд, как у героя фильма), пол и возраст самоубийц.

Безусловные эффекты подражания (и более широко — элементы индукции в суицидальном поведении) наиболее четко прослеживались в группе лиц, чей возраст и пол были ближе всего к изучаемой модели (суициденту из фильма). На протяжении длительного периода времени (вплоть до 70 дней после демонстрации первой серии фильма) количество самоубийств на железной дороге возросло наиболее резко среди 15-19-летних лиц мужского пола (до 175 %) и неуклонно снижалось в старших возрастных группах. У мужчин старше 40 и женщин старше 30 лет не наблюдалось никакого эффекта. При более длительном прослеживании «эффекта Вертера» обнаружилось, что рост числа самоубийств, наблюдаемый после первого и второго показов фильма, у мужчин до 30 лет соответствовал величине каждой из аудиторий фильма.

Было обнаружено также, что этот эффект прослеживался не только в отношении способа самоубийства, но и в плане увеличения общего количества суицидов. В результате исследования было показано, что вымышленная телевизионная история, несомненно, обнаружила свое индуцирующее влияние на суицидальное поведение, обусловив существенное увеличение количества самоубийств. Рост и длительность этого «эффекта Вертера» зависели от степени сходства между моделью и «подражающим» суицидентом. (Слово «подражающий» в контексте целостного влияния «модельного суицида» взято в кавычки, так как наряду с простым подражанием здесь действуют и своеобразные архетипы, воздействующие на психические процессы на уровне бессознательных переживаний.)

Все приведенные выше суицидогенные факторы, отнесенные автором к регистру индивидуально-личностных детерминант суицидального поведения, носили преимущественно экзистенциальный характер. Это духовное содержание личности определялось множеством этнокультуральных характеристик суицидента, его

воспитанием, религиозными, сословными, профессиональными и иными составляющими его мировоззрения. Понятно, что здесь участвуют не просто те или иные знания, но и ценностные ориентации, во многом определяющиеся бессознательными переживаниями. Не может быть исключена и возможность средовых влияний на эмоционально-смысловые образования любого уровня, связанные с мировоззрением и лежащие в основе формирования суицидальных тенденций.

Наряду с детерминантами суицидального поведения, носящими преимущественно мировоззренческий характер, существуют и суицидо-

генные факторы индивидуально-личностного регистра, отражающие не столько содержание его переживаний, сколько особенности непосредственного психического функционирования. Потенциально опасными, по А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко (1980), являются следующие личностные особенности, в совокупности приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как **предиспозиционные суицидогенные факторы.** Среди этих факторов отмечаются:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение или утрата ценности жизни.

Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, авторы определяют как **предиспозиционные суицидогенные комплексы.** Методами их диагностики являются клиническое наблюдение и психологическое обследование.

Упомянутые выше комплексы практически во многом совпадают с употребляемым автором настоящей работы понятием **регистров суицидогенных факторов.** Однако разграничение последних проводится в настоящей работе с учетом других принципов подхода: выделения из группы феноменов, характеризующих личность, ситуацию или состояние, системообразующих составляющих, определяемых как **детерминанты суицидального поведения.** Для выделения этих детерминант (ведущих суицидогенных факторов) необходим учет не только данных клинического наблюдения и психологического обследования. Важнейшее значение здесь приобретает оценка влияния и этнокультуральных, и средовых, и состояния суицидента в период времени, предшествующий покушению на самоубийство. Понятно, что кли-нико-суицидологический анализ не может не включать факторы внеклинического характера. Для адекватной оценки суицида важнейшим моментом, таким образом, становятся принципы **многоосевой диагностики.** При этом ось, отражающая особенности личности, в рамках суицидологической диагностики включает такие составляющие, как мировоззрение или этнокультуральные характеристики, которые нередко могут выступать как детерминанты суицидального поведения.

Личностные характеристики самого различного плана как суицидо-генный фактор отмечают практически все соприкасающиеся в своей работе с покушением на самоубийство. Каждый исследователь находит свои аспекты изучения суицидогенных факторов, в том числе в ряду характеристик личности. Так, Н. В. Конанчук (1983), рассматривая психологические особенности как фактор риска суицида у пациентов с пограничными расстройствами, отмечает следующие характеристики личности:

- эмоциональная лабильность;
- импульсивность;

• эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов;
• доверчивость;
• эмоциональная вязкость, регидность аффекта;
• болезненное самолюбие;
• самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений;
• напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности);
• настойчивость;
• решительность;
• бескомпромиссность;
• низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

Все эти особенности личности суицидента создают определенный стиль поведения в преодолении трудностей, характеризующийся настойчивым стремлением в достижении поставленной цели, попытками преодоления сложной ситуации вне зависимости от объективных обстоятельств, неумением и нежеланием отступить или найти компромиссное решение.

Автор пишет, что основой развития патологических черт личности, играющих определенную роль в возникновении суицидального поведения в условиях неблагоприятной социально-психологической ситуации, являются условия развития в детстве и пубертатном периоде. Более 60 % суицидентов воспитывалось в неполной семье, распад которой происходил в возрасте, когда ребенку еще не было 8 лет. Сохранившиеся родительские семьи характеризовались сложными эмоциональными отношениями, периодическими конфликтами, занятостью собственными, чаще личными переживаниями, формальной заинтересованностью судьбой детей. Для суицидентов было характерно постоянное чувство отсутствия заботы о них в детстве и пубертатном периоде.

По-видимому, нет необходимости приводить другие списки характеристик личности, выступающих как суицидогенные факторы. Эти характеристики описывают все исследователи, подчеркивающие значение личностных особенностей в суицидальном поведении. Каждое исследование направлено на выяснение тех или иных сторон суицида, поэтому аспекты изучения и даже терминология у разных авторов оказываются различными. Психологические особенности личности су-ицидента как фактор риска (в работе психолога) и предиспозицион-ные суицидогенные факторы в рамках комплексного рассмотрения суицидального поведения. В последнем случае те или иные особенности личности рассматриваются как потенциально опасные в отношении суицида.

Отличие подхода к анализу причинных факторов суицида автора настоящей монографии состоит в том, что каждая из групп этих факторов рассматривается как возможная основная причина суицидального поведения, а не его своеобразная предпосылка или один из возможных сопутствующих факторов риска. Этим и объясняется необходимость введения специального термина — детерминанты. Понимание личностных особенностей как предпосылки (предиспозиции) суицида предполагает обязательное наличие ситуационного фактора и связанного с этим микросоциального конфликта, определяющих причины и мотивы суицидального поведения.

Тот или иной конфликт, непосредственный повод и мотивационная составляющая суицида могут и не отражать непосредственно основную причину суицидального поведения, лежащую в различных регистрах суицидогенных факторов. А эти регистры, выступающие в реальном суициде как одновременно существующие составляющие суицидального поведения, по существу, выделяются только для понимания ведущих причин анализируемого самоубийства.

При таком подходе возникает необходимость рассмотрения различных параметров как самого суицида, так и личности суицидента и состояния, непосредственно предшествующего возникновению суицидального поведения. Но сам конфликт (как ведущий причинный фактор суицида) может, по существу, отсутствовать. Понятно, что «призма индивидуального видения» вытекает в первую очередь из личностных особенностей или состояния суицидента. Так, в рассмотренном выше самоубийстве Юкио Мисимы конфликт, по существу, отсутствует, а сама ситуация представляется не просто следствием личностных особенностей (с последующей ее оценкой как тупиковой), а выступает только как своеобразная декорация, специально созданная обстановка для совершения так называемого мировоззренческого суицида. В этом

самоубийстве детерминантой суицидального поведения выступает сама личность, ее индивидуальные особенности. Таким образом, в этом случае так называемые предиспозиционные факторы, констелляция которых формирует суицидогенные комплексы, выступают именно как ведущие причины самоубийства.

Причины суицидального поведения в соответствии с представлениями автора настоящей работы достаточно часто не совпадают с мотивами и поводами суицида. При этом последние в абсолютном большинстве случаев лежат в рамках конфликта, связанного с социально психологической ситуацией, и в той или иной форме могут осознаваться суицидентом. Однако ведущие причины (детерминанты) суицидального поведения часто не осознаются самоубийцей и выявляются только в процессе суицидологического анализа. Именно тогда определение суицидальных детерминант бывает затруднено, когда ситуацией или состоянием суицидента перед самоубийством объяснить случившееся не удается и когда, по мнению анализирующего специалиста, «конфликта недостаточно» и не наблюдается психического расстройства перед суицидом. Возникают весьма трудные для оценки причинных факторов так называемые безмотивные самоубийства. В этих случаях задача облегчается, если из области мотивов анализирующий переходит в другую плоскость понимания суицида — его рассмотрению с позиций нередко не осознаваемых детерминант суицидального поведения. Анализ последних облегчается, когда учитывается возможность их формирования в рамках всех возможных групп (регистров) суицидогенных факторов.

По-видимому, целесообразно отметить и некоторую общую характеристику представленных выше личностных особенностей. Это относится как к мировоззренческой стороне личности, так и к особенностям его психического функционирования. Пример мировоззренческого суицида (Юкио Мисима) показывает наличие большего суицидального риска именно в случаях краевых вариаций человеческой индивидуальности.

Приведенный выше один из списков психологических особенностей как факторов риска суицида демонстрирует возможность возникновения суицидального поведения у лиц с диаметрально противоположными характеристиками: эмоциональная лабильность — регид-ность, самостоятельность — зависимость, завышенная или заниженная самооценка. В любом из этих сочетаний речь идет об акцентуациях характера, или об индивидуально-личностных особенностях, выходящих за пределы так называемого среднего варианта психического функционирования.

Точно так же ведущими суицидогенными факторами могут быть: повышенная эмоциональность и выраженная недостаточность эмоциональной жизни, повышенная зависимость от окружения и утрата какого-либо влияния общества на индивидуума. Здесь важно то обстоятельство, что эти крайности сходятся в плане их возможного участия в формировании суицида. Последнее вовсе не означает, что те или иные параметры суицидального поведения отдельного суициден-та следует непосредственно выводить из

степени консолидации общества и влияния на это отдельных институтов (религия, профессия, семья и проч.). Не случайно Э. Дюркгейм не распространял развиваемые им положения об эгоистическом или альтруистическом суициде на индивидуальное самоубийство, рассматривая в рамках своих концепций суицид только как общественный феномен. Сказанное выше не исключает влияния характера связи общества и индивидуума и на конкретное самоубийство, но только в отдельных случаях это может выступать как детерминанта суицидального поведения.

Индивидуально-личностные особенности, выступающие при их определенной констелляции как ведущие причины суицида, составляют только один из регистров суицидогенных факторов. Другие два регистра включают ситуационно-личностные и статусные характеристики обстоятельств, связанных с покушением на самоубийство. При этом неблагоприятная социально-психологическая ситуация, существующая на момент суицида, находит непосредственное отражение в мотиваци-онной составляющей суицидального поведения и в большинстве случаев рассматривается как основная причина самоубийства. Однако мотив, связанный с этой ситуацией, может подменяться мотивировкой, связанной с непосредственным поводом, определяющим возникновение суицидальных тенденций. Повод часто определяется ближайшим к суициду событием, играющим роль «последней капли». В этом случае при анализе суицида существует возможность «нахождения» более общих или непосредственных причин самоубийства любого рода специалистом.

Указанное выше обстоятельство, несомненно, отражается на характере многочисленных статистических данных о мотивах и причинах самоубийств. Не случайно Э. Дюркгейм, ссылаясь на мнение Вагнера, писал о том, что так называемая статистика мотивов самоубийств есть на самом деле не что иное, как статистика тех мнений, которые составляют себе по поводу этих мотивов низшие чины полиции, обязанные собирать соответствующие сведения. Продолжая эту мысль классика, можно высказать предположение, что и современная научная статистика мотивов и причин самоубийств не может быть полностью

свободна от мнений тех или иных «чинов», изучающих эти аспекты суицидального поведения.

Э. Дюркгейм писал: «Как только оказывается, что в прошлом самоубийцы можно найти факты, которые, по господствующему убеждению, способны привести человека к полному отчаянию, всякие дальнейшие поиски причин прекращаются, и, смотря по тому, какие обстоятельства установлены, т. е. претерпел ли человек денежные потери или семейное горе, или имел наклонность к спиртным напиткам, самоубийство приписывается либо пьянству, либо домашним неурядицам, либо расстройству в делах. Каждый понимает, что нельзя в основание объяснения самоубийства класть такие сомнительные сведения».

Для доказательства неадекватности оценки причин и мотивов самоубийств в соответствии с «господствующим убеждением» автор приводит практически совпадающие в процентном отношении (за исключением пьянства и запоя) главные причины и мотивы самоубийств среди французских земледельцев и лиц свободных профессий (артистов, ученых, адвокатов) за период 1874-1878 гг. Среди этих причин фигурируют такие, как семейное горе (14,4 и 13,1 %), отвергнутая любовь, ревность (1,5 и 2,0 %), потеря места или состояния, нищета (8,2 и 8,9 %) и др. Цифры показывают исключительное сходство причин, вызывающих суицид, у весьма различающихся между собой «примитивного землероба и утонченного горожанина». По мнению Э. Дюркгейма, сходство этих цифр доказывает только то, что мотивы, приписываемые самоубийцей самому себе, не дают объяснения его поступку и в действительности являются в большинстве случаев лишь кажущимися причинами.

Несмотря на приведенные выше положения и выводы автора, с которыми согласится, по-

видимому, большинство современных суицидо-логов, и мотивы, выявляемые исследователями, и мотивировки, предъявляемые самими суицидентами, выступают как существенный момент анализа суицида. Другое дело, что мотивы и поводы далеко не всегда могут непосредственно выступать как ведущие причины формирования суицидального поведения. Но мотивы и поводы — это всегда отражение ситуации, поэтому без рассмотрения ситуационных суицидо-генных факторов практически не может анализироваться ни одно самоубийство. Знание основных вариантов (групп) неблагоприятных социально-психологических ситуаций, лежащих в основе мотивационной составляющей суицида, оказывается необходимым элементом понимания и объяснения случившегося.

Однако прежде чем перейти к непосредственному рассмотрению ситуаций и мотивов самоубийств, следует, по-видимому, дать некото-

рые общие характеристики понятия **конфликта** — своеобразного столкновения двух разнонаправленных тенденций в переживаниях человека, связанных с неблагоприятной социально-психологической ситуацией. Эти тенденции оказываются несовместимыми, однако каждая из них может выступать как мотив переживаний и поведения. Конфликт формируется как столкновение нескольких мотивов, которые одновременно не могут быть удовлетворены. Практически это столкновение ведущей потребности и препятствий для ее удовлетворения.

При **интерперсональном** (внешнем) конфликте один из его компонентов лежит вне личности и связан с одной из составляющих социально-психологической ситуации, препятствующей удовлетворению потребности (желанию сохранить семью препятствует уход мужа к другой женщине, стремление к определенным видам деятельности наталкивается на запрет со стороны близких и т. п.). **Интраперсональ-ный** (внутренний) конфликт возникает в случае, когда сталкиваются разнонаправленные тенденции, существующие в рамках психических переживаний самой личности (желание сохранить семью сочетается у одного из супругов с желанием быть с любимым человеком и тому подобные «альтернативы»). В ряде случаев конфликт носит **смешанный** характер (супружеская измена может вызвать чувство раскаяния и одновременно потребность новых измен, и когда «тайное становится явным», то к внутрипсихическому конфликту присоединяется и межличностный).

Интенсивность конфликта определяется соотношением его составляющих: чем более выражено различие двух тенденций, тем он менее выражен и, соответственно, легче разрешается. При относительно равной силе обеих тенденций (в рамках как внутри-, так и межличностного конфликта) социально-психологическая ситуация, породившая этот конфликт, субъективно переживается как тупиковая. Важно, что эта неразрешимость ситуации очень часто определяется «призмой индивидуального сознания». Но индивидуально-личностные особенности суицидента не позволяют менять сами составляющие конфликта (компромиссы и другие способы снятия напряжения), поэтому выход из «тупика сознания» видится только в прекращении существования одной из сторон. Другие возможные варианты разрешения конфликтной ситуации расцениваются как неприемлемые. Понятно, что поиск решения определяется и напряженностью конфликта, и особенностями личностных характеристик суицидента, включая этнокультураль-ные, психологические и иные ее составляющие.

В исследовании мотивов и определяющих их социально-психологических ситуаций, выполненных на протяжении XIX в. и в начале XX в.,

этот аспект изучения суицидального поведения характеризовался большим разбросом рубрик и принципов подхода. Даже в настоящее время, несмотря на все большее стремление к унификации научных понятий и рубрик, единого подхода к оценке социально-психологических ситуаций, лежащих в основе суицидального конфликта, не

существует. Многое определяется установками исследователя и невозможностью в этом вопросе полностью избежать субъективизма.

А. В. Лихачев в уже упомянутой выше работе писал, что число индивидуальных мотивов не ограничено, потому что всякое неудовлетворенное желание человека, любое стремление, встретившее существенные препятствия, может привести к самоубийству. И хотя в «статистическом» разделе соответствующей главы настоящей монографии данные исследования А. В. Лихачева уже приводились, автор посчитал возможным их своеобразное «дублирование» и в главе, посвященной рассмотрению детерминант суицидального поведения. Это связано с определенным различием контекстов, в которых рассматриваются данные. Если в предшествующей главе материалы А. В. Лихачева иллюстрировали возможности статистического метода в суицидологических исследованиях, то здесь мотивы самоубийства рассматриваются прежде всего с точки зрения их значения для формирования суицидального поведения. А. В. Лихачев выделял 9 классов мотивов самоубийств и отмечал трудность отнесения отдельных из них в ту или иную рубрику и различного рода «курьезы» тех или иных систематик. В прусской статистике внебрачная беременность отличается от забеременения вне брака и находится в одном классе со страхом наказания по суду и самоубийством после убийства.

Приведенные выше «курьезы» показывают, что статистика в области причин и мотивов суицидального поведения уже не носит такого определенного показателя, как другие параметры суицида (демографические показатели, время, способ самоубийства и проч.). И дело вовсе не в числе классификационных рубрик или включении отдельных мотивов в одну из них. Сама содержательная сторона мотиваци-онной составляющей суицида, ее понимание исследователями определяется и национальным колоритом, и чисто субъективными взглядами автора. Это препятствует возможности, весьма заманчивого с точки зрения изучения этно-культуральных влияний на суицид, непосредственного сравнения частоты тех или иных мотивов самоубийств XIX и XX вв. Можно только предполагать наличие определенных тенденций в этих характеристиках суицидального поведения. Данные А. В. Лихачева и аналогичные показатели нашего времени отражают не только действительное изменение мотивов самоубийств

за сто с лишним лет, но и существенное различие в подходах авторов, живущих в разных общественно-исторических условиях. (В дальнейшем еще будут сравниваться отдельные показатели мотиваци-онной составляющей суицидов XIX и XX вв.) Так, согласно статистике А. В. Лихачева, класс мотивов, объединяемых понятием «любовь» (включающий несчастную любовь, ревность и внебрачную беременность) по частоте встречаемости вообще находится на восьмом (последнем) месте в ряду других мотивов самоубийств. Проанализировав данные по Петербургу за 1866-1880 гг. и по Москве за 1871-1880 гг. (в Москве это данные и самоубийств, и покушений на самоубийства), автор расположил восемь классов мотивов в следующей последовательности (в скобках процент от общего числа, включающий и неизвестные мотивы (44, 56 %):

1 — душевные болезни (19,00),
2 — пьянство (9,76),
3 — материальные потери, неудачи (7,67),
4 — утомление жизнью (5,52),
5 — горе и обиды (4,49),
6 — физические страдания (3,54),
7 — стыд и страх наказания (3,36),
8 - любовь (2,10).

Однако представляющее определенный интерес сопоставление долевого участия мотивов неудачной любви в суицидальном поведении в двух исследованиях, разделенных промежутком в сто лет, к сожалению, некорректно. Изменилось и само содержание этой

классификационной рубрики, и процент так называемых неизвестных мотивов. Но в целом неудачная любовь как мотив суицида в процентном отношении от общего числа обследованных, по С. В. Бородину и А. С. Мих-лину (1980), составляет среди покончивших с собой 4,2 %, среди покушавшихся — 8,9 %. Само понятие «неудачная любовь» включает столько возможных оттенков и индивидуальных обстоятельств, что, по мнению автора настоящей работы, сравнение статистических данных по этой рубрике всегда будет недостаточно корректным. Другое дело — сравнение отдельных самоубийств, обстоятельства которых известны с исчерпывающей полнотой. Но как раз в случаях неудачной любви получить исчерпывающие данные нередко не удается не только от самого покушавшегося на самоубийство, но и от его ближайшего окружения.

Здесь возможны любые варианты искажения реальных мотивов: их сокрытие по тем или иным причинам, подстановка существующих «архетипов» обыденного мышления, согласно которым «любовная

лодка» — основная движущая сила не только жизни, но и добровольной смерти. Хорошо известен уже упомянутый выше «эффект Верте-ра», но даже никогда не слышавшие этих слов люди с детства усваивают, что в молодом и зрелом возрасте неудачная любовь — основной мотив самоубийства. Однако, как свидетельствуют статистические данные весьма обширных и серьезных исследований, публикуемых в конце XIX и XX вв., в ряду других суицидогенных факторов «любовь» (при любом содержании этой рубрики) занимает далеко не первое место среди других мотивов суицидального поведения.

Так, согласно данным С. В. Бородина и А. С. Михлина (1980), в ряду обширной группы мотивов, связанных с лично-семейными конфликтами, семейные конфликты и развод занимают первое место и составляют 37 % от общего числа. Другие мотивы этой же рубрики — это болезнь и смерть близких (11,4 %), одиночество (6,5 %), неудачная любовь, несправедливые отношения со стороны окружающих, половая несостоятельность, ревность, супружеская измена, потеря «значимого другого»,, недостаток внимания и т. д. Этот список может быть продолжен и другими неблагоприятными ситуациями, лично-семейные отношения и переживания нередко надо рассматривать в контексте более широкого взаимодействия суицидента с его окружением. И только в этом контексте семейные конфликты и отношения *со* «значимым другим» получают адекватную оценку. Это вовсе не исключает, что лично-семейные конфликты могут быть непосредственными детерминантами суицидального поведения, но возможен и вариант, когда ближайшее окружение — это только повод и мотивировка суицидальных тенденций, формирующихся в других «ситуационных зонах».

В целом, самоубийства, связанные с лично-семейными конфликтами, наиболее часто фигурируют как ведущие мотивы суицидального поведения. Это относится как к суицидам, закончившимся смертью, так и к покушениям на самоубийство. По данным С. В. Бородина и А. С. Михлина (1978,1980), около $^{2}/_{3}$ всех самоубийств происходит под влиянием мотивов лично-семейного характера. Вместе с тем, сравнивая свои данные (был обследован очень большой контингент самоубийц) с данными статистики 1925 г., эти авторы подчеркивают, что в то время лично-семейные мотивы в суицидальном поведении встречались намного реже (18 против 62,9 % в исследовании 1978 г.). Сами авторы отмечают неполную сопоставимость классификационных групп мотивов. В 1925 г. фигурируют такие мотивы, как разочарование, недовольство жизнью, горе и обиды и проч., часть которых, несомненно, была связана и с конфликтами лично-семейного плана.

Естественно, что взгляды исследователя определяются существующим в его время понятийным аппаратом. Так, для врача-суицидолога несомненный интерес вызывает специфическая причина самоубийства, которая у авторов XIX в. определялась термином «утомление жизнью» *(taedium vitae)* и составляла отдельную рубрику мотивов

самоубийств. Содержание этого понятия в какой-то мере отличалось у различных авторов. А. В. Лихачев отмечал незначительную разницу в относительной величине этого класса в Петербурге, Вене, Берлине и Париже. Будучи юристом, автор в эту рубрику помещал самоубийц, в отношении которых было указано в индивидуальных карточках: скучал, жаловался на тягость жизни, был задумчив и т. п.

Понятно, что дать адекватную диагностическую оценку этим «указаниям» не представляется возможным. Еще более сложно оценить клиническое значение этих жалоб в свете того, что автор, по примеру Морселли, относит в эту же рубрику такой мотив самоубийства, как страх военной службы. Однако А. В. Лихачев писал, что мнение Бриера де Буамона о том, что тягость и отвращение к жизни часто является мотивом самоубийства и при отсутствии каких бы то ни было признаков психического расстройства, далеко не всегда справедливо. Из самоубийц, попадающих в эту рубрику в Петербурге, только небольшой процент лиц состояли в браке. Самые интересные письма и записки встречаются в этой группе суицидентов, среди которых 42 % самоубийц (больше, чем в какой-либо другой группе) оставили те или иные предсмертные послания. Автор отмечал, что этот класс мотивов самоубийств настолько интересен для психолога, что может быть темой для особого сочинения.

По мнению И. А. Сикорского (1900), утомление жизнью (или отвращение от жизни) является одной из частых причин самоубийств. Взгляды одного из самых известных психиатров конца ХГХ-начала ХХ в. на утомление жизнью как мотив суицида вызывают несомненный интерес, так как оценку этого дает врач. Автор отмечал, что у многих самоубийц в их предсмертных записках можно найти ссылку на это душевное настроение, а иногда утомление жизнью выставляется как единственное побуждение к самоубийству. Это психическое состояние знакомо людям всех наций, и его называют одним и тем же термином. Отвечая на вопрос, следует ли признавать это состояние душевной болезнью и отождествлять с меланхолией, И. А. Сикорский, как и А. В. Лихачев, ссылается на мнение Бриера де Буамона, считавшего, что отвращение от жизни может быть частой причиной самоубийства при отсутствии каких-либо признаков помешательства.

Автор приводит и свои доказательства того, что это состояние не может отождествляться с болезнью: оно наблюдается гораздо чаще, чем душевные болезни. В известные эпохи оно усиливается, принимая характер эпидемии. Но между усилением его и учащением душевных болезней нет соответствия. Утомление жизнью замечается в переходные периоды общественной мысли, при смене одного мировоззрения другим. И. А. Сикорскии выделяет различные наименования этого состояния: *«утомление жизнью, скука, отвращение к жизни, утрата жизнерадостности или жизнерадостного настроения в противоположность живому гувству жизни,* иногда называют его *разоъарованием»* (курсив самого автора.— *В.* £.). Множество наименований этого состояния предполагают его различные оттенки. И. А. Сикорскии писал, что течение жизни связано для некоторых людей с возможностью утомления, с разочарованиями, с утратой жизнерадостности.

В сопоставлении мнений юриста и врача, каждый из которых ссылается на оценку описываемого явления одним из крупнейших авторитетов суицидологии XIX в., интересно, что один из них, врач, выводит это состояние за рамки болезни, другой, юрист, допускает возможность утомления жизнью и в рамках психического расстройства. С конца XIX в. и в течение всего ХХ в. это состояние уже не фигурирует в суицидологических исследованиях как возможный мотив самоубийства. В определенной мере это объясняется и развитием учения об аффективных расстройствах настроения, и уточнением критериев и составляющих мотивационной стороны суицидального поведения, и некоторой неопределенностью самого понятия «утомление жизнью». Об этой неопределенности свидетельствует множество терминов, используемых для обозначения этого состояния.

По мнению автора монографии, состояние, определяемое термином «утомление жизнью», само по себе не является причиной самоубийства, это скорее фон, который сопровождает почти любой суицид. Однако при отсутствии (или невозможности установления самим суи-цидентом) ближайшего события или непосредственного повода для покушения на самоубийство этот основной фон настроения достаточно часто фигурирует в качестве мотива самоубийства. Это состояние очень часто наблюдается при суицидах, совершаемых как в рамках психического расстройства, так и вне его. Вследствие неоднозначности трактовки состояния, определяемого понятием «утомление жизнью», и безусловной расплывчатости его границ возникала и возникает до настоящего времени возможность его оценки как в пределах психического здоровья, так и в рамках болезни. По мнению А. Ф. Кони (1923), снижение настроения перед смертью нельзя считать душевной болезнью.

Наличие перед самоубийством своеобразного фона настроения предполагает существование определенного общего радикала в психических переживаниях суицидента. По-видимому, некоторая общность характера переживаний у лиц, покушающихся на самоубийство, не носит случайный характер, а определяется наличием именно этого радикала при суицидах, совершаемых как в рамках психического заболевания, так и в пределах психического здоровья. Естественно, что сказанное не может относиться ко всем без исключения самоубийцам. Слишком многообразны формы психических расстройств и содержание переживаний и в рамках болезни, и тем более у психически здоровых.

Кроме того, сами механизмы возникновения этого общего радикала психических переживаний могут существенно отличаться у разных суицидентов. Однако здесь важны не механизмы, а именно итоговая составляющая переживаний, определяющая мировосприятие. Автор считает, что в соответствии с особенностями мировосприятия эта общая составляющая психических переживаний может быть определена термином **ангедония.** Под ангедонией понимается именно своеобразный общий радикал психических переживаний вне зависимости от психофизиологических механизмов их формирования: в рамках начинающейся шизофрении, при аффективных расстройствах или при устойчивом снижении настроения, не определяемом, однако, клиническим понятием «депрессивный эпизод».

Уже на примере такого мотива самоубийства, как утомление жизнью, видно, что прямое сопоставление статистических данных различных лет и разных исследователей оказывается некорректным в силу различий понимания этого термина и его неопределенности. Не меньшее значение имеет и тот факт, что далеко не всегда сами суициденты или обстоятельства суицида помогают установить мотивы самоубийства. П. Розанов (1891) писал: «К чему возлагать такие надежды на перетасовку цифр, долженствующих представлять мотивы самоубийства, когда известно, что, может, только сравнительно ничтожная часть этих мотивов верна; когда мы знаем, что редкий человек позволит другому проникнуть в свое святая святых, а не редко даже *сам не может уяснить себе,* что именно делается в его душе» (здесь и далее курсив наш.— *В. Е.).* По мнению автора, любые группы мотивов подлежат большому сомнению. Поэтому тот, кто хочет знать «истинные побуждения к самоубийству», должен в каждом частном случае собрать самый тщательный *анамнез* самоубийцы, чтобы рассмотреть всю совокупность психофизиологических свойств индивидуума, так как суицид является конечным результатом всей предшествующей жизни, результирующей умственного и телесного развития человека.

Предсмертные записки и письма далеко не всегда отражают истинные мотивы самоубийства. Однако именно этот материал чаще всего фигурировал в приложениях к

исследованиям по суицидологии XIX в. и до сих пор рассматривается как основное доказательство того или иного мотива самоубийства. По словам П. Розанова, далеко не всегда суицидент осознает действительные мотивы своего самоубийства, а также раскрывает для других самые интимные свои переживания. Но даже в рамках этих переживаний на первый план выступает или отмеченное выше своеобразное переживание ангедонии, или ближайшие события и поводы суицида.

Как пример суицида, причины которого носят более сложный характер, нежели выдвигаемые окружающими и самим самоубийцей мотивы, по-видимому, можно привести хорошо известное любому школьнику самоубийство Маяковского. Автор ни в коей мере не пытается делать «открытий» из хорошо известного факта ухода из жизни поэта, да и не располагает какой-либо новой информацией на этот счет. Тем более у автора нет никакого желания «сплетничать» о нюансах его переживаний или отношений с близкими перед самоубийством (о чем просил сам поэт в своем предсмертном послании).

Краткому анализу некоторых обстоятельств этого самоубийства следует, по-видимому, предпослать имеющиеся отдельные трактовки мотивов ухода из жизни поэта. Так, самая общая формулировка звучит очень солидно: сложная обстановка литературной борьбы 20-х гг. и личной жизни привели Маяковского к депрессии, вследствие которой он покончил с собой.

Существовала и точка зрения, что самоубийство поэта — следствие «осознания и раскаяния» в деле, которому *он* служил. Подобная трактовка — не просто дань нынешнему менталитету, требующему «покаяния за бесцельно прожитые годы» у всех, кроме отцов и самих авторов подобных разоблачительных статей и книг. Достаточно вспомнить написанные сразу после самоубийства цветаевские строки, отражавшие взгляды многих представителей русской эмиграции: *«Было,* стало быть, сердце, коль выстрелу следом — стоп». Однако ни в творчестве, ни в каких-либо высказываниях Маяковского перед самоубийством никто не может четко указать на следы этого «раскаяния», обращения «Савла в Павла». Он жил и умер «агитатором, горланом, главарем», отдающим свое творчество «атакующему классу». По мнению очень многих специалистов (а в объяснении мотивов самоубийства почти каждый считает себя специалистом), понимание суицида в первую очередь может опираться на предсмертные послания суицидента.

Вот предсмертное письмо Маяковского:

ВСЕМ!

В том, гто умираю, не вините никого и пожалуйста не сплетнигайте. Покойник этого ужасно не любил. Мама, сестры и товарищи, простите — это не способ (другим не советую), но у меня выходов нет.

Лиля — люби меня.

Товарищ правительство, моя семья это Лиля Брик, мама, сестры и Вероника Витольдовна Полонская. Если ты устроишь им сносную жизнь — спасибо.

Нагатые стихи отдайте Брикам, они разберутся.

Как говорят —

«Инцидент исперген», любовная лодка разбилась о быт. Я с жизнью в растете,
И не к гему перегенъ Взаимных болей, бед и обид. Сгастливо оставаться.

Владимир Маяковский. 12.IV.30 г.

Товарищи вапповцы — не сгитайте меня малодушным.

Сериозно — ничего не поделаешь.

Привет.

Ермилову скажите, гто жаль — снял лозунг, надо бы доругаться. В. М.

В столе у меня 2000 руб. — внесите налог. Остальные полугите с ГИЗа. В. М.

Обращает на себя внимание следующее. Предсмертное письмо с перефразированными

стихами лета 1929 г. написано 12 апреля, а роковой выстрел прозвучал только через 2 дня (14-го). Известны обстоятельства, предшествовавшие этому самоубийству. Выстрел прозвучал сразу после ухода Вероники Полонской и ее отказа уйти от мужа и из театра. Тотчас вернувшись, она застала его еще живым. Однако хорошо известные обстоятельства их отношений и даже их последнего разговора не могут полностью прояснить, почему осознание того, что «любовная лодка разбилась о быт» и прощальные фразы предсмертного письма так разделены во времени, почему уже после принятия решения о самоубийстве поэт составляет план разговора с Полонской, в котором фигурируют фразы: «...нельзя быть смешным... Я не кончу жизни, не доставлю такого удовольствия *худ. театру».* Из сопоставле-

ния этих фактов можно предположить, что решение о самоубийстве не носило окончательного характера и что существовали какие-то обстоятельства его переживаний, которые могли быть и не связаны с отношениями с любимой женщиной.

Употребив выше слова «можно предположить», автор и в дальнейшем считает свои рассуждения о некоторых обстоятельствах самоубийства Маяковского предположениями. Поэт, как и множество других самоубийц прошлого и настоящего, не оставил потомкам и даже знавшим его людям развернутого объяснения **причин** самоубийства. Понятно, что это право любого суицидента — не раскрывать свои переживания, как и обязанность других людей — «не лезть в душу», да еще в момент решения вопроса «быть или не быть». Однако здесь, как и во множестве других суицидов, можно говорить не столько о реализации права «не обнажаться для посторонних», сколько о невозможности для самоубийцы полностью структурировать складывающуюся ситуацию и даже нередко вербализовать свои переживания. Не случайно чаще, чем истинные мотивы суицида, в высказываниях самоубийц и в предсмертных письмах звучат только непосредственные поводы и связанные с этим мотивировки.

Этих мотивировок сплошь и рядом не хватает для понимания движущих сил суицида, его действительных причин. Демьян Бедный в некрологе спрашивал по поводу самоубийства Маяковского: «Чего ему не хватало?» — и отмечал «жуткую незначительность» его предсмертного письма. Внешне как раз в этом самоубийстве все расставлено по своим местам: «любовная лодка, разбивающаяся о быт», предполагает достаточно четкий мотив суицида — лично-семейный конфликт и даже очень конкретную рубрику — неудачную любовь. Однако именно в случае самоубийства Маяковского для объяснения его состояния перед самоубийством этого конфликта оказывается мало. Не случайно, объект его несчастной любви, Вероника Полонская, просит его после встреч с ней обратиться к врачам и отдохнуть.

По-видимому, можно говорить о более сложных обстоятельствах его жизни, нежели отношения с любимой женщиной, начавшиеся вовсе не накануне суицида. Требования к Полонской узаконить их отношения возникли еще в январе, когда Маяковский узнал о замужестве его предшествующей (и даже «параллельной») любви — Татьяны Яковлевой. Однако и тогда, и до самого последнего времени требования развода и ухода его из театра не были выдержаны в таких тонах, как теперь, когда *его* просят «полечиться». Даже само предсмертное письмо в вопросе любви, семьи и брака звучит в общем-то двусмысленно и включает сразу двух «любимых», входящих в его семью: Веронику

Витольдовну Полонскую и «взошедшую на сердце поэта» много лет назад Лилю Юрьевну Брик.

Но в свете содержания его предсмертного письма «несчастная любовь» как основная причина его самоубийства выглядит скорее как повод и основание для конкретной мотивировки суицида или даже как «последняя капля», переполнившая чашу его переживаний в неблагоприятно складывающейся ситуации. Еще один «нюанс», не

позволяющий выводить мотивы самоубийства поэта только из отношений с Полонской, состоит в том, что еще в 1929 г. были написаны строки предсмертного послания, но там вместо «я с жизнью в расчете» звучало «с тобой мы в расчете». «Нюанс» состоит в том, что, по мнению некоторых исследователей, эти стихи были посвящены... Полонской. И даже если эти строки обращены к другой женщине, обращает на себя внимание то, что ранее «любовная лодка, разбившаяся о быт», вовсе не приводила к «расчетам с жизнью».

Но что-то должно было измениться в состоянии человека, который, несмотря на все литературные дрязги и сложность взаимоотношений с женщинами, писал, что «жизнь хороша, и жить хорошо». По крайней мере, это мироощущение звучало в его творчестве как лейтмотив общей оценки происходящего в стране и «места поэта в рабочем строю». Можно предположить, что переход оптимизма в отчаяние в какой-то степени определялся и неожиданно возникшими сомнениями в своем «месте». Оснований для этих сомнений было более чем достаточно. Ему, «полпреду стиха», совершенно неожиданно отказывают в визе на выезд в Париж. (Автор оставляет открытым вопрос, кто здесь «постарался», так как это не относится к теме.) Можно только предположить, как на это мог реагировать человек, в любое время свободно и беспрепятственно пересекавший границы и «вместе со страною» бросавший вызов не только «штатишкам», но и любой другой стране и эмиграции.

А дальше можно только перечислять множество обстоятельств, каждое из которых никак не добавляло оптимизма поэту. А с учетом особенностей его личности все происходящее с ним и вокруг него должно было привести (и привело в конце концов) к отчаянию, когда человек лихорадочно ищет решение хоть какой-либо из своих проблем — и не находит его. Разбор и предыстория этих «обстоятельств» заняли бы слишком много места.

В начале 1929 г., после перехода Маяковского в РАПП (ВАПП), от него отворачиваются друзья по ЛЕФу. Старые лефовские соратники по литературной борьбе клеймят «предателя», но и рапповцы относятся к «новообращенцу» весьма настороженно. Как мог реагировать на это

поэт, всегда чувствовавший себя не просто «агитатором* и «горланом», но и «главарем». А «главаря» в поэте ощущало все окружение, другое дело оценки его лидерства (у Есенина — «штабс-маляр», у Катаева — «Командор»). В это же время произошел грандиозный провал его «Бани» (в Ленинграде и в Москве), на открытие организованной им персональной выставки приходят только Брик и Шкловский, а за время работы выставки ее не посетил ни один из руководителей страны или даже чиновник от искусства. Что может чувствовать в этой ситуации человек, которому рукоплескали из правительственных лож?! За несколько дней до самоубийства случился полный неуспех его выступления в молодежной аудитории, почти единогласно определившей, что его стихи «непонятны».

И даже такой пустяк (в другой ситуации), как длительное отсутствие Бриков, для человека, привыкшего на протяжении многих лет прятать «звон свой» (хотя какой уж тут «звон»!) в «мягкое-нежное» привычной атмосферы его весьма специфической, но все же семьи, их (Бриков) отсутствие оказывается далеко не «пустяком». Отсутствует так необходимая отдушина в ситуации, когда человеку не хватает именно «воздуху» (как определял это состояние Свидригайлов незадолго до своего самоубийства). Но для Маяковского Лиля Юрьевна и Осип Максимович — не просто «отдушина», но и в чем-то своеобразные «вдохновители и организаторы» если не всех, то очень многих творческих, идейно-политических и иных «побед». Так сложились обстоятельства, что, в отличие от радости побед, горечь непрерывной череды поражений разделить-то и не с кем. И все это происходило на фоне затянувшегося гриппа с человеком, отличавшимся, мягко говоря, весьма неординарными индивидуально-личностными особенностями.

Здесь решающим фактором суицида, по мнению автора настоящей работы, выступают

именно ситуационные влияния, а не индивидуально-личностные особенности самоубийцы. Здесь не обстоятельства, подошедшие как «ключ к замку» (выражение Кречмера), «открыли» особенности личности, а скорее наоборот — личность оценивает все происходящее благодаря «призме индивидуального видения» как непереносимую ситуацию.

Конечно, разграничение выделяемых нами личностных, ситуационных и даже статусных суицидогенных факторов в анализируемом суициде весьма условно. Не случайно упоминается затянувшийся грипп. Вряд ли можно сбросить со счетов и находящиеся на грани с психопатологией особенности психической жизни поэта (хорошо известные по многим работам). Естественно, что в плане Суицидологического анализа наибольшее значение имеет один штрих из воспоминаний

Лили Брик: «Мысль о самоубийстве была хронической болезнью Маяковского, и, как каждая хроническая болезнь, она обострялась при неблагоприятных условиях... Всегдашние разговоры о самоубийстве! Это был террор».

Однако, как было показано в нескольких специально проведенных исследованиях, в самоубийстве от «слова» к «делу» дистанция огромного размера. Замыслы далеко не всегда переходят в намерения. И даже в рамках завершающего этапа суицидального поведения один из вариантов отношения к необходимости и возможности собственной смерти хорошо известен как так называемый «суицид-игра» (по типу «русской рулетки»).

О том, что оформленные письменно еще за два дня до самоубийства (12 апреля) «расчеты с жизнью» не носили однозначного характера, свидетельствует и написанный в то же время (или позже) «план разговора Маяковского с Полонской» с уже упоминавшимися словами, что «я не кончу жизнь, не доставлю такого удовольствия худ. театру».

С одной стороны, существование этого «плана разговора» означает надежду поэта на то, что «лодка» еще не окончательно разбилась, с другой, уже существуют мысли о самоубийстве, в качестве контраргумента которых выступает желание лишить кого-то «удовольствия». И этот «кто-то» вовсе не женщина, с которой он собирается выяснять отношения, и, по-видимому, не только «худ. театр», совсем не упоминаемый в тексте предсмертного письма. Если не считать взятую из ранее написанного стихотворения «любовную лодку», то, по мнению автора, других указаний на «неудачную любовь» как основную причину суицида в этом послании как раз и нет. Не случайны и слова Демьяна Бедного о «жуткой незначительности» письма: в нем, по существу, отсутствуют четкие указания на мотивы еще только возможного самоубийства. (В принципе, как уже отмечалось, самоубийца и не обязан никому ничего объяснять, да и не всегда может до конца разобраться сам, почему возникает желание «ставить точку пули в своем конце».)

По-видимому, обстоятельства суицида и своеобразный гипноз стихов о «любовной лодке» и определили «неудачную любовь» в качестве основной мотивационной составляющей этого самоубийства. Нет необходимости развивать дальше анализ предсмертного послания поэта (его общий тон, упоминаемые детали быта: от «товарищ правительство» до «налога» и проч.). В контексте настоящей главы это самоубийство позволило в какой-то мере показать различие между конкретными поводами, мотивами и определяющими причинными факторами суицида.

При этом, независимо от характера оценок разными людьми обстоятельств самоубийства Маяковского, детерминанты этого суицида

находятся в регистре ситуационных суицидогенных факторов. Однако, по мнению автора, исключительно краткий анализ этого суицида позволил в какой-то мере «расширить» неблагоприятно сложившуюся социально-психологическую ситуацию, указав на ряд моментов более общего характера, нежели «неудачная любовь», выступившая только как осознаваемый (прежде всего окружением поэта) мотив его самоубийства. Констелляция

ситуационных факторов самого различного плана (при безусловном участии особенностей личности) и определила в данном случае возникновение суицидального поведения.

В процессе суицидологического анализа должно отметить еще одно обстоятельство, которое, по мнению автора настоящей работы, достаточно наглядно выступает благодаря тому, что суицид совершает один из самых известных поэтов нашей страны (а его известность не могут отрицать даже люди, не находящие в его стихах никакой поэзии). Уникальность его личности и творчества сочетается здесь со своеобразной уникальностью обстоятельств самоубийства. Естественно, что эта «уникальность», неповторимость обстоятельств суицида обнаруживается, если в качестве возможных причин суицида поэта рассматривается не только «несчастная любовь», но и отмеченные выше другие зоны переживаний, в том числе и связанные с «местом поэта в рабочем строю».

Это «место» действительно было уникальным, отсюда и впечатление (по крайней мере, у автора настоящей монографии) уникальности его переживаний и ситуации. Но переживание уникальности ситуации, своеобразной неповторимости имеющегося конфликта, по существу, в той или иной форме характерно для любого суицидента. Отсюда субъективная неразрешимость конфликта, тупиковый характер ситуации, невозможность нахождения каких-либо аналогов в окружающем мире с иными, кроме суицида, способами их разрешения. Этот нюанс переживаний самоубийцы приходится учитывать и в процессе анализа суицида, и, естественно, в психотерапевтической работе с су-ицидентом.

На втором месте по частоте встречаемости после мотивов лично-семейного плана находятся мотивы, определяемые состоянием здоровья. По данным С. В. Бородина и А. С. Михлина (1980), они встречаются у 18 % лиц, в отношении которых мотивы были установлены. Сюда входят лица с психическими и соматическими заболеваниями и уродствами (число последних незначительно по сравнению с первыми двумя). Понятно, что уродства наиболее тяжело переживают лица относительно молодого возраста (15-30 лет), а соматические болезни как мотив суицидального поведения более характерны для лиц пожилого

возраста. Патологоанатомические данные показывают, что в случае завершенных суицидов от 25 до 75 % самоубийц имели различную соматическую патологию. Треть суицидентов получали медицинскую помощь в течение последних 6 месяцев перед смертью (Bille-Brahe U. et al., 1995). Следует также учесть, что значительная часть лиц с различного рода заболеваниями или уродствами может также совершать суициды и по мотивам, связанным с лично-семейными конфликтами. В этих случаях то или иное заболевание выступает только как сопутствующий фактор.

В медицинской практике исключительное значение имеет тот факт, что нередко суицидальное поведение может быть связано с фактом постановки тяжелого диагноза при отсутствии соответствующей психотерапевтической работы при информировании об этом больного. Вместе с тем отсутствие соответствующей информации определяет и тот факт, что почти у каждого десятого суицидента субъективные представления о тяжести того или иного заболевания оказались заведомо преувеличенными. Следует также отметить, что коэффициент летальности по мотивам суицидов, связанных с соматическими заболеваниями, существенно выше, чем при психических (5,2 и 0,8). Наиболее часто мотивация суицида, связанная с соматическим заболеванием, отмечается у онкологических больных и при поражениях сердечнососудистой системы.

Среди других конфликтов, определяющих мотивацию суицидального поведения, отмечаются конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, с работой или учебой, материально-бытовыми трудностями. По мнению отдельных исследователей, последние встречаются крайне редко, речь скорее идет о завышенных притязаниях, которые субъект не может удовлетворить в силу некоторых причин: недостаточных

способностей, уровня образования или систематического злоупотребления алкоголем (Амбрумова А. Г., Тихонен-ко В. А., 1980). Однако автор на протяжении последнего десятка лет неоднократно сталкивался с суицидентами, у которых материальные трудности если и не выступали в качестве детерминант суицидального поведения, то стояли все же в ряду несомненных суицидогенных факторов. По-видимому, следует говорить о редкости этих мотивов, но вовсе не об их исключительности и не связывать их только с завышенным уровнем материальных притязаний. Об этом говорят и данные исследований, в которых отмечается, что материально-бытовые трудности как мотивы самоубийств характерны в первую очередь для лиц зрелого и пожилого возраста, а не для молодежи, отличающейся завышенным уровнем притязаний любого рода.

Следует также отметить, что при конфликтах, связанных с антисоциальным поведением, коэффициент летальности тем выше, чем более серьезна угроза уголовной ответственности и ее тяжесть. В этой группе суицидентов отмечается резкое преобладание мужчин (по различным источникам, в 10 раз больше, чем женщин). В значительной степени это соответствует соотношению по признаку пола вообще и среди лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за более тяжкие преступления. Естественно, что суицидальное поведение, определяющееся мотивами, связанными с учебой, характерно для лиц молодого, а с работой — зрелого возраста.

Несмотря на то что в главе, посвященной детерминантам суицидального поведения, рассматриваются ситуационные суицидогенные факторы, и в ряду этих составляющих самоубийства значение личности не вызывает сомнений. Не случайно каждый из выделяемых автором регистров суицидальных детерминант имеет в качестве обязательного компонента слово «личность» (ситуационно-личностные факторы и другие, указанные выше). Особое значение фактор личности приобретает в случае так называемых аномических суицидов, выделенных Э. Дюркгеймом. При этом **аномия** (скорее, не отсутствие, а именно исчезновение, потеря законов и устоев жизни) может выступать как фон, на котором действуют все перечисленные выше возможные конфликты в той или иной сфере жизнедеятельности.

Аномия может быть и суицидогенным фактором ситуационного характера, являющимся непосредственной детерминантой суицидального поведения. В этих случаях резкое изменение «среды обитания», потеря ранее существовавших норм, законов, обычаев, форм поведения, несоответствие появившихся ценностных ориентации существовавшим ранее могут определять возникновение суицидальных тенденций. Естественно, что возникающие мысли о нежелании жить далеко не всегда завершаются самоубийством, но, к сожалению, возможность этого достаточно велика. Не случайно выше в качестве мотивов лично-семейного характера отмечались такие факторы, как смерть близких и одиночество. Однако аномия — это еще и суицидогенный фактор с более широким содержанием, при котором новые формы общественной жизни и морали не соответствуют имеющимся у человека ценностным установкам. А. Ф. Кони (1923) писал: «Удрученное перед смертью настроение ошибочно считать душевной болезнью. То, что итальянцы определяют словом *ambiente,* обнимающим собой среду, обстановку, условия жизни частного человека, и рядом с этим социальные и политические потрясения могут вызвать такое именно удрученное настроение в том, кто не может и не умеет, подобно животно-

му, и притом низшей породы, относиться ко всему его окружающему безразлично и впасть в то, что Герцен называл "тупосердием"».

Среди отмеченных выше факторов «среды обитания» в интересующем нас плане важен такой момент, как «социальные и политические потрясения». Именно эту ситуационную составляющую суицидогенных факторов хотелось бы проиллюстрировать одним

достаточно хорошо известным самоубийством, случившимся в самый переломный период общественно-политических перемен, происходящих в нашей стране. Здесь в мотивах суицидального поведения отчетливо звучат переживания, связанные с этими событиями.

В 17 часов 21 ноября 1991 г. участковый инспектор обнаружил в автомобиле, стоявшем в гараже на даче в поселке Советском, труп, и после расследования обстоятельств случившегося дежурный Подольского РУВД внес в журнал происшествий запись о том, что погибла известная русская поэтесса, народный депутат СССР Юлия Владимировна Друнина. Она отравилась выхлопными газами от автомобиля. Предсмертная записка не оставляла сомнений, что это самоубийство. Позже стали известны ее последние, предсмертные стихи.

Ухожу. Нету сил.
Лишь издали
(Все ж крещеная!)
Помолюсь
За таких вот, как вы,—
за избранных,
Удержать над обрывом Русь.
Но боюсь, что и вы
бессильны -
Потому выбираю смерть.
Как летит под откос
Россия
Не могу, не хозу смотреть.

Другой вариант этого предсмертного стихотворения начинается словами: «Покрывается сердце инеем, очень холодно в судный час...» — и кончается обращением: «Господи! Спаси Россию!»

Можно сколько угодно предполагать наличие причин самоубийства личного характера, но не вызывает сомнений, что у поэтессы прежде всего звучит боль за страну, которую она ушла защищать добровольцем в 17 лет, а после тяжелого ранения вновь вернулась добровольно на фронт. Только в 1944 г. после второго тяжелого ранения, Юлия демобилизовалась и поступила в Литинститут. Фронт для нее —

это не госпиталь или медсанчасть, а санинструктор в пехоте, на передовой.

Я пришла из школы в блиндажи сырые, от Прекрасной Дамы в «мать» и «перемать». Потому гто имя ближе, гем Россия, Не могла сыскать.

Чтобы понять, почему наступил «судный час», почему «покрывается сердце инеем», необходимо знать, кто это пишет и почему.

Нет необходимости приводить строки: «Я только раз видала рукопашный...» Лучше вспомнить о том, что поэтесса пришла в избираемый на новой основе Верховный Совет СССР и решила выйти из него, когда поняла, чего можно ждать от всей этой «говорильни». Перед этим она неоднократно жаловалась на безрезультатность своих усилий в высшем органе распадающейся страны. Вначале она отказалась от депутатских денег, а затем подала заявление о выходе.

В августе 1991 г. она бросилась защищать и три ночи «защищала» «Белый дом». Какое должно было наступить отрезвление, когда она поняла, что и кого она защищала! Известно, что она плакала, узнав, что какие-то молодые подонки, науськанные «инженерами человеческих душ» из СМИ, избили и сорвали Звезду Героя у члена московского клуба Героев Советского Союза и кавалеров орденов Славы трех степеней. Юлия Владимировна приходила в ужас, когда смердяковствующие «властители дум» рассуждали о том, что «воевали и победили зря» («если бы не победили, давно бы пили прекрасное баварское пиво и не знали никаких забот»). Можно себе представить (но

невозможно пережить другим), что чувствовал в этой атмосфере человек, писавший о себе: «Я ушла из детства в грязную теплушку, в эшелон пехоты, в санитарный взвод...» А ведь эта смерть произошла еще за две недели до Беловежских соглашений. Смогла бы она их пережить?!

Нет необходимости подчеркивать значение фактора личности в самоубийстве Юлии Друниной. Ее максимализм проявлялся не только в боли за поруганное и оплеванное поколение победителей, но был пронесен ею через всю жизнь. По отзывам всех знавших ее людей, она просто не могла жить по-другому. Юлия Друнина убила себя вследствие инстинкта самосохранения, она не могла и не хотела изменить себя, не могла и принять происходящее в стране. Сердце, «покрываю-

щееся инеем», наверное, было слишком горячим, чтобы человек, имеющий его, мог жить в мире перевернутых понятий и крушения самого значимого в его жизни.

Автор не считал необходимым давать конкретный суицидологический анализ самоубийства Юлии Владимировны Друниной. Как-то не соединялись пронзительные стихи о «судном часе» и «сырых блиндажах» молодости поэтессы со словами «суицидогенный фактор ситуационного характера», «детерминанты суицидального поведения» и т. п. Однако, перечитав написанное выше, автор посчитал, что все эти суицидологические понятия были изложены в стихах самой Юлии Друниной и приведенных выше обстоятельствах ее жизни. Как говорил один из героев Булгакова,«и доказательств никаких не требуется. Все просто...». Стихи, по-видимому, лучше автора монографии раскрывают несуществующую «тайну» этого суицида. Осознание необходимости перемен («А все-таки надо на прошлом - крест, иначе мы все пропали...») еще не означает возможности эмоционального принятия происходящего в стране и переоценки прошлого:

Но даже злейшему я врагу Не стану желать такое: И крест поставить я не могу, И жить не могу с тоскою.

Однако тема настоящей книги требует, чтобы в главе, рассказывающей о детерминантах суицидального поведения, были представлены не только индивидуальные и ситуационные, но и статусно-личностные суицидогенные факторы. Возможность возникновения суицида, движущей силой которого выступает в первую очередь само психическое состояние суицидента, не вызывает сомнений. Понятно, что как индивидуальные, так и ситуационно-личностные факторы приводят в конце концов к возникновению состояния, в котором человек совершает покушение на самоубийство. Но в этих случаях самоубийство детерминируется все же суицидогенными факторами, лежащими в указанных выше регистрах. Однако в отдельных случаях суицид связан непосредственно с характером состояния, развившегося вследствие того или иного воздействия ситуации на личность.

Естественно, что разграничение суицидогенных факторов на индивидуальные, ситуационные или статусные регистры, как уже отмечалось выше, носит условный характер. В действительности всегда отмечается констелляция факторов всех трех регистров. Вместе с тем не вызывает сомнений, что депрессия, появившаяся в результате ситуационного воздействия у личности с теми или иными особенностями,

в дальнейшем может развиваться по своим законам и тяжесть психопатологической симптоматики нередко становится ведущей причиной формирования суицидального поведения. Понятно, что состояние человека само по себе может привести к суицидальным тенденциям не только в рамках депрессии, но и при психических расстройствах самого различного характера, сопровождающихся разнообразной психопатологической симптоматикой (галлюцинации, бред и проч.).

Сказанное выше не исключает возможности совершения пациентами с психическими расстройствами суицидов, мотивы которых лежат вне психопатологии, а детерминанты суицидального поведения находятся в индивидуально- или ситуационно-личностных регистрах. Только суицидологический анализ каждого покушения на самоубийство позволяет определять движущие силы конкретного суицида. В любом случае состояние, предшествующее попытке ухода из жизни, должно стать обязательным параметром оценки случившегося.

Вряд ли в настоящее время можно соглашаться с представлениями П. Г. Розанова о том, что суициды могут совершать только лица с психическими расстройствами, что различного рода изменения состояния человека непосредственно перед смертью доказывают «сумасшествие» суицидента. Во второй половине XX в. различными исследователями хорошо изучена и описывается широкая гамма психоэмоциональных сдвигов (от реакций, остающихся в пределах психического здоровья, до выраженных психотических состояний), констатируемых у лиц, покушавшихся на самоубийство (Шнейдман Э., 1965; Амбрумова А. Г., 1980, и др.). В рамках различного рода психических расстройств характер психопатологической симптоматики, безусловно, нередко может играть ведущую роль в формировании суицидального поведения.

Не вызывает сомнений, что при шизофрении суицидальные тенденции могут быть обусловлены не только императивными галлюцинациями соответствующего содержания, но и особенностями реагирования больного на «голоса» («замучили»), на невозможность найти выход из ситуации «преследования», связанного с бредовыми переживаниями. Естественно, что и так называемая психологически понятная реакция на психотические переживания не может не отражать и особенности заболевания у того или иного суицидента. Психопатологическая симптоматика, внешне не определяющая возникновение суицидальных тенденций, не может быть вырвана из контекста целостных переживаний, предшествующих покушению на самоубийство.

Наличие таких изменений эмоциональности, как снижение настроения, эмоциональная лабильность и др., оказывает безусловное влияние на формирование суицидального поведения. Однако здесь рассмат-

риваются варианты суицидов, в которых детерминирующим фактором самоубийства выступают в первую очередь те или иные характеристики самого состояния суицидента (в контексте шизофрении — это психопатологическая симптоматика). При этом своеобразным системообразующим суицидогенным фактором при шизофрении может выступать как активная психотическая симптоматика (бред и галлюцинации), так и другие симптомы этой болезни (расстройства мышления, эмоционально-волевые нарушения). Все эти суицидогенные комплексы (неблагоприятная констелляция симптомов болезни) обусловливают так называемый психотический вариант суицидального поведения.

В одних случаях, как уже отмечалось выше, суицид — это реакция «здоровой» личности на психотические переживания, в других — покушение на самоубийство непосредственно обусловлено самой психопатологической симптоматикой (императивными галлюцинациями, переживаниями психического автоматизма и др.). В литературе также неоднократно подчеркиваются такие особенности покушений на самоубийство у больных шизофренией, как нередко встречающийся так называемый импульсивный суицид. В этом суициде отчетливо проявляются такие психические нарушения, как патология волевой деятельности и расстройства мышления.

В настоящей главе в плане представлений о детерминантах суицидального поведения важно, что на примере расстройств шизофренического спектра можно с достаточной определенностью считать, что весьма часто у этих суицидентов причинный фактор самоубийства связан с особенностями самого состояния лиц, покушавшихся на самоубийство. Естественно, как уже отмечалось выше, наличие болезни вовсе не

исключает и других регистров детерминант суицидального поведения. Важно, что сама по себе психопатологическая симптоматика (и более широко — само состояние суицидента) нередко приводит к тому, что в формировании суицидальных тенденций ведущим становится статусно-личностный регистр суицидогенных факторов.

Однако само состояние может становиться основной движущей силой суицидального поведения и вне рамок психических расстройств шизофренического спектра. Более того, существует зона так называемых **акцентированных реакций,** занимающих промежуточное положение между психическими расстройствами и реакциями, остающимися в пределах нормальных переживаний. Один из наиболее известных отечественных суицидологов начала XX в. Г. И. Гордон (1912) писал: «Мы полагаем, что к реакции в форме самоубийства способны не только больные и болезненные, но и здоровые души, совершенно нормальные по своим качествам и эмоциям».

Непатологические реакции в виде суицидального поведения относят к ситуационным видам реагирования. А. Г. Амбрумова (1983) выделяет по характеру феноменологии и динамике шесть типов этих ситуационных реакций: **эмоционального дисбаланса, пессимистическая, отрицательного баланса, демобилизации, оппозиции** и **дезорганизации.** Понятно, что уже само название этих реакций предполагает, что ведущую роль в их генезе играют ситуационные суици-догенные факторы. Каждая из этих реакций при их усилении в плане интенсивности переживаний может уже обусловливать качественный сдвиг психической деятельности в виде уже упомянутых выше акцентированных реакций, в рамках которых суицидальное поведение прежде всего определяется характером и особенностями самого состояния человека в период времени, предшествующий покушению на самоубийство. В первую очередь это относится к таким реакциям, как реакция **эгоцентрического переключения** и **психалгии** (душевной боли). И хотя Э. Шнейдман считал, что душевная боль характерна для любого суицида, ее наличие еще не может непосредственно становиться детерминантой суицида у всех самоубийц.

Трудно себе представить, что реакция эгоцентрического переключения как крайний вариант аффективно суженного сознания, доходящая в своих крайних проявлениях до сумеречного в рамках патологического аффекта, не является определяющим фактором генеза суицидального поведения. Здесь сознание переключается на субъективные импульсы, а сама по себе ситуация отходит на задний план. Следует также учесть, что в подобных реакциях ситуация, оцениваемая как суицидогенная, практически может отсутствовать или, по крайней мере, сплошь и рядом не переживается самим суицидентом как тупиковая. В реакциях эгоцентрического переключения (они будут приведены в соответствующей главе) никакого поиска решения может и не происходить, а в отдельных случаях мотивация суицида в момент совершения аутоагрессивных действий может даже отсутствовать и возникает позднее, когда требуется объяснить самому себе и окружающим случившееся. Однако в момент так называемого молниеносного суицида возникающая **суицидальная идеация** (мысли о самоубийстве) практически по времени не разделена с намерениями и конкретными действиями, направленными на прекращение собственной жизни.

Стоящие на границе между ситуационными непатологическими формами реагирования и психическими расстройствами акцентированные реакции представляют собой переходную зону. И если наличие синдромов измененного сознания по типу сумеречного детерминанта суицидального поведения, по мнению автора монографии, ле-

жит в регистре статусно-личностных суицидогенных факторов, то в переходной зоне можно говорить о смешении причинных факторов суицида без четкого их разграничения.

Естественно, что указать границу и клинически определить переход от психологического понятия «кон-стрикция души» (Э. Шнейдман) к психопатологическому сумеречному состоянию сознания и его своеобразному варианту, эгоцентрическому переключению, определяемому в рамках суицидологии, практически невозможно.

Так называемое «тоннельное сознание» Э. Шнейдмана рассматривалось (без выделения специальных терминов) уже в работах неоднократно цитируемого выше «сюисюдолога» П. Г. Розанова (1891) для обоснования того, что самоубийца «должен быть рассматриваем как умственно нездоровый человек». Доказательства этого автор видел в наличии у суицидентов состояния аффективно суженного сознания, при котором отсутствует «борьба противоположных представлений». Однако в рамках развиваемых выше положений о причинных факторах суицида важно представление того, что суицидальное поведение может быть детерминировано в первую очередь самим состоянием суицидента. Это может наблюдаться и в рамках заведомых психических расстройств, и в пределах так называемых акцентированных реакций, занимающих промежуточную зону между нормой и патологией. Реального противодействия аффективно суженному сознанию и возникающим в рамках этого суицидальным тенденциям оказать невозможно. В качестве антисуицидального фактора здесь могли бы выступать гипотетические механизмы противодействия возможному сужению психической жизни самоубийцы на фоне неблагоприятно складывающейся констелляции различных суицидогенных факторов.

Среди упомянутых выше акцентированных реакций, по-видимому, одной из наиболее часто встречающихся является реакция душевной боли (психалгии). По мнению Э. Шнейдмана, невыносимая психическая боль является общим стимулом суицида, это то, от чего суици-дент «стремится убежать» в своем желании «прекратить поток сознания». При этой реакции не наблюдается выраженного изменения сознания, хотя и отмечаются некоторое сужение мотивационной сферы и ограничение сферы общения. В соответствии с преобладающим аффектом психалгии могут быть разделены на тревожные, тоскливые и дис-форические (раздражительные). В любом случае реакции по типу непереносимой психической боли связаны с повышенной интенсивностью отрицательных эмоций. Важно, что реакция психалгии, как и описанная выше реакция эгоцентрического переключения, также может быть расценена как своеобразная переходная зона.

С одной стороны, это переход от упомянутых выше ситуационных непатологических реакций (эмоционального дисбаланса, пессимистических и др.), в структуре которых в той или иной форме всегда присутствуют изменения эмоциональности с общим фоном сниженного настроения; с другой стороны — от несомненных психических расстройств в виде депрессий различного генеза и выраженности (от легких до тяжелых депрессивных эпизодов, сопровождающихся психотическими симптомами). Как известно, депрессивные состояния нередко сами становятся непосредственным источником и движущей силой суицидального поведения. В таких случаях суицид детерминируется теми или иными психопатологическими феноменами, связанными с депрессией.

Скорее как пример трудностей определения детерминант суицидального поведения и существования статусно-личностного регистра суи-цидогенных факторов, а вовсе не для клинической диагностики ниже приводятся некоторые хорошо известные обстоятельства одного самоубийства. Этот суицид нередко рассматривается почти как символ эпохи репрессий. Автор не только не собирается ставить какой бы то ни было посмертный диагноз самоубийце, но и не может этого сделать и по причине отсутствия данных, и в силу убеждения в нелепости посмертных диагнозов, публикуемых вне специальной *медицинской* документации (на последнюю, естественно, распространяется понятие *врагебная тайна).*

Самоубийство Марины Ивановны Цветаевой действительно выступает почти как символ. «Он не мылил петлю в Елабуге...» — по-видимому, никому не надо расшифровывать, кто это делал. Трагическая судьба самой поэтессы и ее близких, эмиграция, возвращение на

Родину, обстоятельства жизни перед войной, эвакуация и самоубийство — все воспринимается в едином контексте, в котором на первый план выступает открытое или подразумеваемое обвинение эпохи. Говоря языком суицидологии, здесь слишком много ситуационных суи-цидогенных факторов. Автор настоящей монографии вовсе не собирается опровергать устоявшееся представление о не вызывающих никаких сомнений причинах этого самоубийства.

Выше отмечалась относительно малая информативность двух предсмертных записок, однако записки Марины Ивановны, по мнению автора настоящей работы, являются исключением и заставляют задумываться о состоянии, в котором было совершено самоубийство. Речь идет не о генезе состояния, предшествующего самоубийству, но о самом этом состоянии и его возможном влиянии на формирование суицида.

Вот одна из предсмертных записок Марины Цветаевой, адресованная сыну: «Мурлыга! Прости меня, но дальше было бы хуже. Я *тяжело больна,* это уже не я. Люблю тебя безумно. Пойми, что я больше не могла жить. Передай папе и Але — если увидишь — что любила их до последней минуты, и объясни, что *попала в тупик»* (напечатанные курсивом слова выделены автором записки).

Эта записка ни в коей мере не имеет целью поставить какой-то предсмертный или посмертный диагноз. Тайну своей смерти и характер психических переживаний непосредственно перед самоубийством Марина Ивановна унесла с собой. Вместе с тем предсмертное обращение Марины Цветаевой к сыну, безусловно, содержит информацию о характере ее состояния накануне самоубийства. Выделенные поэтессой слова о собственной измененности и болезни указывают на особое состояние психики в тот период. О том, что выделенные слова не носят случайного характера, свидетельствует и содержащаяся в другом предсмертном послании просьба к знакомым помочь отправить сына к Асеевым, так как *«со мной он пропадет»* (эти слова вновь выделены самой Мариной Ивановной).

Не только предсмертные записки, но и поведение Марины Цветаевой перед самоубийством говорят о наличии в тот период состояния, безусловно сыгравшего свою роковую роль в случившемся. Автор монографии еще раз повторяет, что у него нет никакого желания «рядить в сумасшедшие» одного из своих любимых поэтов. Речь идет не о диагнозе состояния или личности Марины Цветаевой, а о том, что одна из причин ее самоубийства лежала в рамках так называемого статусно-личностного регистра суицидогенных факторов. По мнению автора, этот регистр и определил в первую очередь детерминанту суицидального поведения. Возможно, что своевременно распознанное суицидогенное состояние могло бы и предотвратить трагедию. Однако сказанное выше никак нельзя понимать как своеобразный упрек окружению поэта, ее близким. (Хотя поведение некоторых из них, судя по имеющимся воспоминаниям, было весьма далеко от адекватного ответа на «крик о помощи».) И понятно, что о каком-либо возможном врачебно-психотерапевтическом вмешательстве в тех конкретных условиях говорить, естественно, не приходится.

Приведенная предсмертная записка Марины Цветаевой скорее иллюстрирует трудности определения характера причинных факторов суицида, нежели четко и однозначно определяет детерминанты суицидального поведения. В то же время эта записка — относительно редкий вариант исключительной информативности предсмертного послания самоубийцы. Мнения специалистов-исследователей о наличии

у Цветаевой в период самоубийства душевного расстройства расходятся (Л. К. Чуковская, М. Белкина, И. Кудрова и др.).

Однако главным здесь является не выяснение вопроса о психическом расстройстве. Даже

его принципиальное наличие в тот или иной период времени никак не может дискредитировать ни творчество, ни личность Марины Ивановны. Тем более что автор не видит никакой необходимости в постановке в данном случае какого-либо психиатрического диагноза, так как это вообще не лежит в сфере его интересов и задач настоящей работы. Здесь главное не наличие или отсутствие душевной болезни, а необходимость констатации постепенно развивающегося суицидогенного состояния. Это более значимо для оценки характера психической жизни поэтессы перед самоубийством (и, естественно, более иллюстративно в плане развиваемых автором суицидологических представлений). О наличии суицидогенного состояния свидетельствуют и поведение Марины Ивановны с поисками выхода из ситуации, воспринимаемой как тупиковой, и «подавленность, бесконечная усталость, с,трудом заглушаемое отчаяние» (Л. Чуковская), и чувство безысходности. За несколько дней до самоубийства она спрашивает у Л. Чуковской: «Почему вы думаете, что жить еще стоит?»

Далеко не случайным выглядит в свете случившейся трагедии факт, изложенный в воспоминаниях А. Соколовского. Во время прогулки с ним Марина Цветаева говорила все время только на одну тему: о самоубийстве Маяковского. Ретроспективный анализ характера этих переживаний и поведения позволяет с достаточными основаниями видеть здесь проявления упоминаемого выше пресуицидального синдрома Рингеля. К сожалению, «крик о помощи» не был услышан в тех конкретных условиях людьми, окружавшими Марину Ивановну, и даже ее любимым сыном, ссора с которым накануне самоубийства, по мнению ряда авторов, послужила последней каплей. В свете сказанного выше о возможности наличия (или отсутствия) в тот период психической болезни следует, по-видимому, с позиций суицидологического анализа перевести вопрос в другую плоскость. Как отметил в свое время Г. Бёлль, отвечая на вопросы анкеты об отношении к творчеству Достоевского, что в центре его творчества стоит страдающий человек: «Я хотел бы добавить, что для меня противоположностью здорового является не больное, а страдающее». Для понимания трагедии, случившейся в Елабуге в последний день лета 1941 г., эта мысль одного из выдающихся писателей нашего времени является решающей. И не столь уж важно, в рамках каких классификационных рубрик, относящихся к оценке переживаний человека, ретроспективно может быть рассмотрено это страдающее сознание.

Детерминанты суицидального поведения

Подводя итог развиваемым выше положениям, следует отметить, что введение понятия «детерминанты» объясняется необходимостью среди разнообразных терминов, так или иначе отражающих причины суицидального поведения, выделить группу суицидогенных факторов, имеющих наибольшее значение в возникновении суицида. Объединяемые понятием «регистры», эти факторы позволяют в процессе суицидологического анализа акцентировать внимание на отдельных характеристиках суицидента, включая его состояние непосредственно перед покушением на самоубийство, или на особенностях социально-психологической ситуации, в рамках которых и определяются детерминанты суицидального поведения.

Детерминанты отличаются от мотивов и непосредственных поводов покушений на самоубийство. Последние осознаются суицидентом и чаще всего сопровождаются той или иной мотивировкой, даваемой самим самоубийцей. В отличие от этих характеристик мотивационной составляющей суицида, выдвигаемых самим пациентом, детерминанты суицидального поведения определяются анализирующим случившееся специалистом (врачом, психологом и др.). Эти причинные факторы отражают множество объективных данных, получаемых в процессе сбора анамнеза и исследования. В каждом случае покушения на самоубийство определение его движущих сил, названных выше детерминантами суицидального поведения, является одним из решающих моментов понимания случившегося. Знание причин суицида — важнейшее звено лечебно-

диагностической и профилактической работы с человеком, покушавшимся на самоубийство.

б Зак. 4760

Г л а в а 4

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Совокупность факторов, описанных в предшествующей главе как непосредственные детерминанты суицидального поведения или условия их действия, приводит к возникновению состояния, которое можно условно определить как **предсуицидальное.** В этот термин автор вкладывает более широкое значение, нежели достаточно строго очерченное понятие **«пресуицидальный синдром»** Рингеля (о нем еще будет идти речь в дальнейшем). Возникновение предсуицидального состояния, тем более пресуицидального синдрома, связано с определенным сдвигом в психическом функционировании человека, которое нередко наступает задолго до выявления феноменов, относящихся к понятию «суицидальное поведение». Это определяет необходимость рассмотрения некоторых особенностей психической жизни человека, пытавшегося покончить с собой, до, во время и после совершения суицида. Однако описание этих трех периодов, по-видимому, следует начать с описания явлений, определяющих собственно суицидальное поведение, т. е. периода подготовки и совершения акта самоубийства.

Как уже отмечалось выше, **суицидальное поведение —** это **любые внутренние (включая вербальные) и внешние** формы психических актов, направляемые представлениями **о лишении себя жизни.** В соответствии с этими положениями, внутренние формы суицидального поведения включают в себя **суицидальные мысли, представления, переживания и суицидальные тенденции,** разделяющиеся, в свою очередь, на **замыслы и намерения.** Эти понятия отражают различия в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов и представляют собой шкалу их глубины или готовности перехода во внешние формы суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Суицидальные мысли проходят в своем развитии определенные ступени. Появлению суицидальной идеации, в соответствии с рассматриваемой схемой развития суицидальных тенденций, предшествует особая недифференцированная почва в виде **антивитальных переживаний.** В рамках этих переживаний формируются размышления

об отсутствии ценности жизни («разве это жизнь?», «не живешь, а существуешь», «жить не стоит», «в этой жизни помереть не ново, но и жить, конечно, не новей» и т. п.). Здесь нет представлений о собственной смерти, а имеется только отрицание ценности жизни.

Первый этап (ступень) непосредственной суицидальной идеации — это пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями и фантазиями на тему своей смерти, но без собственного участия в прекращении жизни («если бы со мной что-то произошло и я умер...», «хорошо бы кончить все разом, заснуть и не проснуться», «если бы я погиб в автокатастрофе» и т. д.).

Вторая ступень развития внутренних форм суицидального поведения — это суицидальные замыслы. Появляются их активные формы, при которых происходит разработка способа самоубийства и связанных с этим обстоятельств. Выраженность тенденции к самоубийству нарастает по мере разработки планов конкретных действий, направленных на прекращение жизни.

Третья ступень — суицидальные намерения — характеризуется присоединением к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешние формы суицидального поведения, включающего суицидальные попытки и завершенные суициды.

Длительность пресуицидального периода (от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации) может исчисляться минутами **(острый пресуицид)** и месяцами

(хронический пресуицид). При остром пресуициде суицидальные замыслы и намерения появляются в сознании сразу, без отмеченных выше этапов антивитальных переживаний и пассивных суицидальных мыслей. С точки зрения прогноза и оценки случившегося, целесообразно разделение пресуици-да на аффективно-напряженный и аффективно-редуцированный типы.

При первом отмечается высокая выраженность эмоциональных переживаний, пресуицидальный период носит острый характер, соответствующие поведенческие реакции четко выражены. При аффективно-редуцированном типе (прежде всего это так называемые «холодные самоубийства отрицательного баланса») интенсивность эмоций низкая, пресуицидальный период носит пролонгированный характер и скуп в поведенческом отношении. Этот тип пресуицида может быть как самостоятельным, так и выступать в качестве второго этапа вслед за аффективно-напряженным периодом. Во время выполнения суицидального акта наблюдаются две фазы: **обратимая,** когда суицидент сам или при вмешательстве посторонних прекращает попытку самоубийства, и **необратимая.** Временные параметры этих фаз связаны с намерением суицидента и выбираемым способом самоубийства.

Согласно этой концепции, потенциальная возможность совершения самоубийства реализуется при наличии суицидоопасных состояний, существующих в рамках отдельных психических расстройств (аффективные, бредовые и другие синдромы) и в пределах особого класса реакций, встречающихся у психически здоровых (включая и лиц с различного рода акцентуациями). Эти реакции выходят за рамки оптимального диапазона психических переживаний, являясь своеобразной переходной ступенью от нормального реагирования к феноменам психопатологического характера. Суицидоопасные, так называемые акцентированные формы реагирования представлены в следующих видах: реакции эгоцентрического переключения, психалгии (душевной боли), негативные интерперсональные отношения, отрицательный баланс, смешанные и переходные.

Приведенная выше общая схема" (ее отдельные моменты еще будут конкретизироваться ниже) в наиболее полном виде определяет этап-ность развития суицидальных тенденций. Но этапу непосредственных суицидальных феноменов (антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы и, наконец, суицидальные намерения и их реализация) предшествует **досуицидальный период,** названный автором **предсуицидальным,** во время которого происходит сдвиг психофизиологического функционирования и изменение содержания психической жизни. Эти изменения выступают как фон и для возникновения антивитальных переживаний, и для конкретной **суицидальной идеации.**

Никакое исследование не может учесть все возможные нюансы и особенности психической жизни человека в период времени, названный нами досуицидальным. Однако автор настоящей работы считает, что вычленение некого общего радикала в характере переживаний суицидента еще до формирования непосредственных суицидальных тенденций может в определенной мере способствовать пониманию механизмов их формирования. Речь идет не об отдельном фрагменте психической жизни, а о существовании (иногда задолго до суицида) качественного своеобразия, особой окрашенности содержания психики. Упоминание о своеобразном общем радикале в характере психических переживаний вовсе не предполагает его обязательное присутствие у всех людей, пытавшихся в дальнейшем покончить жизнь самоубийством. Однако, по нашим наблюдениям, он достаточно часто встречается у суицидентов, составляя тот фон, на котором возникают конкретные суицидальные феномены.

Этот фон как своеобразный общий радикал психической жизни досуицидального периода, по-видимому, наиболее адекватно может

быть определен термином **«ангедония»** — потеря способности переживания радости, счастья. В контексте настоящей работы ангедония понимается более широко, нежели хорошо известный в психиатрии симптом депрессивных, деперсонализационных и других психопатологических симптомокомплексов и психических расстройств. Ангедония у человека, пытавшегося в дальнейшем покончить жизнь самоубийством, включает и особую окрашенность психических актов, остающихся в пределах психического здоровья, и симптом начинающихся или существующих длительное время психических расстройств (депрессии, дистимии, шизофрении и др.). Особое значение имеет ангедония в рамках так называемого неспецифического дефицитарного синдрома — своеобразного транснозологического понятия, введенного в психиатрию P. Boyer (1988, 1999). В пределах этого синдрома, рассматриваемого автором термина как недепрессивное аффективное расстройство, важнейшим проявлением и выступает ангедония. Различие предполагаемых механизмов формирования ангедонии в рамках различных психических расстройств или в пределах психического здоровья не исключает, однако, наличия своеобразной результативной составляющей этого феномена: специфическое влияние на окрашенность и само содержание переживаний человека. Немецкий термин «Unlust» («неохота», «отвращение», а точнее — «нет радости») достаточно хорошо передает содержание этого понятия.

Одно из первых описаний характера переживаний, определяемых понятием «ангедония», можно встретить у Сенеки: «Зло, овладевшее нами, не зависит от места,— оно в нас самих; мы стали бессильны, мы не способны чувствовать боль, утратили возможность наслаждаться. Сколько людей призывают смерть после того, как, испытавши все, не находят ничего нового. Жизнь, свет — становятся для них в тягость; и даже среди радостей они восклицают: как? Все то же!» Естественно, что упоминаемый автором «призыв смерти» еще не говорит о непосредственном намерении ухода из жизни, важно именно описание чувства «нудящей тягостности вещного мира» (выражение И. Руднева [1995], по-видимому, наиболее четко передает характер восприятия действительности в этом состоянии).

Одной из наиболее частых причин возникновения ангедонии (не только у психически здоровых людей, но и в рамках психических и поведенческих расстройств) выступает констелляция различных суицидо-генных факторов (детерминант). В качестве последних, как уже отмечалось выше, могут быть как личностные, так и средовые и статусные факторы. При этом статус (состояние человека непосредственно перед суицидом) может выступать, естественно, и как результирующая взаи-

модействия множества личностных, социально-психологических характеристик суицидента и ситуации, и как непосредственная ведущая причина (детерминанта) появления суицидальных тенденций. Статус как основная детерминанта суицида может отмечаться в рамках психического расстройства, предшествующего покушению на самоубийство, или у лиц без выраженной психической патологии в досуицидальном периоде (и даже непосредственно перед совершением суицидального акта).

Ангедония досуицидального периода ни в коей мере не является непосредственной детерминантой суицида. Это сдвиг в психической жизни человека, характеризующийся достаточно устойчивым снижением настроения и определенным ограничением возможного диапазона эмоционального реагирования. В контексте настоящей книги ангедония — не только симптом психического расстройства, но и характеристика психической жизни человека, весьма часто возникающая в ответ на констелляцию неблагоприятных факторов (далеко не всегда являющихся суицидо-генными и приводящими к возникновению суицидальных тенденций).

Рисунок из «Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. (Подход к психическому здоровью)» (рис. 4) может в определенной мере проиллюстрировать возможное место ангедонии в общем континууме депрессивных явлений (включая и

клиническую симптоматику) у населения.
Частота: высокая
средняя
низкая
Нормальные колебания настроения
Устойчивые изменения настроения
Устойчивые изменения настроения, влияющие на жизненную деятельность
Депрессивное настроение Острота симптомов
Депрессивный эпизод
Рис. 4. Континуум депрессивных симптомов у населения
Динамика суицидального поведения
167
Наиболее широко встречаются **нормальные колебания настроения,** реже — **устойчивые изменения настроения,** и еще реже — устойчивые изменения, влияющие на жизненную деятельность (последние уже расцениваются как **депрессивный эпизод,** относящийся к понятию «психическое расстройство»). Ангедония может быть существенным компонентом или депрессивного расстройства, или состояния, связанного с устойчивым снижением настроения. Последнее встречается во много раз чаще, нежели клиническая депрессия, и представляет собой своеобразное переходное состояние в общем континууме депрессивных переживаний от нормальных колебаний настроения до симптомокомплекса, определяемого понятием «депрессивный эпизод».
В соответствии с современной классификацией психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) депрессивный эпизод встречается в трех вариантах: **легкий, умеренный и тяжелый.** Он включает в себя такие симптомы, как сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости (даже при незначительном усилии) и сниженной активности. Среди других симптомов депрессивного эпизода отмечаются:
- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия по самоповреждению или суициду;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Для депрессивных эпизодов всех трех степеней тяжести **длительность** эпизода должна быть **не менее 2 недель,** но диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро. Больные с легкими формами депрессивных эпизодов часто встречаются в амбулаторных условиях и соматических больницах, в то время как психиатрические стационары в основном имеют дело с больными с более тяжелой депрессией. В соответствии с рекомендациями МКБ-10 самоповреждающие действия, чаще всего отравления выписанными лекарствами от аффективных расстройств, должны регистрироваться дополнительным кодом из главы XX МКБ-10 (X 60-X 84). «Эти коды не включают дифференциацию между попыткой к суициду и «парасуицидом». Обе эти категории включаются в общую категорию самоповреждения».
168
ГЛАВА 4
Устойчивое снижение настроения с явлениями ангедонии очень часто встречается в рамках таких хронических аффективных расстройств, как **дистимия** и **циклотимия** (вне приступов обострения болезни или фаз), в начале или на выходе из депрессивных эпизодов или других психических расстройств, в первую очередь шизофренического спектра. Однако можно предположить, что и в начальных стадиях шизофрении, и тем

более на этапе развернутой болезни, и в исходных состояниях ангедония может быть связана не только с устойчивым снижением настроения, но и с обеднением (вплоть до исчезновения) эмоционального реагирования вообще.

Естественно, и механизмы развития ангедонии, и место этого феномена в симптоматике самых различных психических расстройств не является темой настоящей работы. Важно, что констелляция суицидо-генных факторов (в том числе и связанных с психическим расстройством) может приводить к возникновению ангедонии. Этот момент условно можно считать началом выделяемого нами своеобразного досуицидального (предсуицидального) периода. Однако четко проследить границы переживаний и их динамику зачастую не удается. Как писал А. Ф. Кони (1923), «житейские драмы подтачивают жизнь постепенно, возбуждая сменой тщетных надежд и реальных разочарований сначала *горегь* в душе, потом *уныние* и, наконец, скрытое *отпгая-ние,* под влиянием которого человек опускает руки и затем поднимает их на себя» (курсив наш.— *В.* £.).

Представление о возможных временных параметрах состояния, предшествующего этапу антивитальных переживаний и непосредственной суицидальной идеации, оказывается полезным с точки зрения динамики состояния суицидента и роли в этом различных суицидальных и антисуицидальных факторов. Хотя само по себе осознание антисуицидальных факторов и их включение в психику человека в качестве барьера, препятствующего добровольному прекращению жизни, может происходить только после появления четких суицидальных тенденций.

Как уже отмечалось выше, сама по себе ангедония вовсе не определяет возникновения любого рода мыслей и действий, связанных с покушением на самоубийство. Это только фон, на котором формируется суицидальная идеация; однозначной и прямой взаимосвязи здесь может и не прослеживаться. Существующая на протяжении многих лет ангедония может и не приводить к суицидальным тенденциям. С другой стороны, наличие выраженных детерминант суицида и «роковое» стечение всех неблагоприятных моментов может настолько быстро сформировать суицидальные тенденции, что выделение своеобразно-

го досуицидального периода с ангедонией не имеет клинико-психоло-гического значения.

Однако там, где устойчивое отсутствие положительных эмоций начинает включать различного рода представления на тему смерти (речь чаще всего не идет непосредственно о самоубийстве, но, по существу, это уже элементы пресуицидального синдрома), сама по себе ангедония может выступать как один из предикторов суицидального поведения. При этом изменение характера психофизиологического функционирования чаще всего не осознается будущим суицидентом, здесь важна констатация устойчивого сдвига психических переживаний с исчезновением «радости бытия» (появлением ангедонии). К сожалению, чаще всего анализ как до, так и после непосредственного суицидального периода приходится проводить ретроспективно, уже после неудавшегося покушения на самоубийство. Но в этом случае факт самоубийства и связанные с этим переживания заведомо закрывают нюансы досуицидального периода, тем более что суицидальная идеация в тот период отсутствовала. Переживания, непосредственно не связанные с суицидальными тенденциями, представляются малозначимыми в свете случившегося позднее трагического события в жизни человека.

Тем ценнее представляются различного рода «человеческие документы» (письма, записки и проч.), написанные в досуицидальный период, когда мысли и намерения покончить жизнь самоубийством еще отсутствовали и появились только спустя некоторое время. Как подчеркивают многие исследователи, предсмертные записки оказываются относительно малоинформативными. Э. Шнейдман объясняет этот факт констрикцией сознания (его аффективным сужением) после формирования суицидального замысла, что препятствует

адекватной оценке происходящего со стороны суицидента. Следовательно, практически исключается анализ динамики развития суицидальных тенденций человеком, собирающимся уйти из жизни. Казуистика в виде отдельных наблюдений, включающих описания собственных переживаний во время самоубийства, в абсолютном большинстве случаев относится непосредственно к периоду суицида. Гораздо реже те или иные письма и записки самоубийц затрагивают в первую очередь вопросы «логического обоснования» самоубийства и практически не касаются динамики эмоциональных переживаний.

Для иллюстрации развиваемых выше положений о характере ангедонии автор использует произведения искусства и письма, принадлежавшие людям, покончившим жизнь самоубийством. Те или иные продукты творчества человека в период времени, связанный с изменением состояния и, прежде всего, непосредственно предшествующий самоубийству,

могут в определенной мере отражать особенности его психических переживаний и служить своеобразным «клиническим материалом».

Весьма наглядно обнаруживает себя влияние состояния человека на продукты его творчества в живописи. В качестве иллюстрации можно привести два автопортрета (один из которых имеет подзаголовок «Меланхолия») одного из основоположников немецкого экспрессионизма Э. Л. Кирхнера, покончившего жизнь самоубийством в 1938 г. Эти автопортреты, написанные в разные годы (1929 и 1932), разительно отличаются друг от друга (по характеру рисунка, колориту и другим составляющим картины). Если не обращать внимание на подзаголовок одного из портретов и игнорировать особенности состояния художника во время написания каждой картины, то создается впечатление, что они написаны разными людьми.

Однако любого рода клинический анализ произведения искусства — это весьма специфический подход, имеющий ограниченное узкопрофессиональное значение. Естественно, что клинико-психологический подход — очень ограниченный аспект изучения и анализа произведения искусства как явления культуры. Для автора, как и для его возможных читателей, любого рода литературные произведения, картины и другие продукты творчества остаются в первую очередь произведениями искусства. И только как произведения искусства, созданные талантливыми мастерами, они и могут становиться «человеческими документами», отражающими духовную жизнь человека.

Очень важно, что литературное произведение, даже написанное непосредственно перед самоубийством, остается явлением искусства, а не превращается в простую предсмертную записку. Литературное произведение пишется в период времени, когда окончательное решение о самоубийстве еще не принято, но человек уже вплотную подошел к роковому шагу.

Автор рассматривает в контексте своеобразного суицидологического анализа опубликованное посмертно последнее литературное произведение одного из выдающихся писателей XX в. Акутагавы Рюноске. Эссе «Жизнь идиота» написано в июне 1927 г., а на рассвете 4 июля того же года автор покончил с собой в возрасте 36 лет, приняв смертельную дозу веронала. Перед самоубийством Акутагава оставил это произведение своему другу со следующим письмом:

Масао Кумэ-кун!

Хогу поругить тебе публикацию этой рукописи, если, разумеется, ты сочтешъ это целесообразным, и полностью полагаюсь на тебя в выборе времени и места публикации.

Ты знаешь большинство лиц, фигурирующих на этих страницах. Но хотя я готов к опубликованию этой вещи, я не хочу, чтобы к ней был приложен указатель.

Я сейчас живу в счастливом несчастье. Но, как ни странно, не раскаиваюсь. Я только глубоко жалею тех, для кого я был плохим мужем, плохим сыном, плохим отцом. Итак,

прощай. В этой рукописи я не хотел, по крайней мере сознательно, заниматься самооправданием.
И последнее. Я поручаю эту рукопись именно тебе, потому гто ты, видимо, знаешь меня лучше всех. (Содрав с меня кожу цивилизованного геловека, посмейся над степенью моего идиотизма в этой рукописи.)
Рюноске Акутагава 20 июня 1927 года.
«Жизнь идиота» — это весьма своеобразное произведение, которое включает 51 фрагмент реминисценций из жизни писателя объемом от двух строк до трети страницы. Эти своеобразные воспоминания внешне не связаны между собой и касаются самых различных сторон жизни и творчества автора, пишущего о себе в третьем лице. Временные или логические переходы отсутствуют, внешне создается впечатление, что у автора «распалась связь времен». Фрагмент, названный «Форма», включает две строки: «Это был железный кувшинчик. Этот кувшинчик с мелкой насечкой открыл ему красоту формы». Подобного рода краткие и эмоционально нейтральные реминисценции могут сменяться эпизодами воспоминаний о взаимоотношениях с женщиной, названной автором «дочерью сумасшедшего», и множеством других, логику появления которых и их взаимосвязь понять весьма сложно. В воспоминаниях о своей жизни у автора нет системы: ни в бытийной стороне прожитой жизни, ни в динамике психических переживаний или творчества писателя.
Однако есть нечто объединяющее эти внешне бессвязные фрагменты-реминисценции. И это нечто создается общим эмоциональным фоном, характерным для абсолютного большинства фрагментов произведения. Прежде чем перейти к непосредственному изложению отмеченного выше «объединяющего нечто», автор хотел бы сделать следующую оговорку. Как врач-психиатр (в контексте настоящей работы как суицидолог) автор, не имея специального филологического образования, ни в коей мере не считает себя вправе судить о поэтике этого произведения и его месте в творчестве Акутагавы Рюноске.
Кроме того, своеобразный суицидологический анализ «Жизни идиота» в значительной степени определяется развиваемыми автором представлениями о значении ангедонии в формировании суицидаль-

ных тенденций. Поэтому клинико-суицидологический подход к анализируемому произведению имеет сугубо индивидуальный характер. Принимать или не принимать читателю настоящей монографии концепцию автора и его анализ одного из произведений выдающегося мастера художественной литературы зависит от него самого.
Приведенные ниже цитаты из отдельных фрагментов «Жизни идиота» достаточно наглядно, по нашему мнению, передают общий фон настроения, на котором формируются психические переживания, связанные с воспоминаниями из прошлой жизни. Этот фон выявляется начиная с самых первых реминисценций, характеризующих мать (заболевшую психически, когда Акутагаве было 9 месяцев), семью, в которой он рос и воспитывался, город, в котором он жил.
Фрагмент «Мать»:
«Сумасшедшие были одеты в одинаковые халаты мышиного цвета. Большая комната из-за этого казалась еще мрачнее. Одна сумасшедшая усердно играла на фисгармонии гимны. Другая посередине комнаты танцевала или, скорее, прыгала. Он стоял рядом с румяным врачом и смотрел на эту картину. Его мать десять лет назад ничуть не отличалась от них. Ничуть... В самом деле, их запах напомнил ему запах матери...
Врач повел его по коридору в одну из комнат. Там в углу стояли большие стеклянные банки с заспиртованным мозгом. На одном из них он заметил легкий белесый налет. Как будто разбрызгали яичный белок. Разговаривая с врачом, он еще раз вспомнил свою мать...»

«Семья»:
«Он жил за городом в доме с мезонином. Из-за рыхлого грунта мезонин как-то странно покосился. В этом доме его тетка часто ссорилась с ним. Случалось, что мирить их приходилось его приемным родителям...
Много раз в мезонине за городом он размышлял о том, всегда ли те, кто любит друг друга, друг друга мучают. И все время у него было неприятное чувство, будто покосился мезонин».
«Токио»:
«Над рекой Сумидагава навис угрюмый туман. Из окна бегущего пароходика он смотрел на вишни острова Мукодзима.
Вишни в полном цвету казались ему мрачными, как развешанные на веревке лохмотья. Но в этих вишнях... он некогда открыл самого себя».
Последний фрагмент весьма показателен. Он написан японцем, живущим в стране, где цветение вишни — почти национальный праздник.
Однако и приведенные с незначительными сокращениями два других фрагмента реминисценций, связанных с детством и ранним разви-

тием человека, достаточно наглядно демонстрируют характер эмоций, окрашивающих воспоминания. Само содержание появляющихся в сознании реминисценций прошлого весьма показательно с точки зрения характера психической жизни во время написания этого эссе. Как говорил у Достоевского Порфирий Петрович Раскольникову, «да зачем же, батюшка, в болезни-то да в бреду все такие именно грезы мерещутся, а не прочие? Могли ведь быть и прочие-с?».
Однако в «Жизни идиота» фрагменты с «прочими» мыслями и эмоционально нейтральными реминисценциями единичны (выше приводился один из них — «Форма»). Абсолютное большинство появляющихся в сознании воспоминаний свидетельствует только об отрицательных эмоциях, окрашивающих прошлую и настоящую жизнь человека.
Фрагмент «Брак»:
«На другой день после свадьбы он выговаривал жене: «Не следовало делать бесполезных расходов!» Но выговор исходил не столько от него, сколько от тетки, которая велела: «Скажи ей». Жена извинилась не только перед ним — это само собой, но и перед теткой. Возле купленного для него вазона с бледно-желтыми нарциссами...»
«Роды»:
«Стоя у фусума, он смотрел, как акушерка в белом халате моет новорожденного. Каждый раз, когда мыло попадало в глаза, младенец жалобно морщил лицо и громко кричал. Чувствуя запах младенца, похожий на мышиный, он не мог удержаться от горькой мысли: «Зачем он родился? На этот свет, полный житейских страданий? Зачем судьба дала ему в отцы такого человека, как я?»
А это был первый мальчик, которого родила его жена».
«Луна»:
«На лестнице отеля он случайно встретился с ней. Даже тогда, днем, ее лицо казалось освещенным луной. Провожая ее взглядом (они ни разу раньше не встречались), он почувствовал незнакомую ему доселе тоску...»
«Картина»:
«Он стоял перед витриной одного книжного магазина и, рассматривая собрание картин Ван Гога, внезапно понял, что такое живопись... Однажды в дождливые осенние сумерки он шел за городом под железнодорожным виадуком. У насыпи за виадуком остановилась ломовая телега... Он, двадцатитрехлетний, внутренним взором видел, что этот мрачный пейзаж окинул пронизывающим взором голландец с обрезанным ухом, с длинной трубкой в зубах...»

Оценка писателем своего творчества тоже приобретает соответствующую окраску, однозначно определяющуюся господствующим настро-

ением, каждый раз находящим все новые и новые объекты и формы для выражения отрицательных эмоций.

Фрагмент «Стриндберг»:

«...Стал читать «Исповедь глупца». Но не прочел и двух страниц, как на губах его появилась горькая улыбка. И Стриндберг... писал ложь, мало чем отличающуюся от его собственной лжи».

По мнению автора настоящей работы, в «Жизни идиота» Акутага-ва Рюноске мастерски представил в образах динамику психической жизни самоубийцы, начиная с переживаний досуицидального периода и кончая «игрой со смертью» — пробного покушения на самоубийство. Развернутая картина пути человека к самоубийству отражает такие нюансы динамики переживаний, которые, как уже отмечалось выше, не могут быть представлены в рамках ретроспективного анализа после совершенного суицида. В этом «клинико-суицидологическая» ценность художественного произведения, написанного талантливым мастером в до- и пресуицидальном периодах (непосредственно перед самоубийством).

Фрагменты эссе не просто показывают ангедонию, отсутствие положительных эмоций, приводящее к весьма специфическому отбору и окраске реминисценций из прошлой жизни, но и демонстрируют начавшийся духовный кризис личности. С большой вероятностью можно предполагать, что этот кризис, по-видимому, скорее связан с явлениями клинического характера, а не экзистенциального. Однако в контексте суицидологического анализа генез этого кризиса имеет меньшую значимость, нежели четко представленный писателем путь человека к самоубийству со множеством нюансов психических переживаний, показывающий динамику психической жизни непосредственно перед возникновением суицидальных тенденций.

Фрагмент «Усталость»:

«Он шел с одним студентом по полю, поросшему мискантом.

— У вас у всех, вероятно, еще сильна жажда жизни, а?

— Да... Но ведь и у вас...

— У меня ее нет! У меня есть только жажда творчества, но...

Он искренне чувствовал так. Он действительно как-то незаметно потерял интерес к жизни...»

Путь к самоубийству у писателя сопровождается не просто потерей интереса к жизни, начавшимся резким преобладанием отрицательных эмоций (определяемых понятием «ангедония»), но и появлением различного рода образов смерти, вначале в виде сновидений, затем воспоминаний соответствующего содержания. Появление последних происходит по принципу «наихудшего отбора» (Клерамбо) — вспомина-

ются именно те переживания и эпизоды прошлой жизни, которые в обычных условиях, как правило, находятся на «закадровом» уровне и не пускаются в сознание. И хотя в данном случае это реальные события жизни, а не психопатологические феномены, для которых знаменитый французский психиатр Клерамбо сформулировал отмеченный выше принцип отбора, не вызывает сомнений, что представленные ниже фрагменты и эпизоды включают переживания, присутствия которых в сознании человек заведомо хотел бы избежать.

Фрагмент «Ложь»:

«Самоубийство мужа его сестры нанесло ему внезапный удар. Теперь ему предстояло заботиться о семье сестры. Его будущее, по крайней мере для него самого, было сумрачно как вечер. Чувствуя что-то близкое к холодной усмешке над своим духовным банкротством (его пороки и слабости были ясны ему все без остатка), он по-прежнему читал разные книги. Но даже «Исповедь» Руссо была переполнена героической

ложью...Один только Франсуа Вийон проник ему в душу... Образ Вийона, ждущего виселицы, стал появляться в его снах. Сколько раз он, подобно Вийону, хотел опуститься на самое дно!..»
«Труп»:
«У трупов на большом пальце болталась на проволоке бирка. На бирке значились имя и возраст. Его приятель, нагнувшись, ловко орудовал скальпелем, вскрывая кожу на лице одного из трупов. Под кожей лежал красивый желтый жир.
Он смотрел на этот труп. Это ему нужно было для новеллы — той новеллы, где действие развертывалось на фоне древних времен. Трупное зловоние, похожее на запах гнилого абрикоса, было неприятно...»
«Великое землетрясение»:
«Чем-то это напоминало запах перезрелого абрикоса. Проходя по пожарищу, он ощущал этот слабый запах и думал, что запах трупов, разложившихся на жаре, не так уж плох. Но когда он остановился перед прудом, заваленным грудой тел, то понял, что слово «ужас» в эмоциональном смысле отнюдь не преувеличение. Что особенно потрясло его — это трупы двенадцати-тринадцатилетних детей. Он смотрел на эти трупы и чувствовал нечто похожее на зависть. Он вспомнил слова: «Те, кого любят боги, рано умирают». У его старшей сестры и у сводного брата — у обоих сгорели дома. Но мужу его старшей сестры отсрочили исполнение приговора по обвинению в лжесвидетельстве.
Хоть бы все умерли!
Стоя на пожарище, он не мог удержаться от этой горькой мысли».
Сопоставление дат написания «Жизни идиота» и эпизодов с трупами, происходивших за несколько лет до написания эссе, показывает

далеко не случайное появление в сознании весьма специфических образов. Здесь уже не просто отрицательные эмоции, окрашивающие воспоминания, но именно образы смерти, пока еще не связанной непосредственно с личностью будущего самоубийцы. Однако эти образы смерти и «безличностные» трупы уже сопровождает «нечто похожее на зависть». Не вызывает сомнений, что в написанном перед самоубийством эссе воспоминания о трупах появляются в ином контексте и вызывают иное эмоциональное отношение, нежели это было во время реального знакомства с ними. Но уже сам факт появления этих реминисценций говорит о многом.
Невиданное по силе землетрясение, которое в Японии называют «великим», случилось 1 сентября 1923 г. Наполовину были разрушены Токио, Иокогама и лежащие между ними города. Вспыхнувший пожар превратил район землетрясения в море огня. Погибло более 150 тыс. человек. Безусловно, у писателя, пережившего весь этот ужас, след из ряда вон выходящего трагического события должен был остаться на всю жизнь. Однако «нечто похожее на зависть» при виде трупов детей («те, кого любят боги, рано умирают») в «Жизни идиота» говорит о том, что существенно изменился контекст воспоминаний о случившемся и эмоциональное отношение к этой трагедии. Запах трупов уже «не так плох», а его родственнику «отсрочили исполнение приговора по обвинению в лжесвидетельстве». Хотя хорошо известно, каков был эмоциональный отклик писателя на произошедшее (включая и общественно-политические события, последовавшие за этим) в его «Заметках о великом землетрясении» и других публикациях сразу после катастрофы: «Это огромное стихийное бедствие — великое землетрясение — повергло в уныние наши сердца, сердца писателей. Мы испытали невиданную любовь, ненависть, боль. Изображая психическое состояние людей, мы обычно старались делать это с предельной деликатностью. Возможно, теперь мы будем рисовать его более широкими мазками...»
О безусловном сдвиге в эмоциональной жизни в период времени, предшествующий самоубийству (практическое разграничение до-и пресуицидального периодов невозможно), говорит и появление в воспоминаниях трупа, анатомируемого его

приятелем. Не так важно, для какой из написанных задолго до «Жизни идиота» новелл потребовалось знакомство с патологоанатомическим материалом: «Мук ада» (как считают отдельные литературоведы), написанных в 1918 г., или для знаменитых «Ворот Расёмон» (1915). Важно, что трупное зловоние в виде «запаха гнилого абрикоса» и «красивый желтый жир» под кожей трупа всплывают в сознании человека спу-

стя девять или более лет после реального соприкосновения с этими явлениями.

В эссе, написанном непосредственно перед суицидом, Акутагава Рюноске дал не просто картину духовного кризиса, но представил в изумительных по своей выразительности образах практически весь путь человека к самоубийству. Естественно, что сама жизнь и творчество писателя дают возможность изучения его самоубийства в самых различных аспектах, включая психоаналитические трактовки. Действительно, вряд ли на его личности и динамике психической жизни не могли не сказаться хорошо известные и описанные самим писателем обстоятельства его детства и юности. Душевная болезнь матери и безразличие отца к ребенку, жизнь в доме приемных родителей, сложное отношение к настоящим родителям, безусловно, сказались на формировании личности.

Мать, заболевшая психически вскоре после рождения сына и умершая, когда мальчику было 11 лет, отец, желавший возвращения к нему сына от приемных родителей и не находивший отклика («К родному отцу я был равнодушен»,— пишет в «Поминальнике» сам писатель), картина его смерти («видимо, разум у него помутился») не могли не оставить след в его психике. Жизнь в условиях угрозы схождения с ума и доминирование этих переживаний непосредственно перед самоубийством, безусловно, не могли не отразиться на характере его личности и содержании психики накануне трагического шага. Однако автор настоящей монографии ограничил свою задачу попыткой на примере предсмертного произведения талантливого писателя, покончившего жизнь самоубийством, показать развитие суицидальных тенденций и динамику психической жизни непосредственно перед суицидом. В этом плане «Жизнь идиота» дает возможность рассмотрения множества феноменов, связанных с суицидальным поведением.

Выше уже рассматривались ангедония (общая окрашенность психических актов непосредственно перед возникновением суицидального поведения), появление темы смерти в содержании психики человека и антивитальных переживаний в виде потери «интереса к жизни», ясно осознаваемой самим будущим суицидентом. По существу, в этих переживаниях уже обнаруживаются отчетливые составляющие так называемого пресуицидального синдрома, выделенного австрийским суи-цидологом Рингелем (Ringel E., 1953). В этот синдром, наряду с фантазиями на тему смерти, входят также выявляющиеся непосредственно перед суицидом резкое снижение внешней активности и обращенность агрессии внутрь, существенное уменьшение, ограничение ранее существовавших контактов, приводящее в отдельных случаях к изоляции.

Безусловная значимость таких предикторов суицида, как характер психической активности (смена интер- на интрапсихическую направленность переживаний), никак не может умалять значения характера психической жизни, связанной с появлением непосредственной суицидальной идеации.

На первом этапе мысли о самоубийстве еще носят безличный характер: «Он, тридцатипятилетний, гулял по залитому весенним солнцем сосновому бору. Вспоминая слова, написанные им два-три года назад: "Боги, к несчастью, не могут, как мы, совершить самоубийство" (фрагмент «Смех богов»). Однако другие фрагменты уже свидетельствуют о несомненной обращенности суицидальных мыслей непосредственно на самого себя, хотя и при отсутствии конкретного замысла, направленного на прекращение собственной жизни. Акутагава Рюнос-ке с исключительной четкостью показывает динамику перехода мыслей о самоубийстве вообще к их «присвоению» личностью, к обдумыванию

возможности добровольного ухода из жизни самого человека.
Фрагмент «Игра с-огнем»:
«У нее было сверкающее лицо. Как если бы луч утреннего солнца упал на тонкий лед. Он был к ней привязан, но не чувствовал любви. Больше того, он и пальцем не прикасался к ее телу.
— Вы мечтаете о смерти?
— Да... нет, я не так мечтаю о смерти, как мне надоело жить. После этого разговора они сговорились вместе умереть. Platonic suicide, не правда ли?
Double platonic suicide.
Он не мог не удивляться собственному спокойствию».
Обращает на себя внимание фиксируемое самим автором «спокойствие» в обсуждении возможного самоубийства с близким ему человеком. Так называемое «зловещее успокоение» непосредственно перед суицидом — один из важнейших признаков наличия суицидальных тенденций уже в виде суицидальной идеации. Это «успокоение» наступает как своеобразное следствие осознания возможности выхода из состояния кризиса через самоубийство. Выше уже писалось, что в данном случае не имеет большого значения клинический или экзистенциальный генез этого кризиса, важен факт его наличия. Важно именно осознание возможности добровольного прекращения собственной жизни даже при отсутствии конкретного замысла на совершение действий, направленных на это. Естественно, кризис не перестает быть кризисом, но нахождение даже единственного выхода из него (через самоубийство) существенно меняет характер психической жизни суи-цидента. В «Жизни идиота» это изменение представлено очень четко.
Динамика суицидального поведения
179
Фрагмент «Смерть»:
«Он не умер с нею. Он лишь испытывал какое-то удовлетворение от того, что до сих пор и пальцем не прикоснулся к ее телу. Она иногда разговаривала с ним так, словно ничего особенного не произошло. Больше того, она дала ему флакон синильной кислоты, который у нее хранился, и сказала: «Раз у нас есть это, мы будем сильны».
И действительно, это влило силы в его душу. Он сидел в плетеном кресле и, глядя на молодую листву дуба, не мог не думать о душевном покое, который ему принесет смерть».
Однако по мере развития суицидальных тенденций «платоническая игра с огнем» переходит из плоскости мысленных построений в плоскость совершения конкретных действий, связанных с прекращением собственной жизни. Как никакой другой известный из истории самоубийца, писатель в своем предсмертном эссе сумел показать нюансы развития суицидальной идеации и психических переживаний, непосредственно предшествующих добровольному уходу из жизни. При этом исключительное значение имеет тот факт, что «Жизнь идиота» написана в тот период, когда решение о суициде еще не носит характер окончательного и однозначного вывода.
Еще один фрагмент с уже встречавшимся названием «Смерть»:
«Воспользовавшись тем, что спал один, он хотел повеситься на своем поясе на оконной решетке. Однако, сунув шею в петлю, вдруг испугался смерти; но не потому, что боялся предсмертных страданий. Он решил проделать это еще раз и в виде опыта проверить по часам, когда наступит смерть. И вот, после легкого страдания, он стал погружаться в забытье. Если бы только перешагнуть через него, он, несомненно, вошел бы в смерть. Он посмотрел на стрелку часов и увидел, что его страдания длились одну минуту и двадцать с чем-то секунд. За окном было совершенно темно. Но в этой тьме раздался крик петуха».
Как видно, здесь не просто «игра с огнем» в виде рассуждений о «двойном платоническом самоубийстве», но игра с жизнью и смертью, когда решение о прекращении суицидальных действий принимается уже во время оперирования средствами лишения себя жизни. Прерывание самим человеком суицида во время самого акта самоубийства,

как уже отмечалось в одной из предшествующих глав, может происходить под влиянием самых различных, зачастую непонятных для постороннего человека причин. Важен именно факт отсутствия постороннего вмешательства. Самопроизвольное прекращение суицида, с одной стороны, может свидетельствовать о недостаточной выраженности суицидальных намерений (интенции), а с другой — о своеобразной дезорганизации психической жизни суицидента во время и непосредственно

перед актом самоубийства (по вполне понятной причине не верифицируемой и не расцениваемой как психическое расстройство). Однако в анализируемом эссе описанный будущим самоубийцей эксперимент с самоповешением — не вызывающий сомнения знак надвигающейся трагедии. Слишком четко представлены все стадии и феномены суицидального поведения, чтобы можно было усомниться в том, что случится спустя короткое время. Человек вплотную подошел к границе и уже пытается открыть дверь, чтобы шагнуть в небытие.

Этот шаг за грань у разных людей имеет различное субъективное значение (об этом пойдет речь ниже). Различно и отношение к необходимости и неизбежности смерти. Э. Шнейдман выделял четыре типа суицидентов: искатели смерти, инициаторы смерти, отрицатели смерти и игроки со смертью. **Искатели** — это люди, имеющие во время совершения суицидальной попытки твердое намерение покончить с собой. **Инициаторы** — самоубийцы, уверенные в неизбежности достаточно скорой смерти, а совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс (суициды неизлечимо больных людей). **Отрицатели** смерти руководствуются во время самоубийства сложными соображениями (религиозного или иного характера), смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни. Сюда могут быть отнесены некоторые детские самоубийства, добровольные уходы из жизни представителей различных религиозных сект, отдельные суициды психически больных и других групп суицидентов. **Игроки** со смертью обнаруживают противоречивость и двойственность чувств по отношению к необходимости собственной смерти. Классический пример — так называемая «русская рулетка» (выстрел в себя из револьвера, наугад заряженного одним патроном).

Эксперимент с самоповешением автора «Жизни идиота» по форме напоминает поведение «игрока со смертью», но по сути— это скорее не сформировавшееся до конца намерение по прекращению собственной жизни. И хотя адекватное отнесение к той или иной категории суицидентов человека, описавшего весь свой путь к самоубийству (естественно, в период времени, непосредственно предшествующий прерванной суицидальной попытке), возможно только уже после суицида, необходимость в этом практически отсутствует. Трагический исход в данном случае не вызывает сомнений. Сам Акутагава Рюнос-ке убеждает читателя в этом и характером переживаний, представленных в самых различных сценах и образах эссе, и общим тоном последних фрагментов этого произведения, сами названия которых

говорят о приближении финала трагедии («Смерть», «Чучело лебедя», «Пленник», «Поражение»).

Фрагмент «Чучело лебедя»:

«Последние его силы иссякли, и он решил попробовать написать автобиографию. Но неожиданно для него самого это оказалось нелегко. Нелегко потому, что у него до сих пор сохранились самоуважение, скептицизм и расчетливость. Он не мог не презирать себя вот такого. Но, с другой стороны, он не мог удержаться от мысли: «Если снять с людей кожу, у каждого под кожей окажется то же самое». Он готов был думать, что заглавие «Поэзия и правда» — это заглавие всех автобиографий. Мало того, ему было совершенно ясно, что

художественные произведения трогают не всякого. Его произведение могло найти отклик только у тех, кто ему близок, у тех, кто прожил жизнь почти такую же, как он.
Вот как он был настроен. И поэтому он решил попробовать коротко написать свою «Поэзию и правду».
Когда он написал «Жизнь идиота», он в лавке старьевщика случайно увидел чучело лебедя. Лебедь стоял с поднятой головой, а его пожелтевшие крылья были изъедены молью. Он вспомнил всю свою жизнь и почувствовал, как к горлу подступают слезы и холодный смех. Впереди его ждало безумие или самоубийство. Идя в полном одиночестве по сумеречной улице, он решил терпеливо ждать судьбу, которая придет его погубить».
Весьма демонстративным является чувство своеобразной обреченности («захваченности демоном конца века»), рока, противостоять которому невозможно, и остается только вписать в контекст своей жизни сам факт самоубийства. Общий тон предсмертного эссе не вызывает сомнений в характере оценок писателем и собственного ухода из жизни. По-видимому, трехстишие, написанное им в одном из писем еще за несколько месяцев до суицида (28 марта 1927 г.), может в образной форме передать этот момент.
Дрожит ветка с набухающими погками
Мгновение назад
С *нее сорвалась обезьяна*
Здесь далеко не «Падение Икара», не замеченное никем в знаменитой картине Брейгеля. Здесь с ветки падает обезьяна, а вовсе не мифологический герой, пытавшийся приблизиться к солнцу. Не замеченный в момент падения, он в дальнейшем становится неким символом крушения надежд и замыслов, способным вызвать какие-то ассоциации у художника спустя столетия после возникновения мифа. «Дро-

жащая ветка» и «сорвавшаяся обезьяна» существенно отличаются по своей тональности от известных строк: «Остановите Землю, я сойду!»
Подводя итог суицидологического анализа одного из произведений выдающегося японского писателя Акутагавы Рюноске, следует отметить, что автор настоящей работы сделал попытку описания динамики психической жизни суицидента непосредственно перед формированием суицидального замысла.
В монографии клиника дана в образах и картинах, представленных талантливым писателем в произведении, написанном непосредственно перед его самоубийством. В силу этого само содержание литературного произведения становится клинико-психологическим материалом для изучения особенностей суицидального поведения как во время становления, так и при наличии пресуицидального синдрома. Отчетливо прослеживается связь ангедонии как ведущего феномена досуи-цидального периода, выступающего как фон для формирования антивитальных переживаний, с последующим формированием суицидальной идеации, развивающейся от индифферентных образов смерти через так называемые пассивные суицидальные мысли к конкретным суицидальным замыслам.
Непосредственное появление этих замыслов может происходить в трех вариантах. Один из них может быть назван **импульсивным,** другой — **развернутым,** третий — **смешанным.** При импульсивном типе формирования суицидального замысла мысль о необходимости совершения самоубийства возникает у человека внешне независимо от предшествующего содержания психики. Другое дело — активная работа подсознания, ангедония и появление бессознательных образов, связанных с темой смерти и даже «абстрактными» самоубийствами, в сновидениях, воспоминаниях, непроизвольных мыслях и других феноменах аналогичного характера.
Естественно, психическим переживаниям, существующим на «закадровом уровне», предшествует констелляция суицидогенных факторов, вызывающих сдвиг психофизиологического функционирования с устойчивым снижением настроения и

возможным изменением содержания психики. Однако в целом появлению суицидального замысла предшествует в первую очередь работа подсознания. При варианте развернутого формирования суицидального замысла всегда можно проследить активную работу сознания по формированию «логики суицида» с обоснованием его необходимости. Одновременно происходит включение антисуицидальных механизмов (также с «логическим» обоснованием), что выступает как своеобразная борьба мотивов,

аргументов, определяемых противоположными тенденциями в психической жизни суицидента.

В отдельных случаях формирование суицидального замысла по импульсивному типу может приводить к так называемому «молниеносному» суициду. При этом виде покушений на самоубийство к «неожиданно» (с точки зрения предшествующего содержания сознания) возникшим мыслям о необходимости прекращения собственной жизни сразу же присоединяется волевой компонент психической деятельности, намерение. И таким образом, суицидальный замысел сразу превращается в мотив для деятельности, для оперирования средствами лишения себя жизни. Здесь не происходит включения антисуицидальных факторов и, соответственно, отсутствует борьба мотивов. В качестве средства самоубийства фигурируют чаще всего предметы, находящиеся в поле зрения суицидента. Однако могут быть использованы и традиционные, характерные для данной этнокультуральной среды способы лишения себя жизни.

Описанный выше молниеносный суицид может быть легко прекращен окружающими, если он совершается на их глазах. Выраженный аффективный заряд, как правило, спустя короткое время исчезает, и этот суицид, называемый нередко «реакцией эгоцентрического переключения», достаточно быстро купируется. Аффективное сужение сознания во время молниеносного суицида таково, что в целом состояние суицидента в это время приближается к патологическому аффекту.

Это клинически достаточно четкое понятие из разряда острых психических расстройств выступает как крайний вариант (полюс) обширного континуума вариантов констрикции сознания непосредственно перед и во время совершения суицида (от минимального в рамках так называемых «холодных» суицидов отрицательного баланса до молниеносного суицида, чаще всего совершающегося после воздействия столь же острого суицидогенного фактора). Пример молниеносного суицида, известный автору со слов очевидцев. Во время деревенской свадьбы невеста после слов «Горько!», когда все гости смотрели на молодых, громко выпустила газы и, выскочив из-за стола, сразу же повесилась на матице в соседней избе. Спасти ее не удалось.

Импульсивное возникновение суицидального замысла далеко не всегда сразу же сопровождается присоединением намерения и, естественно, чаще всего не приводит к быстрому совершению суицидальных действий. В большинстве случаев после появления мыслей о суициде начинается их своеобразная «разработка», в процессе которой могут включаться и антисуицидальные факторы, нередко существенно задерживающие непосредственную реализацию суицидального замыс-

ла. Хотелось бы подчеркнуть, что используемое выше понятие «импульсивный» употребляется автором только для характеристики варианта формирования суицидального замысла, что вовсе не говорит об импульсивном характере самого суицида, хотя принципиально автор не исключает этого типа аутоагрессивных, в том числе и суицидальных, действий при некоторых психических заболеваниях.

Изложенное выше показывает, что разграничение суицидальных замыслов по скорости их формирования весьма условно. Это видно в первую очередь в случае своеобразного «смешанного» варианта, при котором импульсивное, не связанное с предшествующей

работой сознания, появление мыслей о собственном самоубийстве служит только отправной точкой для развития и окончательного утверждения суицидального замысла. Это «утверждение», включающее присоединение конкретных намерений, чаще всего происходит в условиях борьбы мотивов, связанных с включением антисуицидальных факторов. Хотя в отдельных случаях этой борьбы практически не происходит, и «развертывание» суицидального замысла состоит в основном из выбора способа самоубийства и обдумывания мероприятий, связанных с прекращением жизни (завещания, предсмертные записки, завершение каких-то дел, прощания и проч.).

Следует отметить, что в целом формирование суицидального замысла по описанному выше импульсивному варианту встречается реже, нежели по уже упомянутым «развернутому» или «смешанному». Появление суицидального замысла в результате активной работы сознания связано с тем, что в большинстве случаев констелляция суицидо-генных факторов осознается (хотя бы частично) и переживается как ситуация, не имеющая выхода. При этом осознаваться и становиться доминирующим переживанием может и реально существующая социально-психологическая ситуация, и «мнимая реальность», определяющаяся наличием самых различных психопатологических феноменов. В любом случае доминирование в психической жизни «неразрешимой» ситуации сопровождается поиском ее решения.

Это определяет активную работу сознания, и в этих условиях мысль о суициде выступает как единственно возможное решение в сложившихся обстоятельствах, в условиях кризиса, связанного с психическим расстройством или обусловленного тупиком экзистенциального характера. Поиск выхода из ситуации может быть связан с ощущением надвигающегося психического заболевания, бредовыми переживаниями, но чаще всего речь идет о депрессивном расстройстве различной степени выраженности или снижении настроения, не достигающего степени клинически очерченного эпизода. Естественно, что в случае ус-

тойчивого снижения настроения или само состояние переживается суицидентом как тупик, или реально существующие социально-психологические проблемы воспринимаются таким образом, что выход из них человек видит только в самоубийстве.

Переработка реальных или созданных болезненным воображением кризисных ситуаций и тупиков в абсолютном большинстве случаев осуществляется в сознании. Доминирование в сознании человека того или иного переживания, связанного с неразрешаемой адекватно в рамках существующей системы ценностей и привычных способов реагирования ситуацией, служит одной из составляющих формирования суицидального поведения. При этом сознательные переживания, связанные с социально-психологической ситуацией, участвуя и даже «логически» обосновывая возникновение суицидального замысла, далеко не всегда являются ведущей детерминантой формирования самого суицида.

Как уже отмечалось, мотивы и основные причины (детерминанты) суицидального поведения очень часто не совпадают. Но если мотивы чаще всего осознаются суицидентом, то истинная причина суицида бывает скрыта как от самого самоубийцы, так и от анализирующего суицид врача или психолога, так как лежит в плоскости личностных, этнокультуральных, статусных и иных характеристик человека, далеко не всегда непосредственно представленных в сознательных психических переживаниях. Само психическое состояние суицидента определяется существованием как осознаваемых, так и бессознательных переживаний. Поэтому и в рамках выделяемого нами развернутого варианта формирования суицидального замысла всегда несомненную роль играет и «закадровая» работа психики. Ангедония, общий фон настроения не могут не определять окрашенность психических актов вообще и не «прорываться» в сознание в виде сновидений, образов непроизвольных воспоминаний, включающих тему смерти и самоубийств, приобретающих все более личностный характер. Но возникновение суицидального замысла в рамках развернутого варианта его формирования чаще всего

происходит при активной работе сознания.
При импульсивном варианте формирования суицидального замысла в рамках так называемого молниеносного суицида или смешанного типа возникновения мыслей о возможности и необходимости прекращения собственной жизни суицидальная идеация может появиться и вне активной работы сознания по поиску выхода из субъективно тупиковой ситуации. Естественно, что ситуация может быть тупиковой и объективно, но суицидогенное значение она приобретает только тогда, когда проходит через призму индивидуального видения.

«Индивидуальное видение» в отдельных случаях может определять бессознательные переживания, формировать общий фон настроения, но не отражаться непосредственно на содержании сознания.
Важно подчеркнуть возможность появления в сознании мыслей о собственном самоубийстве, не связанных с какой-либо «логикой» развития сознательных переживаний соответствующего содержания.
Целесообразность выделения описанных выше вариантов формирования суицидального замысла (импульсивного, развернутого и смешанного) автор настоящей работы видит в следующем. Прежде всего это попытка развития представлений о механизмах формирования отдельных феноменов суицидального поведения. Однако основное значение имеет чисто прагматический аспект выделения того или иного типа формирования суицидального замысла. По предварительным наблюдениям автора, отмечается следующая закономерность: импульсивный характер возникновения мыслей о собственном самоубийстве чаще всего сочетается с относительно большей выраженностью суицидальной интенции, с более отчетливым и однозначным намерением прекращения собственной жизни.
Субъективное значение суицидов, связанных с подобным вариантом формирования суицидальной идеации, чаще носит характер отказа от жизни при отсутствии обращенных к окружающим «крика о помощи» или протеста. Развитие суицидальных тенденций здесь в меньшей степени, нежели в случае развернутого варианта формирования суицидального замысла, сопровождается включением антисуицидальных факторов и борьбой мотивов. По-видимому, эти два указанных выше момента и определяют различный характер суицидальной интенции, что может способствовать более адекватной оценке тяжести покушения на самоубийство в постсуицидальном периоде. Но эти положения носят характер предварительных наблюдений и ни в коей мере не являются строго доказательными выводами из специально проведенного исследования.
Включающиеся после появления суицидального замысла (при его формировании в развернутом или смешанном варианте) антисуицидальные тенденции в значительной степени определяются потенциальной возможностью возникновения положительных эмоций в отношении любого рода воспоминаний прошлого и настоящего, которые появляются в сознании. При этом, чем в большей степени выражена ангедония, чем меньше воспоминаний и самих объектов прошлого и настоящего, сопровождающихся положительными эмоциями, тем меньше борьбы мотивов, тем быстрее появившиеся в сознании мысли о возможности самоубийства, по существу, становятся

мотивом для целенаправленной деятельности по прекращению собственной жизни.
Антисуицидальные факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суицидального замысла, могут быть связаны с очень многими моментами этнокультурального и личного характера. Вполне понятно, что верующий человек, переживающий самоубийство как один из наиболее тяжких грехов (аргументация греховности суицида была дана сотни лет назад такими авторитетами, как

Св. Августин или Фома Аквинский и другими представителями церкви), очень часто не может представить себе, что он явился на суд Божий незваным, и считает необходимым «нести свой крест», несмотря на всю его тяжесть. Внутренний (со стороны самого верующего) и внешний (со стороны других верующих и духовных «пастырей») запрет на самоубийство по личным мотивам характерен для всех основных мировых религий. Определенные этнокультуральные характеристики, наоборот, могут выступать и как детерминанты суицида, как это уже отмечалось в предшествующей главе. Но в плане динамики суицидального поведения эти же факторы могут существенно ускорить переход от замыслов к непосредственному намерению совершения самоубийства.

Очень часто антисуицидальным фактором выступает эмоциональное отношение к родителям или детям. Несмотря на сложности этих отношений, при «подведении итогов» жизни и обдумывании предсмертных мероприятий воспоминания о близких чаще всего сопровождаются положительными эмоциями, что может остановить развитие суицидальных тенденций вообще или, по крайней мере, задержать их развитие. По данным некоторых суицидологов, при наличии такого суицидогенного фактора, как одиночество, умершие самоубийцы имели детей в 2 раза реже, чем все суициденты (Бородин С. В., Михлин А. С, 1980). В этом плане сопоставление некоторых фактов из биографии Акутагавы Рюноске и его предсмертного эссе (в частности, воспоминания о матери) весьма показательно. Положительных эмоций нет, и это не просто следствие ангедонии пресуицидального периода, но и обстоятельство, во многом объясняемое особенностями условий раннего детства и развития.

В этом произведении писателя в качестве антисуицидального фактора, пожалуй, наиболее отчетливо прослеживается роль творческих замыслов и творчества вообще (уже нет «жажды жизни», но еще есть «жажда творчества»). Сам факт написания своеобразной автобиографии с названием «Жизнь идиота» может быть расценен как включение антисуицидальных факторов личности, задерживающих развитие

суицидальных тенденций, несмотря на такие уже существующие феномены, как ангедония, образы смерти в сновидениях и воспоминаниях, мысли о самоубийстве, еще безотносительно к собственной личности. Все перечисленные выше феномены — несомненные показатели духовного кризиса, начинающегося с осознания тупика («впереди ждало сумасшествие или самоубийство»). Начинающееся сужение сознания здесь выступает как чувство обреченности и «охваченность демоном конца века» (выражение самого писателя). И тем не менее, несмотря на эту «обреченность и охваченность», человек сопротивляется дальнейшему развитию суицидальных тенденций, и основным подспорьем в этой борьбе (антисуицидальным фактором) выступает творчество.

Нередко в качестве антисуицидального фактора выступают эстетические чувства, сохраняющиеся и при появлении достаточно четких суицидальных замыслов. Представление о картине смерти и даже переживания, возникающие непосредственно во время самого акта самоубийства (выше уже приводился пример, когда суицид останавливает вид «мясных помоев» в ванной), могут, несомненно, задерживать развитие суицидальной идеации, переход мыслей, направленных на прекращение собственной жизни, в конкретные намерения по реализации замысла. Автор монографии неоднократно сталкивался в процессе работы с пациентами, имеющими суицидальные тенденции, которых от осуществления замысла прежде всего останавливало представление о том, как они будут выглядеть после смерти. Интересно, что специальное воспитание и обучение, направленное на презрение к смерти и выбор наиболее жестоких способов самоубийства, у самураев, совершающих сэпуку, включало, обычно не афишируемый в печати (и даже в художественной литературе), специфический прием борьбы с «антиэстетическим нюансом» у трупа самоубийцы: необходимость введения себе непосредственно перед

харакири пробки в прямую кишку.
Весьма частым антисуицидальным фактором может выступать страх боли или физических страданий, связанных с тем или иным способом самоубийства, боязнь остаться инвалидом в случае неудавшегося суицида. Эти обстоятельства, с одной стороны, несомненный антисуицидальный фактор, а с другой — определенный показатель выраженности суицидального намерения (интенции). Действительно, когда человек одновременно с замыслом о прекращении собственной жизни допускает мысли о возможности заболевания или инвалидности в результате суицида, можно с уверенностью говорить, что здесь суицидальная интенция не носит характер однозначного намерения, не до-

пускающего других вариантов развития имеющихся у суицидента переживаний.
«Задерживающее» действие антисуицидальных факторов, сама возможность их включения в психическую жизнь человека с возникшими суицидальными замыслами определяется не только его личностными (в частности, этнокультуральными) особенностями, но констелляцией суицидогенных факторов и формирующимся на этой основе состоянием. Понятно, что большая представленность ангедонии или «закадровой» психической жизни, связанной с реакцией на психосоциальные воздействия, и меньшее «долевое участие» в переработке ситуации сознательных переживаний сопровождаются и более быстрым переходом суицидальных замыслов в намерения, осуществление которых в значительной степени может определяться и особенностями состояния психики, непосредственно предшествующими конкретным действиям, направленным на прекращение собственной жизни.
Особое состояние сознания у суицидента непосредственно перед- и во время совершения самоубийства обращало на себя внимание и описывалось в работах суицидологов прошлого и настоящего (И. А. Сикор-ский, Э. Шнейдман, А. Г. Амбрумова и др.). Так, при ретроспективном анализе пресуицидального периода у лиц, ранее не обнаруживавших каких-либо психических расстройств и диагностированных в рамках острой реакции на стресс или нарушения адаптации, было отмечено, что пресуицид часто сопровождался явлениями психогенной деперсонализации и нарушениями ориентировки в конкретной ситуации (Нечипоренко В. В., 1997; Фастовцев Г. А., 2001). Естественно, что скорость формирования суицидального намерения определяется и таким фактором, как психофизиологические характеристики суицидента.
Выраженность намерения, субъективное значение для человека совершаемого им самоубийства (его психологический смысл), безусловно, играет существенную роль в выборе способа самоубийства. Здесь не меньшее значение имеют такие факторы, как скорость развития суицидальных тенденций (переход от замыслов к намерениям), этно-культуральные и другие особенности суицидента, конкретная ситуация, в которой совершается суицид, доступность того или иного средства реализации самоубийства и множество других моментов, имеющих постоянный или преходящий характер, связанных и с обстановкой, и с личностью человека, решающего уйти из жизни.
В отдельных случаях сам суицидент приводит аргументы в пользу выбора того или иного способа самоубийства. В этом плане определенный интерес представляет фрагмент предсмертного письма Акута-

гавы Рюноске, написанного им уже после принятия окончательного решения о самоубийстве:
«Первое, о чем я подумал, как сделать так, чтобы умереть без мучений. Разумеется, самый лучший способ для этого — повеситься. Но стоило мне представить себя повесившимся, как я почувствовал переполняющее меня эстетическое непрятие этого... Не удается мне достичь желаемого результата и утопившись, так как я умею плавать. Но даже если паче

чаяния мне бы это удалось, я испытаю гораздо больше мучений, чем повесившись. Смерть под колесами поезда внушает мне такое же непрятие, о котором я уже говорил. Застрелиться или зарезать себя мне тоже не удастся, поскольку у меня дрожат руки. Безобразным будет зрелище, если я брошусь с крыши многоэтажного здания. Исходя из этого, я решил умереть, воспользовавшись снотворным. Умереть таким способом мучительнее, чем повеситься. Но зато не вызывает такого отвращения, как повешение, и, кроме того, не таит опасности, что меня вернут к жизни; в этом преимущество такого метода...»

Доступность оружия и отравляющих веществ и знание токсичности последних — один из важнейших факторов выбора именно этих средств для самоубийства. Даже традиционно используемые способы суицида могут отражать особенности состояния и выраженность суицидальной интенции. Этнокультуральные и личностные характеристики суицидента во многом определяют выбор как самых безболезненных, так и самых жестоких, достигающих степени изуверства, и «вычурных» способов суицида.

Вот пример из газетной публикации.

На ферме по разведению крокодилов в таиландской столице 40-летняя женщина совершила самоубийство, прыгнув в яму с сотней рептилий. Ферму ежедневно посещают сотни туристов, поэтому инцидент произошел у них на глазах. По словам очевидцев, чтобы добраться до крокодилов, женщине пришлось перелезть через двухметровый забор. Рептилии затащили женщину в пруд и разорвали ее. В предсмертной записке самоубийца жаловалась на мужа и просила прощения у членов своей семьи.

Понятно, что подобные «экзотические» способы самоубийства в целом являются своеобразной «казуистикой» в суицидологии. Хотя в отдельных случаях эта «казуистика» может в определенной мере отражать особенности личности суицидента или даже свидетельствовать о наличии психического заболевания. Гораздо чаще для попыток прекращения собственной жизни используются хорошо известные и проверенные способы и средства.

Так, нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы достаточно часто используются психически больными, принимающими лекарства в процессе купирующей или поддерживающей терапии. В этом плане все вновь синтезируемые лекарства должны в идеале отвечать определенным «антисуицидальным» требованиям: иметь как можно большую дистанцию между терапевтическими и токсическими (связанными с тяжелыми последствиями) дозами. Не меньшее значение в плане профилактики возможных суицидов со стороны психически больных имеют такие моменты, как невозможность бесконтрольного приобретения этих препаратов и существенное ограничение объема лекарств, выписываемых врачом во время каждого приема. И для медицинских работников и фармацевтов одним из наиболее частых способов самоубийства является отравление лекарственными препаратами.

В одной из предшествующих глав уже говорилось, что автомобиль и дорога могут обеспечить один из наиболее надежных способов самоубийства, а мероприятия, предшествующие «автоциду» (наличие или отсутствие предсмертных записок, распоряжений, прощания с окружающими и проч.), очень легко могут обеспечить желаемую для суи-цидента трактовку случившегося. Эти самоубийства, по существу, могут рассматриваться как совершаемые с использованием своеобразного профессионально-бытового средства. Хотя, понятно, что водители-профессионалы в целом уступают по своей численности и, естественно, совершают меньшее число самоубийств, нежели многомиллионная армия автолюбителей.

Нередко суициды представителей различных профессий, совершаемые с использованием привычных «средств производства», могут отличаться особой «жестокостью», свидетельствующей о наличии выраженной суицидальной интенции. Выраженность

намерения прекращения собственной жизни может встречаться как в случаях импульсивного формирования суицидального замысла, так и в рамках развернутого и смешанного вариантов возникновения последнего. В любом случае это показатель аффективно суженного сознания (в рамках так называемого молниеносного суицида или суицидальной интенции, формирующейся в условиях борьбы мотивов и относительной длительности пресуицидального периода).

Краткие примеры подобных суицидов.

Кузнец после «несправедливых», с его точки зрения, упреков и угроз увольнения со стороны «начальства» подошел к прессу, на котором он работал, и положил под него голову. («Стало очень обидно, хотелось им отомстить, чтобы помнили» — его объяснение в дальнейшем). Однако при попытке включения пульта тело несколько сдвинулось.

поэтому получил «только» сотрясение мозга и частичное скальпирование кожи головы.

Молодой мужчина — повар по профессии — после ухода от него жены некоторое время добивался ее возвращения (вплоть до угрозы убийством), а в дальнейшем на фоне снижения настроения в течение недели, с его слов, обдумывал, как дальше жить. «Умирать вначале не хотел, даже думал, что буду жить с другой женщиной, хотя мысли о самоубийстве и возникали, но отвергал их. А потом уже ни о чем другом не мог думать. На работе хотел вначале броситься в кипящий котел, но вода никак не нагревалась, тогда подошел к мясорубке и стал засовывать в нее руку». Был удержан товарищами по работе, хотя и получил тяжелую травму руки.

Не вызывает сомнений, что и в последнем случае непосредственно перед суицидальными действиями сознание пациента аффективно сужено, хотя здесь и суицидальный замысел, и непосредственные намерения совершить самоубийство развертываются постепенно в условиях так называемой реакции негативных интерперсональных отношений. Здесь наблюдается весьма характерный для этого суицида переход от возможной гетероагрессии (угрозы убийства жены) к обращению агрессии внутрь, на самого себя. О констрикции сознания, своеобразном овладении доминирующей мыслью (суицидальных замыслах и намерениях, сменивших такую же доминирующую мысль об уходе жены) говорит сообщение пациента о невозможности ожидания непосредственно перед внешне нелепыми, но достаточно жестокими и калечащими действиями, которые, по мысли суицидента, должны привести его к смерти.

Скорость развития суицидальных тенденций, появления мыслей о самоубийстве и намерения их реализации, а также выбор способа самоубийства определяется не только личностными и этнокультураль-ными особенностями суицидента, но, как уже отмечалось выше, и его непосредственным статусом непосредственно перед и во время суицида. Несомненную роль в появлении конкретного намерения прекращения собственной жизни играет наличие алкогольного опьянения во время самоубийства. Частоту алкогольного опьянения во время совершения суицида, его «катализирующую роль» отмечали очень многие исследователи этого вопроса (Kessel N., Grossman G., 1965; Hir-schfeld R., Russel J., 1997; Руссинов А. Л., 1969; Амбрумова А. Г., Тихо-ненко В. А., 1981; Елисеев И. М., 1981, и др.).

Авторы подчеркивают, что алкоголь часто играет роль своеобразного «спускового крючка» при длительно существующем эмоциональном напряжении, а сам суицид в этих случаях нередко приобретает характер «молниеносного», во всяком случае неожиданного и мало-

понятного для окружающих. При этом алкогольное опьянение в одних случаях может предшествовать появлению суицидальных замыслов, в других — алкоголь принимается для того, чтобы облегчить реализацию намерений («напиться смелости»). Понятно, что и

при недостаточной выраженности суицидальной интенции, и даже при практическом отсутствии истинного намерения покончить жизнь самоубийством (так называемом демонстративно-шантажном суициде) алкогольное опьянение может способствовать летальному исходу и в случаях относительно безопасных (с точки зрения возможности наступления смерти) аутоагрессивных действий.

Оценка способа самоубийства дается уже после совершения суицидальной попытки. И тогда же характеристика действий, направленных на прекращение собственной жизни, становится одним из существенных факторов оценки выраженности суицидальной интенции, серьезности намерения прекращения собственной жизни. При этом приходится учитывать и множество обстоятельств, которые могут изменить характер исхода аутоагрессивных действий независимо от наличия или отсутствия намерения покончить с собой и при существенных различиях в характере суицидальной интенции.

Несмотря на зависимость выбора способа самоубийства от множества факторов (в отдельных случаях носящих ситуационный и даже случайный характер), существует несомненная «предпочтительность» формы суицида. Во многом это определяется как традиционными воззрениями на способ самоубийства, так и конкретными средовыми факторами. Так, в России (и в ряде других стран) наиболее часто самоубийство совершается путем самоповешения, на втором месте стоят огнестрельные повреждения, на третьем — отравления. Однако в районах крупных городов, где много высоких зданий (это относится не только к России, но и к таким регионам, как Сингапур, Гонконг и многим другим), среди лиц, покончивших жизнь самоубийством, второе место по частоте встречаемости занимает падение с высоты.

Суицид путем «преднамеренного прыжка с высоты», «падения с одного уровня на другой» (обе формулировки взяты из МКБ-10) — не обязательно удел лиц, проживающих в мегаполисах. Хорошо известна (уже упоминалась ранее) знаменитая «скала предков», с которой бросались люди преклонного возраста у северных народов. На протяжении XIX в. и в начале XX в. славой места самоубийц пользовался водопад Иматра в Финляндии. С его «помощью» только в 1911 г. 59 человек пытались покончить жизнь самоубийством. Некоторые горные вершины, обрывы, мосты, башни и другие объекты тоже окружены соответствующим ореолом. Здесь несомненное значение имеет

имитационное и суггестирующее влияние того или иного объекта. Известно, что водопад Хогенакала в южной Индии вначале в силу своей несомненной «кинематографичное™» послужил весьма эффектным фоном для съемок сцены самоубийства в фильме о судьбе несчастных влюбленных. Однако в дальнейшем на этом месте неоднократно повторялись реальные сцены самоубийства. Не случайно мрачная притягательность для самоубийц моста Мид-Хадсон-Бридж вызвала необходимость установки в этом месте двух специальных телефонов (с надписями: «Жить стоит» и «Помощь 24 часа») для круглосуточной связи со службой срочной психиатрической помощи. Лица, нуждающиеся в поддержке, за 11 лет воспользовались услугами этой «горячей линии» 55 раз. Только один из позвонивших действительно прыгнул с моста, а 50 суицидентов были отвезены в местный кабинет неотложной помощи (Голант М., Голант С, 2001).

В некоторых регионах традиционно используемый способ самоубийства среди определенного контингента лиц является основным и, по существу, почти единственным вариантом добровольного прекращения собственной жизни. Так, в Узбекистане в 1987 г. сожгли себя 270 женщин (для сравнения: за два года — 1927-1928 — это совершили только 203 человека). Если учесть, что в бывших среднеазиатских республиках Союза (в настоящее время — государствах) общий показатель самоубийств для населения в целом традиционно был невысок (в пределах 8-10 на 100 тыс. населения), этот весьма жесткий суицид, хотя и традиционный для стран Востока, вызвал несомненный общественный резонанс. Обращало на себя внимание то, что этот суицид совершался в стране с

преобладающей мусульманской религией, а «очистительная сила огня» при совершении самоубийства более характерна для регионов с индуистской и буддистской культурами.

Очень многое в выборе способа суицида определяется доступностью того или иного орудия самоубийства. В этом плане весьма демонстративными являются показатели самоубийств в США, где огнестрельное оружие в большинстве штатов приобретается достаточно свободно с целью самообороны. От общего числа самоубийств в этой стране $^{2}/_{3}$ совершаются с использованием огнестрельного оружия, и даже среди женщин-самоубийц 40 % использовали этот же способ суицида (Canetto S. S., Lester D., 1995). В штатах, где оружие приобретается более свободно, оно гораздо чаще используется для прекращения собственной жизни и уровень самоубийств относительно выше, чем в штатах, в которых приобретение оружия обставлено большими формальностями и запретами. Доступ к оружию как риск совершения суицида у лиц пожилого и старческого возраста четко был выявлен

в специальном исследовании американских суицидологов (Conwell Y. et al., 2002). По мнению ряда американских специалистов, существенное ограничение свободного доступа к оружию могло бы значительно снизить показатели суицида вообще (Kellerman et al., 1992).

В других странах этот способ самоубийства характерен для лиц, имеющих доступ к огнестрельному оружию в силу своей профессии (армия, полиция, охранные структуры и проч.). В 1999 г. в Петербурге и области покончили жизнь самоубийством 16 сотрудников милиции и работников охраны. Обращало на себя внимание следующее обстоятельство. Из десяти имеющихся в распоряжении автора достаточно подробных описаний самоубийств в восьми случаях самоубийство было совершено с использованием огнестрельного оружия (семь самоубийц использовали табельное оружие, один — охотничье ружье).

Использование огнестрельного оружия в качестве орудия самоубийства, по наблюдениям суицидологов, повышает риск летального исхода суицидальной попытки в среднем в 5 раз. Однако достаточно высокой летальностью могут отличаться и вполне традиционные для тех или иных регионов способы самоубийства. Здесь речь не идет даже о таких брутальных и насильственных действиях, направленных на прекращение жизни, как падение с высоты или под транспорт, а о наиболее частом при незавершенных суицидах способе самоубийства — отравлении. Так, специальное исследование, проведенное в Шри-Ланке, показало, что подавляющее большинство (91 %) самоубийств с летальным исходом совершаются с применением инсектицидов. При изучении материалов вскрытий 4401 случая самоубийств в Коломбо в 1981 г. было обнаружено, что 53 % суицидентов умерли в результате приема пестицидов (Berger, 1988)[1].

В Индии наиболее частый способ самоубийства — самоотравление, на втором месте — самоповешение (соответственно — 33,3 и 24,3 % всех суицидов, зарегистрированных в 1990 г.). Однако некоторые индийские штаты по характеру самоубийств резко отличаются от общих показателей. Так, в Пенджабе 55,3 % всех самоубийц покончили с собой под колесами поезда. В некоторых странах и регионах, а также у представителей отдельных народностей обнаруживается выраженная предпочтительность того или иного ядовитого растения или плода, применяемого в качестве основного отравляющего средства.

[1] Здесь и далее данные о способах самоубийств в развивающихся странах приведены по: Дежарле Р. и др. Охрана психического здоровья в мире: Проблемы и приоритеты в развивающихся странах, 2001.

Индейцы матако в Аргентине наиболее часто с этой целью используют плод сачасандия, созревающий в декабре. И на этот же месяц приходится наибольшее число самоубийств (Tousignant, Mishara, 1981). В Эфиопии очень часто пользуются коссо, в Западном Самоа

— рарак-ватом. Однако наиболее часто в большинстве стран покушения на самоубийство совершаются с помощью лекарственных препаратов. В настоящее время это характерно не только для европейских, но и для развивающихся стран (в Нигерии используют снотворные, наиболее часто барбитураты, продающиеся в аптеках без рецепта,— Eferakeya, 1984).

В плане возможного воздействия на общий уровень суицидов можно сослаться на опыт Англии. После того как в этой стране удалось снизить токсичность бытового газа, с помощью которого весьма часто. совершались самоубийства, там резко упал уровень суицидов. Не случайно эксперты ВОЗ ссылаются на опыт Англии по проведению кампании, ограничивающей доступ к пестицидам в Шри-Ланке, где в настоящее время наблюдается самый высокий уровень частоты суицидов в мире. Эти пожелания могут быть адресованы и любым фармацевтическим фирмам, и предприятиям химической индустрии.

Приведенные данные (включая и некоторый статистический материал) относились в первую очередь к покушениям на самоубийство, имевшим летальный исход. При незавершенных суицидах (покушениях на самоубийство, не закончившихся смертью суицидента) отравления находятся на первом месте, на втором — самопорезы, на третьем — самоповешения.

Распределение способов самоубийства при суицидах, заканчивающихся и не заканчивающихся смертью, свидетельствует не только о различной выраженности суицидальной интенции. Понятно, что при недостаточной выраженности намерения прекращения собственной жизни будут выбираться менее насильственные и менее травматичные способы самоубийства. Понятно, что падение с высоты или под движущийся транспорт заведомо характеризуется большей летальностью. Однако выше отмечалось, что в Шри-Ланке 91 % суицидов с летальным исходом совершены с применением инсектицидов, а в Пенджабе более половины суицидентов погибло под колесами поезда.

Уже эти факты показывают, что выбор способа ухода из жизни определяется во многом традицией, связанной с индуцирующим влиянием известных самоубийце суицидов. Но существенную роль в этом играет и осведомленность суицидента о летальности в случае применения того или иного способа самоубийства, в том числе о токсичности отдельных веществ и их дозировке. Знание последствий аутоагрес-

сивных действий имеет важнейшее значение для определения характера суицидальной интенции, но однозначного соответствия здесь нет. Случайные факторы могут существенно повлиять на возможность летального исхода (в том числе и при отравлениях с целью прекращения своей жизни или демонстрации наличия такого намерения при его отсутствии, например при так называемом демонстративно-шантажном суициде). Отсюда понятна необходимость учета всех обстоятельств совершения покушения на самоубийство для понимания характера суицидальной интенции в каждом конкретном случае.

Важнейшее значение имеют обстановка, конкретная ситуация, в которой совершается покушение на самоубийство, и его характер. Так называемый молниеносный суицид, связанный с импульсивным появлением суицидального замысла, всегда характеризуется выраженностью суицидальной интенции. К счастью, намерение прекращения собственной жизни в этих случаях чаще всего достаточно быстро исчезает, а сам суицид нередко совершается при недостаточной продуманности способа самоубийства с использованием находящихся под рукой орудий и предметов обстановки. Естественно, что это могут быть и достаточно опасные, с высокой вероятностью гибели способы суицидов (прыжок в открытое окно, самоповешение, отравление и др.).

Для оценки выраженности суицидального намерения важен не только способ прекращения собственной жизни, избираемый самоубийцей, но и особенности поведения в пресуицидальном периоде и непосредственно перед суицидом. О характере

суицидальной интенции позволяют судить такие моменты поведения, как все усиливающаяся изоляция от окружающих, передача близким и знакомым любимых и необходимых для жизни и работы предметов (электробритва, авторучка, перочинный нож, книга и проч.), прощание с этими людьми (при отсутствии в этом открытого или завуалированного сообщения о готовящемся суициде).

В отдельных случаях о наличии недвусмысленного намерения прекращения собственной жизни свидетельствуют такие факты, как составление завещаний и написание прощальных писем с теми или иными распоряжениями, просьбами и выражениями, включающими своеобразную оценку итога своей жизни и деятельности (например, письмо Акутагавы Рюноске к другу, содержание и стиль которого не вызывают сомнений относительно намерений автора, связанных с прекращением собственной жизни).

Выше уже упоминалась последняя фраза Ван Гога из письма брату, найденного при нем уже после смерти, 29 июля: «Что ж, я заплатил жизнью за свою работу, и она стоила мне половины моего рассудка,

это так. Но ты-то, насколько мне известно, не принадлежишь к числу торговцев людьми и умеешь стать на сторону правого, так как поступаешь действительно по-человечески. Но что поделаешь?!» Важно, что здесь нет прямых указаний о намерении покончить жизнь самоубийством, но общий тон этих, последних в его жизни, строк говорит о своеобразном подведении итогов перед смертью. И даже конкретные слова, на которых обрывается это незаконченное письмо, говорят о состоянии человека, решающего (или уже решившего для себя) «быть или не быть».

И картины, написанные перед самоубийством, и письма Ван Гога того же периода подтверждают динамику его состояния, итогом которых стал трагический выстрел. В отношении своих последних картин (знаменитых «полей») он писал брату: «Я не побоялся выразить в них чувство предельной тоски и одиночества». Известно, что в это время он уже купил в оружейной лавке револьвер. В жизни и смерти Ван Гога обращало на себя внимание то, что творчество было для него выраженным антисуицидальным фактором. Не случайно во время последнего приступа болезни доктор Пейрон разрешил ему писать, несмотря на то что художник несколько раз пытался отравиться красками.

Самоубийство Ван Гога, смерть, последовавшая через два дня после его трагического выстрела, опровергает расхожее мнение, которое сам художник однажды высказал за несколько лет до собственной смерти (во время его жизни в доме родителей в 1883-1885 гг.). Это произошло в связи с покушением на самоубийство влюбленной в него соседки Марго Бегеманн, которой родители не разрешили выйти за него замуж. «Думаю, что теперь, когда Х. попробовала отравиться, и ей это не удалось, она сильно перепугалась и не так легко решится повторить свою попытку: неудавшееся самоубийство — лучшее лекарство от самоубийства».

Из письма к Тео известно, что суицидальную попытку женщина совершила вскоре после вмешательства ее родных. «Фрейлейн Х. приняла яд в минуту отчаяния после объяснения с домашними, которые наговорили много плохого и о ней, и обо мне; она была в таком состоянии, что сделала это, по-моему, в припадке явного душевного расстройства... Она часто говорила, когда мы спокойно гуляли вместе: «Хорошо бы сейчас умереть!» — но я не обращал на это внимания... Она проглотила стрихнин, но доза была слишком мала; возможно также, что она, желая одурманить себя, приняла одновременно хлороформ или лауданум, которые и явились противоядием от стрихнина...»

Письма Ван Гога, описывающие покушение на самоубийство женщины, с которой он вынужден был расстаться, и его поведение после собственного суицида показывают существенное различие отношения к случившемуся у этих двух людей в постсуицидальном периоде. «Я провел с ней почти день... Чертовски трогательно видеть, как эта женщина (такая *слабая* и доведенная пятью-шестью другими женщинами до того,

что приняла яд) заявляет, словно одержала победу над собой и обрела покой: "И все-таки я тоже любила"». «Обретение покоя», которое видит любимый ею ранее человек, здесь никак не говорит о сожалении по поводу того, что суицид не удался. Скорее женщина смирилась с мнением ее домашних в отношении ее судьбы и подводит итог не столько жизни, сколько своей несчастной любви.

Иное отношение к покушению на самоубийство обнаруживает сам художник после своего трагического выстрела. Увидев брата, он говорит: «Я опять промахнулся» — и добавляет: «Не плачь, так всем будет лучше». Отчетливо звучит сожаление по поводу того, что попытка не удалась, и своеобразное объяснение непосредственной мотивации самоубийства. «Всем будет без меня лучше» — весьма расхожая формула специфического подведения итогов у самоубийц. Хотя не вызывает сомнений, что здесь не столько подведение итогов жизни, сколько прощание и чувство собственной вины, и возможное обвинение окружающих. Эта формулировка (фраза-штамп) нередко встречается в предсмертных записках, написанных непосредственно перед суицидом.

Еще одним штампом, нередко встречающимся в предсмертных записках самоубийц, является фраза: «Никого не винить, я сам» (с возможными незначительными вариациями слов). Достаточно стереотипное выражение показывает не столько отсутствие каких-либо «претензий» в адрес окружающих, сколько специфическое «примирение» даже с крайне неблагоприятной социально-психологической ситуацией, в «диалоге» с которой самоубийца наконец нашел «выход». Этот выход, переживаемый суицидентом как решение проблемы путем собственного устранения, в большинстве случаев свидетельствует скорее о неполном осмыслении ситуации и своеобразной психической опустошенности, наступающей после прекращения борьбы и поиска выхода из тупика. Понятно, что тупик, независимо от его причин, в случае самоубийства всегда имеет субъективный характер, что вовсе не исключает и существующей объективно неразрешимости той или иной ситуации.

Психическая опустошенность или продолжающаяся борьба суицидальных и антисуицидальных тенденций (отсюда исключительная редкость односторонней «логики» самоубийства) определяют относи-

тельно малую информативность предсмертных записок, чаще всего отличающихся своей стереотипностью и заведомой недостаточностью объяснения причин и мотивов самоубийства. Вопреки мнению неспециалистов, суицидологи, детально исследовавшие этот вопрос, не склонны преувеличивать практической и научной ценности этих материальных свидетельств суицидального поведения. Однако в контексте других обстоятельств и характеристик самоубийства предсмертные записки также могут служить одним из источников информации о случившейся трагедии. Но даже предъявляемые в них мотивы суицида не могут раскрыть истинные причины, детерминанты покушения на самоубийства, так как последние не представлены в сознании как конкретные психические переживания.

В плане отношения суицидологов к предсмертным запискам любопытна эволюция взглядов одного из виднейших исследователей проблемы самоубийств Э. Шнейдмана. Как пишет сам автор, решающим моментом в его жизни как суицидолога было то обстоятельство, что, натолкнувшись случайно в архиве госпиталя ветеранов на несколько сот предсмертных записок, он решил не просто их прочесть, но и сравнить с поддельными записками, составленными людьми без суицидальных тенденций в контрольном слепом эксперименте. Однако исследовательский восторг ранних работ, написанных совместно с Н. Фарбероу («Сравнение подлинных и симулятивных предсмертных записок», «Ключи к разгадке самоубийств», 1957), сменился как писал сам автор, скепсисом зрелого исследователя проблемы, почти 25 лет занимающегося этим вопросом.

В 1976 г. Э. Шнейдман писал, что узнать что-то принципиально новое о возникновении самоубийства из анализа предсмертных записок невозможно. По его мнению, эти записки

часто совсем неинформативны, а иногда банальны и скучны. Автор объясняет это особенностями внутреннего состояния суицидента, чувством отрешенности от прошлого и душевной опустошенности, а также концентрацией внимания на мысли о предстоящем самоубийстве. Эти обстоятельства исключают написание самоубийцей предсмертных записок с действительным анализом имеющихся в этот период переживаний и даже мотивов суицида. По мнению автора, эти записки «нередко напоминают пародию на почтовые открытки, посылаемые домой из Гранд-Каньона, с Римских катакомб или пирамид; по существу, лишенные воображения, прозаичные, написанные для проформы и вовсе не отражающие грандиозность описанного действия или грандиозность человеческих эмоций, которые, как следовало того ожидать, могли быть вызваны ситуацией».

\

Однако в сочетании с другими феноменами суицидального поведения предсмертные записки могут в определенной мере служить задачам адекватной оценки покушения на самоубийство. Записки ведь могут писаться и людьми, не имеющими достаточно выраженного суицидального намерения. Но в любых случаях игнорировать полностью характер предсмертной записки невозможно. Это относится и к аутоагрессивному поведению, имеющему целью демонстрацию суицидальных намерений. Очень короткий пример, иллюстрирующий весьма специфическое содержание записки, формально вообще не связанной с приготовлениями к самоубийству. Родители запретили девушке-студентке встречаться с ее одноклассником, так как он, по их сведениям, проводит время в кругу наркоманов. После одного из скандалов дома девушка, сидя на кухне, включила газ и повесила на двери записку: «Не отравитесь газом». Как она объясняла потом, так как долго на кухню никто не шел, то «зажгла горелки, чтобы не отравиться самой».

Анализ предсмертных записок суицидентов проводился и проводится разноообразными методами и направлен на исследование самых различных составляющих суицидального поведения. Изучались с помощью ЭВМ ключевые слова, логическое мышление у этих лиц, эмоциональное состояние в пресуицидальном периоде и выраженность суицидальной интенции (Shneidman E., Farberou N., 1957), кросс-культуральные особенности (Леенарс А. А. и др., 2002) и другие характеристики суицида. По данным А. Г. Амбрумовой и Л. И. Постоваловой (1983), изучивших архивные следственные материалы по фактам самоубийств, совершенных в Москве с 1979 по 1982 г., предсмертные записки оставляет каждый шестой суицидент. Авторы отмечают, что между самоубийцами, оставляющими предсмертные записки и не оставляющими их, нет существенных статистических расхождений по полу, возрасту, способу суицида, наличию психического заболевания, семейному положению. Эти данные совпадают со сделанными ранее выводами других исследователей этого вопроса.

В целом, наличие предсмертной записки еще не является доказательством выраженности суицидальной интенции, как и ее отсутствие не говорит о недостаточности намерения покончить жизнь самоубийством. Выше уже упоминалось, что только совокупность всех обстоятельств самоубийства может помочь адекватно оценить случившееся, понять мотивы и намерения человека во время совершения суицида. Для понимания суицидального поведения исключительно большое значение имеет выбор суицидентом места и времени совершения самоубийства, отсутствие посторонних, меры предосторожности и изоляция.

Закрытая на ключ дверь, отсутствие в квартире других людей, ночные или утренние часы совершения самоубийства, приготовление к смерти (смена белья, указания на характер одежды после случившегося, бритье у мужчин и т. п. в условиях, исключающих

демонстрацию этих мероприятий и намерений) достаточно отчетливо говорят о выраженности суицидальной интенции. Естественно, что подобного рода предосторожности, направленные на исключение постороннего вмешательства во время оперирования средствами лишения себя жизни, возникают при развернутом или смешанном характере формирования суицидального замысла и последующем присоединении, спустя определенный период, борьбы мотивов намерения покончить жизнь самоубийством. При так называемом молниеносном суициде, в котором время возникновения замысла и намерения практически совпадает, указанные выше приготовления к смерти отсутствуют.

Однако в реальной жизни и суицидологической практике определить характер формирования суицидальных замыслов и намерений и даже время их возникновения удается далеко не всегда. Выше уже отмечались нередко возникающие трудности определения вида насильственной смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай). Эти трудности достаточно хорошо известны широкой публике из детективов и боевиков. Но эти трудности не исчезают и в случае не вызывающего сомнения покушения на самоубийство.

Суицидологическая оценка тех или иных параметров суицида здесь бывает затруднена при отсутствии каких-либо данных о состоянии и характере переживаний в пресуицидальном периоде, в отдельных случаях это может быть связано и с вполне определенными намерениями суицидента, направленными на сокрытие факта самоубийства. В случае завершенного самоубийства выяснение вида насильственной смерти и отдельных характеристик самоубийства, даже если это не вызывает сомнений, часто оказывается невозможным. Оценка случившегося другими не может быть абсолютно надежным источником для суицидологического анализа. С другой стороны, это, безусловно, может быть отправным пунктом для рассмотрения покушения на самоубийство специалистом-суицидологом.

Ниже приводится пример, иллюстрирующий трудности оценок отдельных характеристик покушения на самоубийство в обстоятельствах, не вызывающих сомнений в действиях суицидента.

Сотрудник Межгосударственного авиационного комитета, занимающегося расследованием авиационных происшествий (прежде всего расшифровкой «черных ящиков» погибших летательных аппаратов и моделированием их последнего полета), с целью демонстрации ис-

ключительного значения в авиации «человеческого фактора» рассказывает корреспонденту газеты следующий реальный факт, произошедший с «военным бортом».

Ночь. Высота 7 тыс. метров, машина на автопилоте, полный порядок. Командир выходит в салон, второй пилот изредка смотрит на приборы. Неожиданно в кабине появляется бортинженер и по общей трансляции объявляет: «Я выключаю двигатели...» Щелчок — и спустя короткое время все три двигателя глохнут. Командир бросается в кабину, бортинженера вяжут («натурально, рехнулся идиот»). Высота 6,5 тыс., машина падает. Командир щелкает тумблерами — не включаются! «Идиот» — инженер — и двигатели выключил не просто так, а перекрыв топливную магистраль. Теперь включай не включай ничего сделать нельзя: в топливопроводе уже воздушная пробка, и перезапустить двигатели по всем нормам можно только... на земле. Высота — 6 тыс. м. Машина падает еще не камнем, но близко к этому. Командир и второй пилот непрерывно щелкают тумблерами. Неожиданно происходит чудо: завелся один двигатель и заглох, потом второй начинает подавать признаки жизни, и у самой земли оба включаются и дают возможность сесть на первом попавшемся аэродроме.

«При чем тут человеческий фактор? А при том: проблемы у бортинженера. Служит в армии двадцать лет, и пенсия уже на носу, а вместо жилья — комната в бараке и никаких

перспектив, да еще и увольнение на носу. Вот и заклинило. Суда не было, поскольку обошлось без катастрофы и жертв, к тому же борт военный, дело замяли, официально преподнесли как самопроизвольную остановку двигателя. А бортинженера — поганой метлой из доблестных вооруженных сил, без пенсии, без квартиры...»

Оценку случившемуся дает здесь не суицидолог, а высококвалифицированный летчик, не понаслышке знающий и авиационную технику, и «человеческий фактор», вынужденный по характеру работы постоянно выслушивать запечатленные на пленке предсмертные голоса уже погибших пилотов и давать оценку действиям людей, находящихся в экстремальной ситуации. Однако и он не может определить, когда у бортинженера возникла мысль о самоубийстве: был ли это молниеносный суицид под влиянием момента, или был приведен в действие долго обдумываемый способ просто покончить разом со всем, или он руководствовался желанием обеспечить будущее своей семье.

Естественно, клинико-психологические вопросы и возможности повторного суицида здесь не обсуждались: у специалиста из МАКа другие задачи и цели (и в рамках интервью). Но врач-суицидолог по роду своей деятельности должен рассматривать самые различные

параметры суицидального поведения и в случаях самоубийств, совершаемых в условиях «неочевидности» тех или иных характеристик конкретного суицида.

Анализ случившегося и наиболее полная характеристика самых различных обстоятельств покушения на самоубийство, как правило, могут быть даны только в постсуицидальном периоде. Этот период, в зависимости от способа суицида, выраженности суицидальной интенции и ряда превходящих (в том числе носящих случайный характер) обстоятельств, существенно различается у разных суицидентов по выраженности соматических последствий покушения на самоубийство. Характер аутоагрессивных действий, связанных с суицидом, определяет и специфику, и объем конкретных мероприятий на первом этапе медицинской помощи человеку, пытавшемуся покончить с собой. Но рассмотрение этих аспектов работы с суицидентом происходит в рамках других медицинских дисциплин.

Однако, как показывает наш опыт, суицидологический анализ ауто-агрессивного поведения должен проводиться начиная с первых моментов общения с пациентом. Даже при невозможности непосредственного контакта в силу тяжести соматического состояния (различные варианты выключения сознания) желательно всегда провести предварительную оценку известных (из медицинской документации, со слов очевидцев и из других источников) обстоятельств случившегося. Одновременно может быть намечен план мероприятий по уточнению отдельных моментов (получение дополнительной информации, время непосредственного контакта, характер психотерапевтического воздействия в раннем постсуициде и проч.). Но сразу после покушения на самоубийство или после купирования тяжелых соматических последствий суицида врач, проводящий суицидологический анализ случившегося, может столкнуться с нежеланием суицидента раскрывать характер своих переживаний и обстоятельств совершенной им суицидальной попытки.

В этих случаях определенное диагностическое значение могут иметь характер реагирования суицидента на неудавшийся суицид и особенности контакта пациента с врачом и другими людьми после случившегося. В этом плане несомненное значение имеет даже то, спустя какой промежуток времени после совершенного суицида происходит первый контакт врача с суицидентом.

Покушение на самоубийство не может не отразиться на динамике психической жизни. При этом содержание психики существенно меняется по мере внутренней переработки случившегося, подведения итогов и оценки совершенного суицида в условиях, складывающихся

уже после суицидальной попытки. А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко (1980) считают целесообразным выделять три периода в развитии постсуицидального состояния. **Ближайший постсуицид** — первая неделя после совершенной попытки; **ранний постсуицид** — от недели до месяца после попытки; **поздний постсуицид** — последующие 4-5 месяцев.

В первые дни после покушения на самоубийство и ликвидации тяжелых соматических последствий суицида (если они имели место) происходит формирование отношения к случившемуся и определенная переоценка ценностей. Естественно, возможные соматоневроло-гические осложнения и последствия суицидальной попытки не могут не сказываться на состоянии психики и характере оценок произошедшего. Уже характер контакта с врачом во многом определяется наличием таких состояний, как выраженная астения или амнестические расстройства, наступившие после тяжелого отравления или самоповешения. К этому добавляются вполне понятные эмоциональные переживания, связанные с реакцией на сам суицид и его последствия.

Однако характер эмоционального реагирования весьма различен у разных суицидентов. Определяется это и особенностями состояния, предшествующего суициду, и тяжестью соматоневрологических последствий покушения на самоубийство, и характером социально-психологической ситуации до и после суицидальной попытки, и сохранением (или исчезновением) намерения покончить с собой. На эмоциональную жизнь суицидента после покушения на самоубийство может повлиять и множество других факторов, имеющих индивидуальный или случайный характер.

Так, наблюдающиеся в ближайшем постсуициде элементы эйфории могут определяться вовсе не осознанием чудесного спасения и своеобразного «рождения заново» с соответствующим пересмотром ценностей, а остаточным действием токсических веществ, принятых с целью отравления, или выраженностью астенического состояния, возникающего нередко после самых различных суицидов. Отсюда и возникает необходимость сопоставления динамики оценок случившегося с динамикой эмоционального состояния суицидента на протяжении всего периода наблюдения пациента.

Понятно, что динамика оценок суицида и ситуации определяется не только изменениями эмоциональности в постсуицидальном периоде, но и рациональной «переработкой» случившегося и пересмотром системы ценностей в новых условиях. Эти новые условия бывают связаны как с нередко меняющейся после суицида социально-психологической ситуацией, так и с реагированием самого человека на факт

собственного покушения на самоубийство и включением последнего в общий контекст своей жизни. Естественно, что выделение эмоциональных и рациональных форм отражения суицида в психической жизни человека, совершившего покушение на самоубийство, имеет смысл только в плане представления этих составляющих психики в рамках этого текста только для удобства последовательного изложения. В действительности целостное эмоционально-смысловое переживание — это единый психический акт, определяющий отношение человека к происходящему. Поэтому вычленение эмоциональной или рациональной составляющей — только аспекты его изучения.

Однако в рамках клинического обследования определение характера эмоциональности, наблюдающейся после суицида, имеет исключительное значение. Выше уже упоминалось эйфорическое состояние, возникающее в ближайшем постсуициде. Но гораздо чаще наблюдаются различные формы сниженного настроения. Естественно, что непосредственно после суицида, в силу самых различных причин, могут быть элементы эйфории, исчезающие спустя кроткое время. Поэтому важен общий фон и его устойчивое изменение, прежде всего в сторону снижения. Наличие дополнительной депрессивной

симптоматики (соматовегетативных проявлений, идей самообвинения, суточных колебаний настроения, расстройств сна и проч.) позволяет с уверенностью диагностировать депрессивное расстройство.

В отдельных случаях это клинически очерченное болезненное состояние может быть определено как кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция (по МКБ-10) — одна из форм реакции на тяжелый стресс. Этим стрессом могут являться сам суицид и переживания, связанные с вновь складывающейся после случившегося ситуацией. Однако депрессивное состояние, наблюдающееся после суицида, — это продолжение начавшегося еще до покушения на самоубийство эмоционального расстройства, усиливающегося по мере его развития и (или) под влиянием психо- и соматогенного воздействия суицидальной попытки и ее последствий.

Характер депрессивных переживаний, и прежде всего своеобразная идеаторная составляющая депрессии (высказывания больного, его оценка происходящего, прошлого и будущего), определяется существующим в тот период времени настроением. Отсюда и специфическое видение ситуации, предшествующей суициду, и возможность идей самообвинения и даже самооговоров в виде признания в несовершенных преступлениях и объяснения суицида самонаказанием за «содеянное». Однако для упомянутых выше так называемых реактивных депрессий развернутая идеация в виде идей самообвинения с самооговорами

и проч., как правило, нехарактерна. Это чаще наблюдается в рамках динамики депрессивных расстройств различного генеза (инволюционные, эндогенные, сосудистые и др.), начавшихся еще до покушения на самоубийство. Отсюда не вызывающая сомнений диагностическая и прогностическая значимость определения времени начала депрессивного расстройства, наблюдаемого в постсуицидальном периоде.

Существенным моментом, который приходится учитывать при диагностике психических состояний (в том числе и клинически очерченных расстройств — депрессивных, бредовых и др.), является факт их возможной трансформации под влиянием соматоневрологических последствий, связанных с покушением на самоубийство. Нередко в рамках самых различных состояний, наблюдающихся в постсуицидальном периоде, можно констатировать наличие элементов астенического синдрома (бессонница, головные боли, повышенная утомляемость, затруднения концентрации внимания и другие симптомы). Психогенное влияние факта суицида может отражаться и на динамике ведущего психопатологического синдрома — как на содержании психических переживаний, так и непосредственно на динамике развития психотического состояния.

Для адекватной оценки состояния, диагностики психического расстройства в целом и для понимания ситуации и детерминантов суицидального поведения в отдельных случаях необходимо учитывать возможность ретроспективного переноса существующих психотических переживаний на период времени, не связанный с болезнью. В этом случае бредовой трактовке подвергаются факты, имевшие место до возникновения болезни вообще или во время существования психического расстройства, характеризующегося в тот период иной психопатологической симптоматикой. Поэтому ориентировка врача в процессе клинико-суицидологического анализа только на сведения, получаемые от больного, без их сопоставления с объективным анамнезом, чревато ошибками установления времени начала болезни и даже обстоятельств суицида.

Ретроспективный перенос психотических переживаний на период времени, не связанный с болезнью, может отмечаться не только при депрессивных расстройствах, где достаточно часто идеи самообвинения распространяются на всю прошлую жизнь, вплоть до раннего детства, но и при наличии относительно систематизированного бреда — бредовой интерпретации могут подвергаться события и факты, случившиеся задолго до начала болезни. Возможность возникновения описанного выше психопатологического феномена

при клинико-суи-

цидологическом анализе пациента после совершенной им суицидальной попытки должен всегда учитывать врач, обследующий больного.

Однако учет тех или иных нюансов психопатологических симптомов и синдромов не снимает необходимости оценки случившегося с суицидентом. Понятно, что покушение на самоубийство в абсолютном большинстве случаев существенно изменяет многие составляющие суицидального поведения. Речь идет не только об эмоциональной реакции на факт суицида и ее отражении в текущей психической жизни. В постсуицидальном периоде существенно меняется и характер суицидальной идеации, которая, даже при сохранении установок на совершение повторного самоубийства, не может не включать конкретные реалии вновь складывающейся и меняющейся социально-психологической ситуации.

Поэтому рациональный компонент психической жизни суицидента после совершения суицида в первую очередь рассматривается не сам *по* себе, а после анализа вновь сложившейся ситуации, сохраняющейся или существенно снизившейся актуальности конфликта. Если конфликт, давший основу для непосредственной мотивации суицида, перестал быть актуальным, а суицидальные замыслы (и даже намерения) сохраняются, то с большой долей вероятности можно думать о наличии депрессивного расстройства, начавшегося до или после самоубийства.

К счастью, даже в рамках легких и умеренных депрессий исчезновение после покушения на самоубийство суицидогенного (по крайней мере, выступающего как мотивационная составляющая суицида) конфликта приводит чаще всего и к исчезновению суицидальных тенденций. Еще в большей степени это характерно для суицидов, совершаемых лицами с расстройствами зрелой личности (психопатиями), ак-центуантами или психически здоровыми в рамках уже отмеченных выше так называемых акцентуированных характерологических реакций: эгоцентрического переключения, психалгии, негативных интерперсональных отношений, отрицательного баланса и смешанных реакций (систематика дана по: Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Более сложной является оценка характера суицидальной идеации при сохранении суицидогенного конфликта. Здесь возможны, однако, различные варианты динамики психических переживаний, включавших ранее суицидальные тенденции. Естественно, что все возможные варианты динамики самой социально-психологической ситуации после произошедшего суицида и изменение актуальности конфликта (в сторону относительного уменьшения или увеличения интенсивности переживаний) здесь не рассматриваются. Важен факт принципи-

ального сохранения актуальности конфликта. Именно в этой ситуации после суицидальной попытки часто возникает понимание того, что суицид — это не решение проблемы, что необходимы поиски иного выхода из тупика, по-прежнему существующего в рамках «призмы индивидуального видения» человека, пытавшегося покончить с собой.

В процессе психотерапевтической работы важна не столько выработка установки на то, что суицид не решает проблемы (осознание этого уже произошло), сколько помощь в поиске новых подходов к ситуации. Нередко выработка «нового мышления» бывает связана с необходимостью существенной коррекции сложившейся системы ценностей. Последнее, к сожалению, удается далеко не всегда. Поэтому, несмотря на критическое отношение с суициду и нередкое сожаление по поводу случившегося, сохранение конфликта при наличии сопутствующих суицидогенных факторов всегда несет потенциальную угрозу рецидива суицидальных тенденций. Исключительно большое значение в случае повторного суицида имеет существующий опыт неудавшегося

самоубийства, поэтому подобное развитие ситуации в постсуицидальном периоде резко увеличивает угрозу летального исхода.

Еще один вариант динамики суицидальной идеации и психических переживаний человека, пытавшегося покончить с собой, в постсуицидальном периоде определяется возможностью суицидента в определенной степени влиять на ситуацию путем своеобразной манипуляции с имевшимися ранее замыслами и намерениями на прекращение собственной жизни. Выше приводился пример такого рода поведения после совершенной суицидальной попытки у женщины, осознающей, что ее неудавшееся самоубийство существенно изменило поведение ее близких. Таким образом, после реального неудавшегося суицида формируется демонстративно-шантажное поведение в виде угрозы покончить жизнь самоубийством. Непосредственных суицидальных замыслов и намерений, несмотря на сохраняющийся микросоциальный конфликт, здесь нет. Однако отношение к совершенному суициду здесь трансформировалось в специфический способ влияния на окружающую обстановку. Суицидальная идеация здесь присутствует в переживаниях как основа для так называемого демонстративно-шантажного суицида, но не сопровождается выраженным и однозначным суицидальным намерением.

Наиболее сложным в суицидологической практике является вариант постсуицидального периода, при котором сохраняются и актуальность конфликта, и суицидальные тенденции в виде четко выраженных замыслов и намерений. В плане распознавания подобных, непосредственно опасных для жизни состояний важно понимание того,

что отсутствие критики к покушению на самоубийство и сохраняющаяся актуальность конфликта далеко не всегда предъявляются в непосредственном виде «протокола о намерениях» или обоснованиях суицида. Нередко это выступает под маской сокрытия или отрицания суицида вообще («это ошибка, несчастный случай, случайная передозировка, демонстрация» и тому подобные объяснения произошедшего). Психотравмирующая ситуация в подобном случае может подаваться как утрированно-идеальная или «нормальная».

Сокрытие имевшего место суицида возможно и при появившейся в постсуицидальном периоде критике. Это связано со специфическим эмоциональным отношением к совершенной суицидальной попытке, появлением раскаяния или стыда перед окружающими и самим собой («за минутную слабость»). Еще один (относительно реже встречающийся вариант) отрицания суицидальных замыслов и намерений связан с невозможностью их действительной верификации как самим суицидентом, так и анализирующим случившееся врачом или психологом. Выше приводился пример, когда женщина действительно не знает мотивов своих, по существу, суицидальных действий в силу выраженности эмоционального состояния, возникающего в экстремальной ситуации.

Достаточно простым для распознавания и весьма сложным для выработки тактики ведения пациента является ситуация, при которой в постсуицидальном периоде у неудавшегося самоубийцы суицидаль^ ные замыслы и намерения не только не диссимулируются, но не скрываются суицидентом. Разумеется, уже нюансы формулировок сохраняющейся суицидальной идеации могут говорить о возможной динамике в намерениях прекращения собственной жизни. «Не вижу возможности дальнейшей жизни» отличается от слов «А что мне было делать!». Уже незначительная «подвижка» в характере суицидальной интенции, наблюдающаяся в течение постсуицидального периода,— показатель динамики суицидальных тенденций, открывающий новые возможности для психотерапевтической работы с пациентом. Однако при сохранении суицидальных замыслов и намерений (вне зависимости в рамках какого состояния и расстройства) в силу максимальной выраженности риска самоубийства пациент должен находиться в условиях строгого надзора, исключающего возможность

повторения суицида.
Материалы главы отражают только отдельные стороны динамики суицидального поведения. В первую очередь была сделана попытка рассмотрения отдельных моментов суицидального поведения, менее других представленных в суицидологической литературе. Естествен-

но, что при этом никак невозможно игнорировать хорошо известные концепции и понятия, сложившиеся в суицидологии. Эти концепции в меньшей степени присутствуют в тексте настоящей главы, что вовсе не говорит об их меньшей значимости для суицидологического анализа. Но основное место занимают положения и выводы, которые, по наблюдениям автора, могут оказаться полезными для понимания некоторых аспектов суицидального поведения.
В меньшей степени глава посвящена описанию формирования и развития суицидальных тенденций у больных с психотическими расстройствами. Однако некоторые рассмотренные в настоящей главе феномены фактически носят транснозологический характер, это относится и к динамике суицидального поведения. Понятно, что рассмотрение суицидов при таких заболеваниях, как шизофрения или депрессия, вне клиники этих расстройств в целом представляется недостаточно адекватным даже в плане задач суицидологического анализа.
Вместе с тем не вызывает сомнений наличие некоторых общих закономерностей в формировании суицидального поведения. Поэтому основные этапы и феномены, отражающие формирование и развитие суицидальных тенденций, с достаточными основаниями могут быть использованы (и уже используются другими исследователями) в рамках суицидологического анализа при самых различных расстройствах как психотического, так и непсихотического регистра.
Среди понятий, относящихся к динамике суицидального поведения, по мнению автора настоящей работы, с достаточными основаниями может фигурировать и ангедония как специфическая форма до-суицидального сдвига психической деятельности, непосредственно предшествующая формированию антивитальных переживаний, навязчивых мыслей, фантазий и сновидений на тему смерти, безличностных и пассивных суицидальных мыслей, суицидальных замыслов и намерений. Естественно, что ангедония возникает в результате констелляции суицидогенных факторов, а дальнейшая динамика состояния определяет появление специфических суицидальных феноменов. Скорость их формирования зависит от многих причин и может существенно различаться (так, возможны импульсивный, развернутый или смешанный варианты появления суицидального замысла). В постсуицидальном периоде важен учет как динамики эмоциональных переживаний, так и характера суицидальной идеации под влиянием самого факта совершения суицида и возможного изменения социально-психологической ситуации, лежащей в основе конфликта.

Глава 5
СУБЪЕКТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ) СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Каждое самоубийство имеет сугубо индивидуальное **субъективное значение** для человека, пытающегося теми или иными конкретными действиями (осознанным и намеренным бездействием) прекратить собственную жизнь. Субъективное значение суицида непосредственно связано с личностью суицидента. Отсюда возникает понятие **психологического** или **личностного смысла** самоубийства. Индивидуальный характер психологического смысла связан с личностно-ситуаци-онными факторами. Суицидологический анализ того или иного феномена аутоагрессивного поведения должен в качестве обязательного компонента включать и понимание того, с какой целью, для чего тот или иной человек пытался совершить (или совершил) самоубийство.

Однако в контексте суицидального поведения само понятие «смысл» имеет несколько аспектов применения. Прежде всего следует отметить, что очень многие исследователи пишут о потере смысла жизни как одном из подготавливающих (предиспозиционных) или даже непосредственно определяющих возникновение самоубийства суицидо-генных факторов. Важно, что потеря смысла жизни выступает как более общая характеристика жизнедеятельности и мировосприятия суицидента. В силу этого вряд ли является адекватным рассмотрение этой составляющей суицидального поведения в одном ряду с такими факторами, как повышенная возбудимость, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам или потеря «значимого другого».

Утрата смысла жизни выступает скорее как результат взаимодействия всех предиспозиционных факторов и мотивационной составляющей суицида. Однако это не исключает возможности того, что смысл и ценность жизни изначально выражены относительно слабо. Жизнь в подобного рода экзистенциальном вакууме (или разряженной атмосфере ценностей) легко может приводить к аутодеструктивному и непосредственно суицидальному поведению. В подобных случаях часто вызывает недоумение незначительность повода для покушения на самоубийство. Чаще всего потеря смысла жизни — это своеобразная результирующая множества суицидогенных факторов. Это обстоятель-

ство определяет частоту этой составляющей суицидального поведения при специальном обследовании лиц, покушавшихся на самоубийство.

В. Франкл в известной работе «Человек перед вопросом о смысле» (1990) приводит интересные данные, полученные при опросе 60 студентов университета штата Айдахо после совершенной ими суицидальной попытки. 85 % из них не видели больше в своей жизни никакого смысла, причем 93 % были физически и психически здоровы и жили в хороших материальных условиях и в полном согласии со своей семьей. В соответствии с концепциями В. Франкла, польская исследовательница Wieslawa Okla (1982) для проверки гипотезы о том, что суи-циденты обладают разным чувством смысла жизни, обследовала 129 лиц, совершивших суицидальную попытку. Применяя тесты на чувство смысла жизни в первые сутки после покушения на самоубийство, она обнаружила выраженное расхождение показателей в двух группах суицидентов. Низкое чувство смысла жизни коррелировало с высоким уровнем депрессии, страха, внутренним напряжением, тенденцией к изоляции от окружающих и повторными попытками самоубийства. С другой стороны, высокое чувство смысла жизни коррелировало с низким уровнем депрессии и страха, слабой интеграцией личности, чувством обиды и направлением агрессии вовне.

В любого рода примерах суицидов эта составляющая суицидального поведения (экзистенциального или клинического характера) всегда присутствует, но детально не рассматривается, так как требует специальных методов исследования и не может выступать непосредственной характеристикой клинико-суицидологического анализа. Тем более что рассмотрение этого вопроса напрямую не связано с целями работы.

Клинически более значимым для анализа суицидального поведения является своеобразная инверсия упомянутого выше смысла жизни, выступающая как психологический (личностный) смысл добровольной смерти. Здесь самоубийство выступает как последний акт (момент жизни), для которого *«смысл не только должен, но и может быть найден»* (В. Франкл; курсив его). Однако субъективное значение этих последних в его жизни (с точки зрения суицидента) действий оказывается далеко неоднородным.

Не меньшее расхождение отмечается и в содержании обращения (диалога) с окружением суицидента, который заключается в самом суицидальном акте. Естественно, что обращение к другим людям — это не только (и не столько) предсмертная записка (чаще всего они стандартны), сколько сам характер переживаний перед покушением на самоубийство. В этих переживаниях подразумеваются люди, окру-

жающие суицидента. Масштабы этого «окружения» существенно различаются (от «значимого другого» до общества в целом). Необходимость обращения к другим у разных суицидентов оказывается различной.

Если потеря смысла жизни и обстоятельства, предшествующие этому, позволяют в той или иной форме ответить на вопрос, *почему* был совершен суицид, то второй аспект рассмотрения в этой книге понятия «смысл» связан с необходимостью понимания того, *для чего, с какой целью* человек совершает попытку прекращения собственной жизни. И хотя и та и другая составляющие самоубийства носят субъективный характер, в данной главе рассматривается именно аспект *субъективного знагения* суицидального поведения. В этом контексте термин **субъективное значение** — практически синоним терминов **психологический** или **личностный** смысл. Но термин «субъективное значение», по мнению автора, имеет несколько более широкое содержание, что позволяет рассматривать не только хорошо известные типы личностного смысла суицида, но и менее структурированные и смешанные формы указанной выше характеристики суицидального поведения. Это связано с необходимостью рассмотрения форм суицидального поведения как с четко определяемыми намерениями прекращения жизни, так и при невозможности четкой их верификации, наличии так называемого «косвенного умысла» на самоубийство или демонстрации этого.

Наряду с такими характеристиками суицидального акта, как обстоятельства и способ самоубийства, оценка того, какие цели преследовал человек, намеревавшийся уйти из жизни, выступает как существенный момент понимания случившегося. Выявление психологического смысла покушения на самоубийство — это одновременно и оценка тяжести (выраженности) суицидальных намерений. Несмотря на сугубо индивидуальный характер субъективного значения суицида, можно выделить инварианты психологического смысла, позволяющие говорить о совпадающей направленности содержания психической жизни человека, обнаруживающего суицидальные тенденции.

Призыв — это один из наиболее частых вариантов личностного смысла суицидального феномена. «Крик о помощи» — название одной из наиболее известных монографий, посвященных проблемам суицидологии. Авторы (Н. Фарберроу и др.) подчеркивают (и это звучит уже в самом названии книги), что значительное число современных самоубийств имеет в качестве ведущего внутреннего компонента (психологического смысла) суицидального акта стремление (цель) призыва о помощи, приобретающего в случае суицида характер крика.

«Крик о помощи» может быть обнаружен уже на этапе самых первых суицидальных проявлений, когда нет еще никаких аутоагрессивных действий и конкретных замыслов и намерений. Однако оценка тяжести ситуации в этом случае начинает сочетаться с возникающими непроизвольно мыслями о различных самоубийствах, вначале расцениваемых самим человеком в качестве явлений, не имеющих к нему непосредственного отношения.

ПРИМЕР. Двадцатилетний юноша (в прошлом студент) в течение длительного времени находится в больнице после автокатастрофы, сопровождающейся повреждением спинного мозга с параличом нижних конечностей и расстройством функции тазовых органов. Автору настоящей книги довелось неоднократно консультировать этого пациента в одной из соматических больниц. Здесь приводятся только отдельные моменты достаточно длительного контакта с больным, необходимые для иллюстрации развиваемых ниже положений.

Вначале пациента попросили проконсультировать в связи с тем, что он «стал часто рассказывать» персоналу о некоторых самоубийствах и убийствах известных лиц (в

основном рок-музыкантов и певцов). В беседе с психиатром больной говорил о тяжести своего состояния, но категорически отрицал какие-либо суицидальные мысли. Рассказывал о существующих у него надеждах на «сшивание, подсадки эмбриональной ткани» и другие методы лечения, могущие, по его мнению, помочь в его положении. В отношении заявлений об известных ему самоубийствах сказал, что он говорил с медсестрами о музыкальных ансамблях и певцах и ему «просто вспомнилось, а почему и сам не знаю, о самоубийствах, но ко мне это не имеет никакого отношения».

Однако уже спустя две недели больной в беседе с психиатром снова говорил о тяжести ситуации, из которой он, однако, уже не видел выхода, хотя и допускал возможность жизни даже в условиях неподвижности и, цитируя начало известного монолога Гамлета, достаточно логично объяснял, почему лучше «быть». Во время следующей консультации (спустя месяц после первичного осмотра) больной заявил психиатру, что у него «кончилось терпение», он «не видит выхода из создавшейся ситуации и не верит ни в какое лечение» и если бы мог двигаться, то уже давно «выбросился бы из окна». На вопрос, как давно возникли мысли о необходимости выброситься из окна, больной сообщил, что «эта мысль вертится в голове уже давно, чуть ли не месяц, просто раньше я ее не сознавал и только в последние дни понял». Однако во время беседы больной неоднократно спрашивал, есть ли где-то за рубежом клиники или хирурги, которые могут помочь

«хотя бы от недержания мочи», и много говорил о недостаточном использовании современной медициной нетрадиционных методов лечения (включая знахарей и экстрасенсов). Беседа с психиатром периодически прерывалась криком (в прямом смысле слова) о желании выброситься в окно или молитвенными просьбами «любым способом» помочь ему.

В дальнейшем на протяжении недели больной периодически сообщал о желании выброситься в окно, однако о каких-либо других способах самоубийства он не говорил и непосредственных действий, направленных на реализацию своих суицидальных намерений, не совершал. Но спустя некоторое время стал просить у соседей по палате отдавать ему снотворные и другие лекарства. На вопрос, зачем это ему нужно, заявил: «А что мне еще остается делать?!» В беседе с врачом вновь говорил о безвыходности положения, но отрицал вновь намерение покончить с собой «в ближайшее время».

В данном случае для суицидологической оценки важно не только услышать крик больного о помощи, но и оценить степень опасности больного для самого себя (степень его намеренности добровольного ухода из жизни).

Приведенное выше клиническое наблюдение достаточно наглядно показывает особенности данного варианта личностного (психологического) смысла суицида для данного больного. Ситуация не просто тяжела, она не имеет на современном уровне развития медицины благоприятного решения с точки зрения существовавших ранее системы ценностей и жизненных стереотипов. На протяжении двух лет больной уже находился в нескольких лечебных учреждениях страны, однако усилия медиков не увенчались успехом и вернуть больного к обычной жизни не удалось. И вполне понятен его крик (в прямом и переносном смысле), его призыв о помощи. Суицид в данном случае — это экстремальный вариант этого призыва. С помощью самоубийства человек желает изменить крайне тяжелую, а при колебаниях эмоционального состояния приобретающую непереносимый характер ситуацию. Важно то, что человек не желает прекращения жизни, а хочет жить по-другому.

Эмоциональная составляющая его психической жизни, меняясь по интенсивности, содержанию и направленности (в первую очередь на самого себя), начинает препятствовать адекватному осмыслению конкретной ситуации. Мысль о смерти связывается только с ситуацией, с необходимостью ее изменения, устранения, но не приводит к понятному в пределах обычного функционирования сознания логическому

выводу, что самоубийство устраняет только саму жизнь, а не пре-

кращает ситуацию. Последняя существует только вместе с человеком и в силу его индивидуального видения происходящего.

Связанная с ситуацией доминирующая идея и эмоциональная составляющая психической жизни (здесь их невозможно рассматривать отдельно) препятствуют у данного больного адекватному осмыслению всего связанного с представлением о смерти, о прекращении бытия вообще. Но в связи с этим у больного нет возможности самостоятельного изменения системы ценностей, дающего возможность хотя бы временного принятия ситуации или приспособления к ней в дальнейшем. Существенным моментом оценки высказываний больного, обнаруживающих у него желание покончить жизнь самоубийством, является понимание их именно как суицидальных намерений, а не демонстрация этого намерения при его фактическом отсутствии. Несмотря на кажущуюся демонстративность суицидального феномена (в любом его проявлении, от мыслей до конкретных действий), здесь, несомненно, присутствует критерий намеренного лишения себя жизни.

Другое дело — степень выраженности этого намерения. Важно, чтобы психотерапевтическая направленность организационно-лечебной работы с больным строилась с учетом наличия именно суицидальных тенденций. Естественно, существуют определенные трудности в плане дифференциальной диагностики, но при углубленной целенаправленной беседе адекватная оценка высказываний и поведения больного вполне возможна. Понимание состояния больного врачом дает возможность, прежде всего самому пациенту, адекватного объяснения происходящего с ним. Работа врача в подобных случаях несколько облегчается тем обстоятельством, что, по-видимому, нет более стремящихся к контакту больных, чем лица с суицидальными тенденциями, психологическая направленность (личностный смысл) которых носит характер суицида-призыва.

Своеобразным контрастом описанному выше «крику о помощи» выступают суицидальные тенденции 50-летнего больного, который после нескольких операций и курсов рентгенотерапии по поводу опухоли головного мозга просит ухаживающую за ним жену отдать ему «все снотворные и успокаивающие» и говорит, что после его смерти ей надо будет ухаживать «только за детьми». Навещавшего его друга просит достать «снотворные посильнее», но отдать только ему «лично, а то никого не допросишься». У пациента паралич нижних конечностей, правой руки, расстройство функции тазовых органов, выраженные нарушения сна. Все эти явления нарастают на протяжении последнего года, сам пациент и врачи, не сообщая об этом больному, расценивают состояние как безнадежное.

Однако в беседе с психиатром пациент отрицает суицидальные намерения и в то же время не может привести и какие-либо «жизнеутверждающие» аргументы. Здесь можно было с достаточными основаниями предполагать наличие суицидальных тенденций, диссимулируемых больным. В процессе беседы выраженных признаков клинически очерченной депрессии не выявляется, хотя настроение снижено. Однако психологический смысл суицидального поведения (в виде возможных приготовлений) здесь уже не «крик о помощи», а **отказ от жизни** как своеобразной форме выхода из практически неразрешаемой ситуации, к которой больной вынужден адаптироваться на протяжении последних нескольких лет. Вместе с тем это еще и вариант своеобразного **альтруистического** самоубийства **(суицида-жертвы):** ухаживающей за ним жене «станет легче» (в чем ему невозможно возразить, разве что сослаться на ее реакцию на сам факт смерти мужа и отца ее детей).

Еще одним вариантом личностного смысла, при наличии которого часто возникают

определенные сомнения в истинности намерения покончить жизнь самоубийством, являются суицидальные феномены, психологический смысл которых связан с **протестом.** Для адекватной оценки подобных суицидальных явлений важно не только знание ситуации, конкретного повода и обстоятельств случившегося, но и характерологических особенностей суицидента.

ПРИМЕР. Сорокалетний талантливый музыкант, играющий в одном из известных оркестров и занимающийся одновременно преподавательской деятельностью, состоит в третьем браке. Отличается повышенной эмоциональностью, легко возбуждается, но, со слов жены, «так же легко отходит». Очень любит своего семилетнего сына, много занимается с ним, хочет, чтобы и сын стал музыкантом, следит за его развитием и образованием, когда бывает свободен от гастрольных поездок. В подростковом возрасте, протестуя против каких-то «несправедливостей» родителей по отношению к нему, демонстративно нанес себе несколько неглубоких самопорезов в локтевом сгибе. В дальнейшем, рассказывая об этом эпизоде жене, говорил, что в то время боялся умереть от кровопо-тери или заражения крови. Последние три-четыре года стал злоупотреблять алкоголем, периодически доставлялся домой приятелями в состоянии тяжелого алкогольного опьянения, несколько раз не выходил на работу, однажды был отстранен от гастрольной поездки. Дома скандалы с женой чередовались с попытками обращения к наркологам и кратковременными перерывами в употреблении алкоголя. И только после обращения жены в суд для развода и ее заявлений, что в случае развода он больше не увидит сына, пациент прекратил пить.

Однако спустя два месяца при возвращении мужа домой жена уловила привычный запах алкоголя. («Он не был пьян, но я знала, что дальше все будет по-старому, каждый его срыв начинался с «только одного стакана вина». Он клялся и пытался уговаривать, но я не выдержала и стала с сыном собираться к родителям»). После безуспешных попыток прекратить ее сборы пациент взял большой кухонный нож и, приставив его к животу, заявил, что если она уведет сына, то он покончит с собой. Жена позвала сына и стала ему говорить, что папа никогда этого не сможет сделать, потому что он «трус». После этих слов пациент нанес себе тяжелое проникающее ранение брюшной полости с повреждениями кишечника и позвоночника и чудом остался жив, так как нож, задев аорту, тем не менее не нарушил целостность ее стенок.

После лечения в хирургическом стационаре при неоднократных беседах с психиатрами пациент, рассказывая о случившемся и анализируя совершенные им действия, подчеркивал, что в тот момент он действительно хотел умереть, протестуя против невозможности дальнейшего общения с сыном. «Я не мог допустить, чтобы она увела сына. Решил умереть, но не дать этому случиться. Помню, что эта мысль возникла с самого начала, еще когда просил ее остаться. Хотя сейчас и не знаю, ударил бы себя или нет, если она не назвала бы меня трусом в присутствии сына. Но в тот момент, наверное, это не имело большого значения, так как думал только о том, что больше не смогу с ним общаться и надо что-то делать, чтобы она его не увела».

Естественно, что приведенный выше самоанализ случившегося больным происходил в другой ситуации и спустя определенный промежуток времени. Жена и сын активно общались с больным, строили совместные планы дальнейшей жизни. Пациент настолько тепло и охотно говорил о своем сыне, так гордился его способностями и успехами, что, по мнению некоторых врачей и персонала, это уже носило настолько приторно-слащавый характер, что «уже всем надоел со своим отцовством». И даже разговоры о возможном употреблении алкоголя («хотя бы как все») в тот период отвергались больным с самого начала.

В данном случае истинный характер суицидального намерения подтверждается не только тяжестью нанесенных самоповреждений, но и проведенным им в дальнейшем

самоанализом. С учетом сообщений больного о переживаниях в период суицидальной попытки и его последующего отношения к произошедшему следует рассматривать и динамику его переживаний, обусловивших тяжелую попытку самоубийства.

Разрешение (хотя бы временное) ситуации здесь не было связано с манипулированием суицидом, с попыткой извлечь максимальную

выгоду из произошедшего, с обвинениями жены или установлением с ней специфических договорных отношений. Больной высказывал искреннее сожаление о случившемся. «Никогда себе не прощу того, что я сделал, какой позор на них ложится, всю жизнь буду перед ними виноват. Да и как я мог такое сделать, ведь смерть — это ничто: ни сына больше вообще не увидишь, не услышишь любимую музыку»). Встречавшаяся еще в подростковом возрасте попытка «протестной» аутоагрессии уже в какой-то мере свидетельствует о некоторых особенностях психики пациента. Здесь важна не просто повышенная эмоциональность, но обращенность агрессии именно на себя. И дело здесь не только в воспитании, в процессе которого в обычных условиях ге-тероагрессия, социализируясь, переходит в ауто. Подобная адресность, обращенность психического переживания характерна для пациента и после совершения попытки самоубийства («никогда не прощу себя») вместо вполне логичного в данной ситуации сожаления-упрека: «зачем она назвала трусом в присутствии сына».

Доминирующая мысль о самоубийстве здесь возникает достаточно остро, а период от возникновения замысла-протеста против происходящего до его реализации сразу после провоцирующей реплики жены исключительно кратковременен. Возникающий в ответ на эту реплику аффект, по существу, только ускоряет совершение попытки самоубийства, но не является определяющим для возникновения мыслей и чувств, связанных с протестом, с попыткой остановить сборы жены, повернуть ситуацию в нужную сторону. Таким образом, констатация «протестно-го» характера попытки самоубийства ни в коей мере не может служить основанием для квалификации подобного суицидального феномена как проявления демонстративно-шантажного поведения.

Еще одним из вариантов психологического смысла самоубийства, близко примыкающим к упомянутым выше суицидам-протестам, выступают суицидальные феномены, при которых личностный смысл носит характер **мести.** Если в «протестном» варианте те или иные суицидальные проявления связаны прежде всего со стремлением человека изменить конкретную ситуацию, направить ее в нужную сторону, то **суицид-месть** — это всегда последействие, ответ на ситуацию, исправить которую уже невозможно. В этом случае как обуславливающий стимул участвует не только прошлое, но и желание человека своим самоубийством нанести вред тем или иным обидчикам. Чаще всего это вполне конкретный человек, действия которого, по мнению самоубийцы, не могут быть оставлены без ответа, но какие-либо другие варианты мести в силу конкретной ситуации невозможны или недостаточны. Самоубийство как способ отмщения переживается

в данной ситуации как наиболее действенное средство наказания обидчика.

ПРИМЕР. Двадцатипятилетняя женщина на протяжении года живет с трехлетним сыном и матерью. Ее брак фактически распался — муж ушел жить к другой женщине. Однако в течение года отмечался эпизод его возвращения в семью. Женщина ведет себя достаточно активно и независимо, работает, общается с друзьями, которым говорит, что муж «никуда от сына не уйдет». Несмотря на наличие судебной ситуации, связанной с разводом, ее настроение, со слов матери, продолжало оставаться ровным, она работала и активно занималась спортом, и ее успехи в избранном виде спорта в это время росли. Однако сразу после официального развода и заявлений мужа, что он никогда больше к ней не вернется, так как намерен сразу зарегистрировать новый брак, в котором у него также будет ребенок, состояние женщины резко изменилось. Несколько дней она была груба с

матерью и ребенком, не выходила на работу, часто просыпалась ночью. Как сообщала в дальнейшем пациентка, в это время в голове «не было других мыслей и чувств, кроме обиды и желания отомстить ему»: «Хотелось сделать такое, чтобы помнил и мучился всю жизнь, а ничего придумать не могла. Ни с кем не хотелось говорить, думала только о себе и о том, что произошло. Ребенок, спорт, мать — все как-то отошли на второй план, временами чувствовала вообще какую-то пустоту в душе, все становилось как будто нереальным, а когда возвращалась в жизнь, не могла переключиться с мыслей о том, что он сделал и как его наказать».

Через три дня после суда утром неожиданно появились мысли о смерти и «поняла, что это он будет помнить всю жизнь». «О ребенке и матери в то время не вспоминала, думала только о том, как это сделать, чтобы ему было больнее, и решила броситься с моста, но не утонуть, так как хорошо плаваю, а разбиться». В течение нескольких часов дожидалась, пока мать уйдет из дома («зачем, сама не знаю, надо было просто идти на мост»), затем оделась, потому что «окончательно все обдумала». В это время неожиданно услышала голос ребенка и подумала, что он остается один и выжить не сможет. В действительности у пациентки, кроме матери, есть еще и вполне благополучная сестра, чрезвычайно привязанная к племяннику, которая просила в связи с частыми отъездами сестры, чтобы ребенок жил у нее, так как у них с мужем нет своих детей.

Тем не менее, чтобы предотвратить муки ребенка в дальнейшем, женщина решает, что он должен умереть вместе с нею. Взяв его на руки, она идет на мост и с десятиметровой высоты бросается вместе с ребенком в реку. Но в месте падения оказалась достаточно большая

глубина, и, попав в воду, самоубийца предпринимает все усилия, чтобы спасти ребенка. Это ей удается, и вместе с ребенком она оказывается на берегу. «Поняла, что его надо срочно нести к врачу, хотя он дышал и каких-либо повреждений не было». Когда же, очнувшись, ребенок заговорил с ней, «поняла, что не смогу убить не только его, но и себя: возникло такое острое чувство какого-то тепла к ребенку, которого раньше никогда не было». «И сразу все повернулось по-другому, злости на мужа тогда вообще не стало, очень захотелось жить, растить ребенка, работать. Вместо злости появилась доброта ко всем: к сыну, матери, сестре, друзьям. Думала, что я могу теперь для каждого из них сделать».

Наблюдение этой пациентки в течение какого-то времени в условиях психиатрической больницы не обнаружило у нее каких-либо признаков депрессии или иных психотических расстройств. Более того, изучение истории ее жизни, клиническое наблюдение в условиях отделения, обследование психолога не давали оснований говорить о наличии тяжелой психопатии. Однако некоторые личностные особенности (повышенная возбудимость, некоторая истероидность, завышенная самооценка, эгоцентризм), а также тяжесть ее психического состояния в период кризиса позволили предполагать у данной пациентки акцентуацию характера по истероидному типу. Аффективное состояние, обусловившее суицидальную попытку по типу расширенного самоубийства, было исключительно кратковременным и не выступало как стойкое снижение настроения в виде депрессии.

Мысль о наличии у пациентки депрессии, как причине столь чудовищного по своим возможным последствиям поступка, возникла у врачей, направивших ее на обследование к психиатрам. **Расширенное самоубийство** (убийство с целью избавления от возможных в последующем мучений своих близких, а затем и самого себя) чаще всего встречается именно в рамках этой патологии. Однако наличие депрессивного состояния здесь приходится отвергать не только по причинам исключительной кратковременности аффективного состояния, не отвечающего клиническим критериям длительности (минимум две недели), но и по характеру самих переживаний пациентки в тот период.

Отсутствие чувства вины, направленность переживаний даже не столько на саму ситуацию, сколько на необходимость наказания вызвавшего ее «обидчика» при

сохранении психомоторной активности и своеобразной эмоциональной лабильности позволяют с достаточными основаниями отвергнуть депрессию как ведущую характеристику психической жизни в период совершения попытки самоубийства. Понятно, что против депрессии говорит и отсутствие соответствую-

щих соматовегетативных проявлений, острое возникновение, по существу, мгновенный выход из болезненного состояния в результате сильнейшего психофизического воздействия (падение в воду вместе с ребенком с десятиметровой высоты). Катарсис, просветление, по сути дела, появление (хотя бы на какой-то промежуток времени) новой личности, с удивляющим саму пациентку необычным содержанием переживаний,— вот к чему приводит эта неудавшаяся по причинам, абсолютно не зависящим от самоубийцы, суицидальная попытка. Отвергая в данном случае депрессию как ведущий феномен психической жизни пациентки во время попытки самоубийства, анализ психологического смысла которого будет проведен ниже, ни в коей мере нельзя считать ее состояние в тот период остающимся в пределах психического здоровья. Здесь отчетливо улавливаются качественные, а не количественные изменения характера переживаний на протяжении всех трех дней предшествовавших суициду. О необычном состоянии в период, предшествующий попытке самоубийства, и непосредственно в момент его проведения свидетельствуют и характер выхода из него, и сообщаемые пациенткой в дальнейшем сведения о ее переживаниях в то время.

И если к так называемым количественным изменениям можно отнести резкое усиление присущих пациентке и вне стрессогенной ситуации черт эмоциональной лабильности, то появление неразвернутых дереализационно-деперсонализационных переживаний — это уже отчетливые качественные сдвиги психической жизни. Физически ощущаемые пустота в душе, «какая-то нереальность окружающего» свидетельствуют уже не только об аффективном заряде и связанной с этим доминирующей мыслью, но и о включении каких-то механизмов своеобразной психофизиологической защиты от непереносимых (естественно, для функционирования данной психики) переживаний.

О том, что сообщения пациентки о переживаниях того периода не носят характер каких-то метафор или красочных сравнений, говорят и особенности ее поведения в то время, и тяжесть совершенного ею суицида. Практическое прекращение в тот период социального функционирования (работа, контакты с близкими), невозможность перехода на любое другое содержание психики («понимала, что схожу с ума, но ни на что переключиться не могла, хотя где-то в глубине души чувствовала, что ничего смертельного не произошло») с достаточной определенностью говорят о своеобразных качественных изменениях сознания, которые, однако, не могут быть просто квалифицированы как синдромы измененного сознания.

Анализируемое состояние следует расценивать как аффективно суженное сознание, при котором сохраняется ориентировка в текущей

ситуации, но, по существу, утрачивается способность к прогнозированию. При сохранении способности планировать действия, связанные с самоубийством, пациентка не может адекватно оценить даже сопутствующие этому обстоятельства. По непонятным для нее самой мотивам она ожидает ухода матери, хотя самоубийство планируется вне дома, и более логичным был бы совершаемый ранее ежедневно утренний уход.

О качественных изменениях сознания, при котором нарушенным оказывается осмысление только отдельных сторон текущей ситуации у данной пациентки, говорит и факт случайного включения в самоубийство практически не фигурировавшего в ее переживаниях в течение нескольких дней собственного сына. Отчетливо выступает отсутствие логики в связанных с планируемым убийством сына мысленных построениях: убить для предотвращения мук, ожидаемых в дальнейшей жизни. Ни мать, реально

воспитывающая ребенка, ни сестра, сообщающая о желании растить его, в этот момент не появляются в ее сознании. Более того, весьма логичным были бы мысли о наказании, мести таким образом ушедшему от нее мужчине (как и считали отдельные люди из ее окружения), но этот мотив никак не фигурировал в ее переживаниях. Да и сам характер самоубийства (пациентка не бросает ребенка, а бросается вместе с ним) вступает в противоречие с пониманием случившегося *кала убийства* из мести. Поэтому приведенный выше суицид — это *самоубийство,* личностный смысл которого — месть.

Для адекватной оценки произошедшего (а здесь наряду с чисто медицинскими встают уже и юридические вопросы) важно понимание того обстоятельства, что здесь нет компонента демонстративности или стремления с помощью действительного суицида изменить ситуацию в желательную для себя сторону. Внутренняя, психологическая направленность суицида вовсе не связана с желанием вернуть мужа и восстановить семью. И хотя сама по себе месть может принципиально рассматриваться и как одна из возможных форм протеста, в приведенном случае достаточно четко как ведущий мотив, цель деятельности, связанной с добровольным уходом из жизни, выступает стремление таким образом наказать обидчика.

Итак, ведущим компонентом личностного смысла здесь выступает месть, и ребенок здесь — не элемент мести, а случайная жертва измененного сознания самоубийцы. Обстоятельства случившегося, в том числе и поведение неудавшейся самоубийцы (попытка скрыть истинный характер произошедшего, отсутствие тенденций к использованию суицида как средства восстановления семьи или наказания «обидчика») говорят о том, что здесь попытка самоубийства происходила в услови-

ях качественно иного функционирования психики, существенно отличающего его от состояния до или после случившегося.

Добровольный уход из жизни как один из действенных способов мести обидчику известен у разных народов с древнейших времен. У народов Западной Сибири и славян существовал даже специальный термин «сухая беда» — человек с целью мести вешался на воротах обидчика. Самоубийство, так или иначе связанное и просто указывающее в отдельных случаях на людей, причастных к этому, достаточно хорошо известно и в художественной литературе. Следует, по-видимому, вспомнить про некрасовского «холопа примерного, Якова верного», вешающегося над коляской с обидевшим его обезноженным барином.

Наряду с призывом, протестом, местью, достаточно частым вариантом личностного смысла самоубийства может выступать **стремление к избежанию наказания.** Чаще всего при данном варианте суицидального поведения угроза наказания носит вполне реальный характер, так как покушению на самоубийство здесь всегда предшествует то или иное преступление. Однако в отдельных случаях тяжесть совершенного человеком действия криминального характера оказывается в его собственных глазах существенно преувеличенной, а правильная юридическая оценка содеянного может исключить в дальнейшем уголовное преследование данного субъекта. Здесь важно индивидуальное видение ситуации в конкретный период времени.

ПРИМЕР. Двадцатитрехлетний молодой человек, месяц назад условно-досрочно освобожденный из мест лишения свободы, доставляется в отделение за участие в драке и сопротивление работникам милиции. С его слов, к нему привязались двое каких-то пьяных, один из них ударил его и в дальнейшем умудрился исчезнуть с места события. «Я пытался его задержать, а милиция считает, что я сопротивлялся. А у меня уже все это было: мы гуляли после дембеля, стали стучаться в закрывающийся магазин, оттуда вышел участковый, я его ударил и получил срок». Вскоре после доставки в отделение и сообщения дежурного, что на него будет заводиться уголовное дело, задержанный совершил серьезную попытку самоповешения с выраженной асфиксией и наступившей в

дальнейшем антероградной амнезией.
Однако события, предшествовавшие его попытке самоубийства, не только не амнезировались, но и воспроизводились этим человеком со множеством деталей, чему он сам удивлялся. Врачу «скорой помощи» пациент рассказывал: «Не знаю, почему все запомнилось, как будто на фотографии и магнитофоне: помню, где кто стоял, что делал и говорил, хотя все происходило очень быстро, а сейчас как будто замедлен-

ная съемка или стоп-кадр: и бутылка, которой меня хотели ударить, а только облили водкой, и убегающий этот гад, и почему-то медленно едущая машина. А потом, когда стали говорить, что я пьяный и что сопротивлялся милиции, сразу возникла мысль, что в колонию ни за что не пойду. Но не знал, как это сделать, а когда выяснили, что я условно освобожденный, то сразу решил повеситься. Больше уже ни о чем не думал: ни о судах, ни о милиции. Все закрыла мысль, что в колонию ни за что не пойду, хотя потом, когда уже очнулся после петли, понял, что еще неизвестно, как это все обернется и повеситься всегда успею».
Естественно, что врач «скорой помощи» (он же автор настоящей книги) выяснил, что никаких чрезвычайных причин невозможности вторичного отбывания наказания у этого неудавшегося самоубийцы не было («на зоне отношения были нормальные, и я всегда за себя сумею постоять»), что особых претензий к милиции у него также нет («они свое дело делали, а я, вместо того чтобы уйти или убежать, с учетом моего положения, от этих пьяниц, стал выяснять отношения и довыяс-нялся до нового срока»). В дальнейшей беседе с врачом пациент говорил о том, что «не знаю, как дальше, но сейчас уже вешаться не хочу, а когда привезли в милицию, очень уж сильно не хотел, чтобы снова судили».
Относительная сложность медико-психологической оценки приведенной выше попытки самоубийства состоит в необходимости четкого разграничения психологического смысла совершаемых человеком ауто-агрессивных действий. Что это — протест против несправедливого задержания, тяжелая по возможным последствиям для жизни демонстрация самоубийства с целью избежания наказания или действительный суицид, личностный смысл которого также совпадает с упомянутой выше целью? При этом представляется понятным, что элемент своеобразного протеста, наверное, может присутствовать как составляющая глубинного мотива (возможно, и не всегда осознаваемого) намерения избежать наказания. Но, несмотря на действительную неопределенность последующего наказания, в высказываниях человека совсем не звучат слова о несправедливости и протесте. Поэтому «протестный» характер данного суицида приходится отвергать с самого начала его анализа.
Не касаясь юридической стороны, можно с достаточной определенностью сказать, что правильная квалификация произошедшего с задержанным определяет здесь не просто медико-психологическую оценку этого суицидального феномена, но и конкретные организационно-практические мероприятия. Опасность для жизни избираемого

способа самоубийства, приобретающая характер доминирующего переживания мысль-чувство, изменившееся переживание времени говорят не просто об отсутствии в данном случае какой-либо демонстративности, но о весьма существенном сдвиге психофизиологического функционирования человека.
Этот сдвиг обусловлен доминирующей мыслью о невозможности нового осуждения, о необходимости избавления от неизбежного, по его мнению, наказания. Возможно, это обусловлено непроизвольно возникшими или даже неосознаваемыми аналогиями со случившимся в прошлом. Здесь достаточно обоснованно можно говорить о вполне определенном намерении ухода из жизни. Целью же этого неудавшегося самоубийства

для самого человека, личностным смыслом суицида выступает именно желание избежания наказания, о чем сам пациент говорит четко и недвусмысленно. Однако именно в подобных случаях адекватная оценка затруднена вполне понятным «ситуационным» видением случившегося тем или иным специалистом (врачи и психологи здесь вовсе не являются исключением). И только сопоставление картины и тяжести суицида, обстоятельств случившегося, оценки суицидентом своих действий с характером психического состояния человека в тот период позволяет понять и дать достаточно адекватное объяснение анализируемому суицидальному (или смежному) явлению. Существенным моментом правильного понимания произошедшего выступает именно оценка личностного смысла самоубийства.

Если изложенный выше вариант личностного смысла самоубийства имеет своей целью добровольное прекращение жизни для избежания возможного наказания, то ниже рассматривается вариант прямо противоположной психологической направленности суицида. В этом случае человек сам хочет уйти из жизни, для того чтобы путем самоубийства наказать себя. Понятно, что здесь агрессия человека на самого себя — это начало и конец смысла данного психического феномена, так как отсутствует элемент призыва, обращенности к окружающим для изменения ситуации, помощи или наказания действительных или мнимых виновников.

Суицид-самонаказание всегда происходит на фоне различной степени сниженного настроения, но далеко не всегда это снижение четко укладывается в клинически очерченное понятие депрессивного синдрома. В этом случае сама диагностика и правильная квалификация подобного аффективного расстройства может иметь в качестве важнейшего диагностического признака оценку личностного смысла суицида. Хотя и здесь, как и в предшествующих вариантах суицидов

с различной психологической направленностью, прямое сопоставление ситуации с самоубийством и связанное с этим «ситуационное» мышление специалиста, анализирующего произошедшее, может затруднить адекватную оценку состояния человека, пытавшегося совершить самоубийство. В подобных случаях только учет всех обстоятельств произошедшего и квалифицированный суицидологический анализ могут *помочь* в правильной медико-психологической и юридической оценке случившегося.

ПРИМЕР. Тридцатитрехлетняя женщина проживает вместе с мужем и двумя детьми (тринадцатилетним сыном и десятилетней дочерью). В прошлом работала инженером, однако, когда ее производство закрылось, она достаточно успешно включилась в торговый бизнес. Взаимоотношения в семье всегда были очень хорошие, хотя последнее время муж и чувствовал себя несколько ущербным, так как его бизнес не приносил ожидаемых доходов и он был вынужден несколько раз менять характер деятельности. Некоторое время муж вообще не работал, а ухаживал за детьми и вел домашнее хозяйство. На взаимоотношениях в семье это не сказывалось, доходов жены вполне хватало на приемлемый уровень жизни. Со слов жены, они стали жить намного лучше, чем в те времена, когда оба работали инженерами. По поводу тех или иных «успехов» мужа в ведении домашнего хозяйства жена иногда шутила, что он в дальнейшем сможет всегда найти работу «бебиситора и хаусмастера». Однако, с ее слов, всегда щадила его самолюбие («знала еще со студенческих лет, какое оно у него, и понимала, что мужчинам, особенно таким, как он, сейчас даже труднее вписаться в этот чертов рынок»). Со слов жены, с началом перестройки они даже стали ближе друг к другу, хотя «обоим приходилось так вертеться, что вместе были меньше».

Алкоголь в семье употреблялся в самых минимальных дозах по праздникам, вели здоровый образ жизни, муж и дети делали физзарядку и занимались бегом. Жене «хватало бега и зарядок на работе». Однако в последние год-два жена эпизодически, и опять же в минимальных дозах («чисто символически»), стала употреблять алкоголь с партнерами по бизнесу. В один из удачных с точки зрения доходов дней она употребила все такую же

минимальную дозу, но достаточно крепкого напитка. Находясь в состоянии легкого алкогольного опьянения и некоторого подъема настроения в связи с удачным ходом коммерческих дел, женщина встретила своего однокурсника, который предложил «отметить» и его успехи в бизнесе. Встреча завершилась интимной близостью. Вернувшись домой, «почувствовала, что произошло что-то ужасное». В первый день вообще не могла найти себе места, потом немного успокоилась.

В дальнейшем пыталась как можно больше занять себя на работе и дома. «Через два дня как-то все стало уже забываться, но когда нашла нечаянно в сумочке телефон этого однокурсника, опять начала думать о том, что бы произошло, если бы этот телефон нашел муж. Порвала и выбросила этот телефон, так как уже уходя от того человека, знала, что больше никогда с ним не встретится. Однако страх, что муж может узнать, перешел в какой-то ужас, избавиться от которого уже не могла. Возникла мысль, что станет легче, если сама расскажет мужу о том, что случилось. Рассказала о том, что произошло, мужу, много плакала, умоляла простить ее, ужас исчез, и стало вначале легче».

Однако постепенно появилось и стало нарастать все больше и больше чувство вины перед детьми и мужем. Все это происходило на фоне усиливающегося отчуждения в семье, так как с момента ее признания в измене муж стал общаться с ней только формально, прекратились интимные отношения. Муж стал требовать, чтобы она периодически вновь и вновь просила у него прощения и каялась. Однажды он заставил жену повторить признание в измене в присутствии детей, которые в дальнейшем также стали общаться с матерью чисто формально и во всем, касающемся отношений в семье поддерживали только отца. Женщина на фоне все усиливающегося чувства вины расценивала как совершенно адекватные и изменившееся отношение к ней со стороны мужа и детей, и отдельные мероприятия «карательно-воспитательного» характера. В течение месяца она по-прежнему занималась бизнесом, «для успокоения», по совету знакомой, пыталась принимать небольшие дозы транквилизаторов и нейролептиков, но какого-либо уменьшения чувства вины, как и восстановления обычных отношений в семье, за это время не произошло. «Муж и дети по-прежнему держались на расстоянии».

Продолжая испытывать все усиливающееся чувство вины, женщина «поняла», что не только муж, но и она сама никогда не простит себе того, что произошло. Возникла мысль, что она должна умереть, чтобы наказать себя за разрушение семьи и собственного счастья. «Дети и муж как-то отошли на второй план, а все время думала о том, что надо себя наказать. Хотела сделать так, чтобы они и вообще все окружающие думали, что я просто умерла».

Выбрав специально время, когда муж с детьми уехал на выходные к его родителям, женщина, закрывшись, приняла сразу все находящиеся дома лекарства, составившие несколько смертельных доз, и осталась жива только благодаря счастливой случайности. Соседка сообщила пришедшей ее навестить подруге, что она дома и никуда из квартиры не выходила. Подруга сумела открыть дверь и обнаружила ее

в коматозном состоянии. Пациентка скрыла от врача «скорой помощи» и в стационаре факт попытки самоубийства, заявив, после того как пришла в сознание, что она случайно передозировала лекарства, и просила как можно быстрее выписать ее домой.

Вернувшийся домой муж не обнаружил лекарств, но жена заявила ему, что она их выбросила, так как после случайной передозировки поняла, что «это гадость, которой могут случайно отравиться и дети». Однако спустя неделю после этой неудавшейся попытки отравления дочь случайно обнаружила под бельем у матери очень крепкую хозяйственную веревку и, удивившись, рассказала об этой находке отцу. И хотя женщина категорически отрицала в разговоре с ним какие-либо суицидальные тенденции, муж решил обратиться к ее подруге, так как «с женой происходит что-то не то», но скрыл факт

нахождения веревки в совершенно неподходящем для ее хранения месте. Подруга, зная о факте вызывающей сомнения «случайной передозировки», заставила женщину идти к врачам, угрожая в противном случае рассказать о факте отравления ее мужу.

Беседа с пациенткой на первом этапе ее нахождения в стационаре вызывала определенные трудности, так как женщина категорически отрицала наличие каких-либо суицидальных тенденций в прошлом и настоящем, пытаясь дать психологически понятное объяснение не только «передозировке» лекарств, но и нахождению хозяйственной веревки среди белья. «Наверное, дочь сама решила подшутить, так как они с братом всегда так играли — то подложат друг другу что-нибудь страшное, то наоборот, а тут, наверное, меня решили вовлечь в свои игры».

Это заявление противоречило факту, который не отрицала и сама больная, что дети последнее время не играли с ней и стали, как и муж, относиться весьма сдержанно. И этому обстоятельству пациентка давала внешне вполне логичное объяснение: «Я сама в этом виновата, так как, занимаясь бизнесом, стала слишком мало времени уделять семье, вот дети и перестали общаться со мной». В ответ на возражения врача о том, что бизнесом она занимается уже в течение нескольких лет, а изменение отношений в семье наблюдается только на протяжении последнего месяца, больная могла ответить только: «Я сама во всем виновата». Сложность этого случая определялась еще и тем, что за все время нахождения жены в больнице ее муж категорически отказывался что-либо сообщать врачам о характере их семейных отношений вообще и о случившемся за последнее время.

На фоне проводимой медикаментозной терапии и постоянных психотерапевтических встреч больная стала несколько более контактной,

охотно беседовала о работе, взаимоотношениях с мужем и детьми, родственниками, но по-прежнему не раскрывала причины изменившегося психологического климата в семье, ее «передозировки» лекарств и нахождения веревки в ящике с бельем. И только после того, как персонал стал замечать, что пациентка выпрашивает у больных таблетки, и у нее был обнаружен тщательно скрываемый «набор» различных лекарств, больная спустя некоторое время сообщила врачу приведенную выше историю, взяв с него слово, что муж никогда не узнает от врача об этом, так как «во всем виновата только одна она».

Рассказ больной о ситуации и характере ее вины в процессе психотерапевтических бесед постепенно стал заканчиваться выводом, к которому она пришла сама, что, совершив самоубийство, она наказывает не только себя, но и любимых ею мужа и детей и что жизнь в этой ситуации — гораздо большее наказание для нее самой. «И тогда и сейчас уверена, что ничего исправить уже невозможно, что я должна себя наказать, но тогда другого наказания, кроме самоубийства, не видела, а сейчас считаю, что жить так, как я жила последний месяц, — это тоже наказание». Муж, достаточно регулярно посещавший больную, хотя и отказывался беседовать с врачом о его семейной жизни и во время свиданий обращал на себя внимание определенной сдержанностью и формальностью, но в то же время заметил, что он чувствует, что за время нахождения в больнице «жене стало лучше».

Анализируя приведенный выше случай суицида, следует, по-видимому, отметить отсутствие какой-либо демонстративности на протяжении всего периода состояния пациентки, связанного с наличием суицидальных тенденций. Об этом говорят и мероприятия по подготовке первого суицида (отсутствие посторонних, закрытая квартира), чрезвычайно большая дозировка принятых лекарств, желание скрыть попытку самоубийства от кого бы то ни было (не только от мужа, но и от подруги). И в дальнейшем у пациентки не отмечается каких-либо попыток использования имеющихся у нее суицидальных намерений для кардинального изменения (или хотя бы улучшения) ситуации. Более того, ситуация, сложившаяся после ее сообщения мужу об измене, при всей ее психологической понятности и сама по себе могла бы вызвать весьма непростые

переживания и последствия, но тем не менее практически не определяет суицидальную мотивацию.

Пациентка соглашается сообщить врачу о случившемся и связанных с этим переживаниях, только взяв с него слово, что он никогда не сообщит мужу о раскрытии ею семейной тайны. Однако в контексте разбираемых в данной главе характеристик суицидальных феноменов важно отметить не столько истинный характер суицидальных намере-

ний в данном случае, сколько их внутренний, психологический смысл. Здесь решающим моментом в совершенной попытке самоубийства или планируемых действиях по уходу из жизни выступает желание наказать себя таким образом за действительно неблаговидный, с точки зрения семейной жизни, поступок, который, в силу ее индивидуального видения случившегося, приобретает характер катастрофы.

Естественно, что исключить у данной пациентки переживания, в том числе связанные с настоящими сожалениями и обвинениями самой себя по поводу факта сообщения мужу об измене, не представляется возможным. Скрывает она или действительно не считает себя виновной в том, что муж оказался осведомленным об этом прискорбном факте,— не столь существенно с точки зрения тяжести суицидальных тенденций и их психологического смысла для больной. Здесь важнее другое: личностный смысл суицида в виде стремления самонаказания свидетельствует не просто о чувстве вины, но и о стоящем за этим выраженном изменении психической деятельности, определяемом понятием «депрессивное состояние». Однако особенности клинической картины в данном случае (ближе всего сюда подходит термин «скрытая депрессия»), при всей неопределенности конкретного содержания этого термина, не дают общеизвестных признаков депрессивного расстройства. Таким образом, опорным пунктом диагностики здесь выступают прежде всего характеристики самого суицида. Личностный смысл суицида здесь становится важнейшим компонентом уже не оценки суицидального феномена, а состояния больной в целом.

Значение оценки суицида в контексте целостного психического состояния, а не в плане рассмотрения суицидального феномена самого по себе позволяет не просто прийти к более адекватному пониманию случившегося, но и рассматривать вопросы терапии с учетом индивидуального содержания в рамках даже хорошо известных диагнозов: «ситуационная реакция» или «расстройство регуляции». И сам суицид должен быть оценен с точки зрения его самых различных характеристик не только со стороны его психологического смысла, но и в плане понимания, для чего, кто, в каких условиях, каким способом и почему попытался покончить жизнь самоубийством.

Настоящая монография имеет своей целью раскрытие этих опорных понятий для понимания того, в каком контексте и с каких сторон следует рассматривать суицидальные феномены. Понятно, что непосредственное содержание ответов на эти вопросы всегда будет носить индивидуальный характер, определяемый сложным переплетением социальных, личностных и психопатологических явлений. В этом плане содержание психотических расстройств всегда отличается гораздо боль-

шей стереотипностью, однообразием высказываний больных, несмотря на развитие болезни в самых различных социально-психологических условиях.

Самонаказание может выступать и как психологический смысл покушения на самоубийство человека, совершившего убийство. Однако можно выразить определенные сомнения в том, что подобный способ ухода из жизни - это всегда **суицид-самонаказание.** Судебно-психиатрический опыт автора, связанный с общением с людьми, совершившими убийство, позволяет с достаточными основаниями говорить о существенных различиях в характере переживаний людей после случившегося. При этом отрицать возможность самонаказания и соответствующих переживаний не решится никто.

Но возможен вариант, при котором суицид выступает именно как способ избежания наказания. Неадекватность такого способа (прекращение собственной жизни) часто бывает связана с тем состоянием выраженной дезорганизации психической деятельности («смятение чувств»), которое может наступать после совершения человеком убийства.

В большинстве случаев отсутствие предсмертных записок и тяжесть выбираемого способа самоубийства приводят к летальному исходу суицидов, совершаемых после убийства. Поэтому тайну субъективного значения подобного суицида самоубийцы уносят с собой. Очень короткий пример, иллюстрирующий сказанное выше. Узнав об измене жены, молодой инженер-химик, только что окончивший институт и начавший работать, разбивает ей голову гантелью и вешается над ее трупом (для этого потребовалось переместить его в центр комнаты под люстру, на которой повесился самоубийца). Какого-либо объяснения своему поведению самоубийца не оставил. Естественно, что субъективная сторона этого суицида осталась за занавесом. Представление о том или ином психологическом смысле этих самоубийств нередко является экстраполяцией собственных представлений анализирующих суицид людей о том, что должен переживать после случившегося убийца. Однако между представлениями и фантазиями на тему убийства и реальным фактом — «дистанция огромного размера».

Еще одним вариантом личностного смысла суицида может выступать **отказ от жизни.** В этом случае намерения человека покончить жизнь самоубийством связаны непосредственно с отказом от дальнейшей жизни. Независимо от того, что лежало в основе подобных замыслов и намерений (конкретная ситуация или те или иные логические построения, непосредственно не связанные с текущим моментом), в данном случае цель конкретных действий, направленных на самоуничтожение, и значение этого самоубийства для личности пол-

ностью совпадают. Суицид здесь не служит каким-то лежащим вне самого суицидального феномена целям (типа призыва, протеста, мести), а замыкается в своей психологической направленности на самого себя, на прекращение жизни. В этом плане рассмотренный выше суицид-самонаказание все же имеет элемент специфической обращенности к окружающему («вина перед кем-то», своеобразное понимание наказания в виде самоубийства как элемента восстановления нарушенной по вине самоубийцы «справедливости»).

При суициде, личностный смысл которого состоит в отказе от жизни, не предполагается какое-либо воздействие на ситуацию и окружение путем самоубийства, даже в виде своеобразного «последействия», как в случае мести или самонаказания. Но здесь ситуация вовсе не исчезает из переживаний человека, именно индивидуальное видение невозможности ее изменения чаще всего и обусловливает совершение суицида, в высшей степени несущего опасность для жизни. Не случайно в суицидологической литературе подобные самоубийства получили название «холодные суициды». Они протекают чаще всего на фоне внешне невыраженного аффекта. Однако здесь скорее наблюдается не отсутствие аффекта вообще, переживаний, связанных с ситуацией, а отсутствие «крика о помощи» или иной формы обращения суицидента к окружению.

Действительно существующая (или только связанная с индивидуальным видением) непреодолимость ситуации обусловливает выбор способа самоубийства, время, место и другие обстоятельства, влияющие на возможность прекращения жизни. Как правило, выбираются наиболее действенные способы самоубийства, в данных конкретных обстоятельствах, по мнению суицидента, с наибольшей вероятностью приводящие к смерти. Безусловно, на выбор этого способа влияет множество факторов: от религиозных, профессиональных и личностных характеристик до конкретной ситуации и связанных с нею переживаний.

В целом, самоубийцы, личностный смысл суицида которых имеет форму отказа от жизни,

гораздо реже попадают в поле зрения врачей, чем лица с иной психологической направленностью самоубийства. В абсолютном большинстве случаев этот суицид, с точки зрения замыслов человека, «удается». Поэтому оценку подобного самоубийства чаще всего дают не врачи, а знающие ситуацию и переживания человека его близкие или лица, производящие дознание по факту насильственной смерти. Хотя в отдельных случаях адекватная оценка произошедшего может быть дана только после проведения судебно-психи-атрической или комплексной медико-психологической экспертизы.

Субъективное значение суицидального поведения

235

Отказ от жизни и связанное с этим самоубийство может происходить в тех случаях, когда возникающие переживания становятся неприемлемыми с точки зрения их возможного сосуществования с другими элементами психической жизни человека. Это может быть непереносимость существующих страданий или их ожидания в будущем, невозможность существования в конкретных условиях, вступивших в противоречия с имеющимися ценностными ориентациями. При этом экстремальность ситуации и связанных с этим переживаний («Бытие только тогда и начинает быть, когда ему грозит небытие» [Достоевский]) выявляет не обнаруживающуюся в условиях обычного функционирования важную особенность психической жизни, связанную с отражением времени. Будущее, включаемое в контекст настоящего, приводит к тому, что психологические переживания могут влиять на человека в степени не меньшей, чем самые тяжелые физические страдания. Знание и ожидание будущего могут оказаться более тягостными и непереносимыми для человека, чем самая неблагоприятная текущая действительность,

Одна из таких возможных ситуаций может быть связана с наличием тяжелой неизлечимой болезни. Интуитивное понимание тяжести болезни и постепенного ухудшения своего состояния может сочетаться с реальными знаниями о дальнейшем течении, возможностях лечения и исходе существующего заболевания. В подобных случаях возможно самоубийство, смысл которого, отказ от дальнейшей жизни, связан не просто с осознанием невозможности изменения ситуации, но и с непереносимостью, недопустимостью включения ситуационных переживаний в контекст текущего содержания психики. Самоубийство по мотивам отсутствия перспективы дальнейшего существования необязательно связано с наличием в настоящем какой-либо тяжелой болезни, но в первую очередь именно с невозможностью избавления от возникающих в сознании, но неприемлемых для его текущего содержания мыслей. Подобные самоубийства весьма характерны для гериатрических пациентов или лиц более молодого возраста, у которых мысли о неизбежности грядущей старости и смерти приобретают навязчиво-непреодолимый характер. Как пример подобного самоубийства можно привести хорошо известный факт смерти супругов Лафаргов.

В самоубийствах по мотивам отказа от жизни сама по себе мысль о прекращении дальнейшего существования чаще всего формируется постепенно, что способствует более продуманной организации суицида. Однако в отдельных случаях отказ от жизни возникает как ауто-хтонная мысль, не связанная с предшествующим содержанием психики, но и здесь последующие за этим суицидальные действия также

236

отличаются достаточной целенаправленностью. В предшествующей главе подобный вариант возникновения суицидальной идеации назван импульсивным.

ПРИМЕР. Сорокасемилетняя женщина проживает одна. Несколько месяцев назад умерла ее племянница, с которой она периодически общалась. Проживает в коммунальной квартире вместе с соседкой-пьяницей, отношения с которой далеки от идеала. Страдает тяжелым заболеванием почек, в связи с чем одна почка удалена, а из второй выведена стома. Получает мизерную пенсию как инвалид первой группы. Близкая подруга переехала к детям в другой город, а ее оставшиеся родственники живут очень далеко.

Пенсии хватает только на хлеб и самые необходимые лекарства, временами не имеет денег, чтобы заплатить за квартиру и коммунальные услуги. Эпизодически общается с соседями по двору или навещающей ее работницей службы социальной помощи.

В один из вечеров женщина занималась достаточно привычным для нее занятием, рассматривала один из альбомов с фотографиями артистов театра и кино (наряду с чтением книг это было ее основным времяпрепровождением по вечерам). Неожиданно она перевела взгляд на висевшую у нее на поясе на куске бинта перчатку, выполняющую роль мочеприемника, а затем вновь стала смотреть на какую-то фотографию. Как рассказывала в дальнейшем пациентка, в этот момент у нее совершенно неожиданно возникла мысль, что дальше жить не стоит. «Раньше, хотя и была неверующей, считала, что надо нести свой крест до конца, а здесь пришла мысль, и я уже не смогла от нее избавиться, что лучше покончить жизнь самоубийством, чем так жить».

Женщина на протяжении некоторого времени обдумывает способ самоубийства. «Ни о чем другом уже не думала. Если и раньше ничего меня с жизнью не соединяло, а здесь как-то физически почувствовала, что одна на свете и дальше ничего хорошего меня не ждет». Она решает умереть от потери крови и с этой целью принимает несколько таблеток аспирина, «чтобы уменьшить свертываемость». Ожидает несколько часов, пока уснет соседка и подействуют лекарства, пишет записку («никого не виню, дальнейшая жизнь не имеет смысла»), напускает в ванну теплую воду и, погрузившись в нее, наносит себе глубокие порезы в области локтевого сгиба на обеих руках и достаточно быстро теряет сознание вследствие большой кровопотери.

Ее спасает случайность: соседка, выходя в туалет, увидела, что из ванной течет кровь (самоубийца не закрыла плотно кран, и вода с кровью стала переливаться через край). Соседка, имеющая сама в прошлом опыт самопорезов, оказала ей весьма квалифицированную по-

мощь и вызвала «скорую». После кратковременного пребывания в реанимации больная в связи с высказываниями о нежелании жить была переведена в психиатрическую больницу, а оттуда, в связи с ухудшением соматического состояния (падение гемоглобина, нарастание остаточного азота крови и ухудшение других показателей), отправлена в соматическую больницу.

В отличие от нередко наблюдающегося при неожиданных спасениях своеобразном катарсисе, связанном с освобождением человека от мыслей о самоубийстве (в отдельных случаях он сопровождается даже элементами эйфории и переоценкой очень многих фактов и обстоятельств), у данной больной как непосредственно после суицида, так и спустя несколько дней продолжают существовать суицидальные тенденции. При этом охваченность переживаниями, направленными на отказ от жизни, настолько велика, что больная не способна диссимулировать, скрывать мысли о самоубийстве.

Важным моментом, на который следует обратить внимание в процессе клинико-суицидологического анализа, выступает тот факт, что в данном случае мотивация самоубийства совпадает с психологическим смыслом суицида. Вопрос почему эта женщина совершает суицид — здесь практически сливается с вопросом для чего она хочет уйти из жизни. Во всех вариантах описанных выше самоубийств отмечался какой-то элемент обращенности к окружающим. Конечно, выраженность этого «крика о помощи» или характер диалога существенно различались у отдельных суицидентов. Однако там, где личностный смысл суицидального поведения связан с отказом от жизни, обращения к окружению, по существу, нет. Эти самоубийства в силу выраженности намерения ухода из жизни и тяжести выбираемого способа самоубийства в абсолютном большинстве случаев заканчиваются летально. И только случайность, как в приведенном выше наблюдении, может предотвратить трагический исход. В случае сохранения жизни эти пациенты представляют собой самый тяжелый контингент для лечебно-

психотерапевтической работы.
Во всех представленных выше наблюдениях суицидального поведения при всем их различии есть общий момент: в каждом из них можно говорить о наличии того или иного психологического смысла, который обнаруживается в процессе клинико-суицидологического анализа случившегося. Здесь субъективная сторона самоубийства раскрывается самим суицидентом. Ранее было приведено наблюдение, в котором пациентка не может четко определить сама, для чего она в экстремальной ситуации (издевательства с угрозой убийства со стороны пьяного мужа) выпила вначале уксус, а потом стала лихорадочно гло-

тать все имеющиеся под рукой лекарства. В этом случае ни сама пациентка, ни анализирующий случившееся врач не могут определить, для чего она это сделала. Ответ на вопрос «почему?» лежит на поверхности, «для чего?» — ответить не может никто. Личностный смысл этого суицидального поведения не может быть верифицирован (в соответствии с предлагаемой автором систематикой это парасуицид).
Однако возможен вариант суицидального поведения, при котором наличие намерения прекращения собственной жизни не вызывает сомнений, но сам суицидент не может определить, для чего, с какой целью было совершено это покушение. Это происходит в случае возникающей в дальнейшем антероградной амнезии. Однако все обстоятельства случившегося, тяжесть избираемого способа самоубийства и даже возникающие последствия суицида свидетельствуют о несомненном наличии в данном случае вполне определенного намерения прекращения собственной жизни. Здесь сам врач может с достаточными основаниями считать, что субъективная сторона суицидального поведения может быть охарактеризована как суицид. Это относительно редкий случай, когда характер субъективной стороны покушения на самоубийство определяет не сам суицидент, а врач (и только на основании отмеченных выше косвенных признаков). Кратко приведенное ниже клиническое наблюдение иллюстрирует подобный вариант суицида.
Женщина 28 лет, продавщица, но уже три года не работает, ухаживает за двумя детьми (девяти и трех лет). Последние пять лет состоит в фактическом браке. В течение предшествующего суициду года отношения с мужем ухудшились в связи с его алкоголизацией. («Ушел из строительной фирмы, шабашит в бригаде, но стал больше пить, несколько раз не приходил домой, ночевал у друзей, потом просил прощения».) Однако накануне случившегося не приходил домой три ночи и не давал о себе знать. В первую ночь женщина плохо спала («несколько раз просыпался ребенок»), а затем две ночи не спала совсем, так как «не знала, что и думать, в голову лезли самые темные мысли: убили, попал под поезд; ничего хорошего придумать не могла, ведь раньше этого никогда не случалось».
Поведение мужа после прихода домой существенно отличалось от обычного в подобных ситуациях. В ответ на упреки, вместо извинений, стал ругаться и оскорблять жену. Спустя какое-то время после начала ссоры женщина вышла из дома, пошла в сарай и повесилась. К счастью, муж сразу пошел за ней, снял ее и начал делать искусственное дыхание, а затем позвал живущую недалеко медсестру. Женщина была госпитализирована в реанимационное отделение. Спустя несколько дней автор консультировал ее как врач-психиатр. На шее у суици-

дентки отмечалась выраженная странгуляционная борозда. Выявлялась тотальная антеро-ретроградная амнезия («помню, как начали ссориться, а потом очнулась уже в машине»). Сожалела о совершенном ею суициде, просила объяснить, что на нее «нашло, что даже о детях не подумала». Охотно контактировала. Признаков депрессии не отмечалось.

Заявила, что «просто выгонит его, как уже было с первым мужем, а там мы были зарегистрированы; буду жить с бабкой и детьми, они ходят в школу и детсад, а я пойду работать, мне уже подыскали место». Категорически отрицала суицидальные тенденции и во время беседы, и в прошлом («У меня неприятностей было выше крыши, я и в тюрьме была, и с алкоголиком жила, и родителей схоронила, и никогда в мыслях не было вешаться»). Категорически отказывалась от обследования в условиях психиатрического стационара, ссылаясь на необходимость ухода за детьми и устройства на работу («могу потерять хорошее место»). Заявила, что после пребывания в течение нескольких дней в соматической больнице стала чувствовать себя «в тонусе» и «никаких глупостей больше делать не собираюсь». В результате комиссионного осмотра было вынесено заключение, что пациентка в госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке не нуждается в связи с отсутствием непосредственной опасности для себя в настоящее время.

В плане рассматриваемого в данной главе аспекта суицидального поведения не столь важно, следствием чего здесь явилась амнезия всего случившегося: патологического аффекта, предшествующего суициду, или механической асфиксии, связанной с самоповешением. В данном случае несомненные трудности вызывала оценка самого состояния, в котором совершено покушение на самоубийство. Остающаяся в пределах психологически понятных форм реагирования реакция эгоцентрического переключения или настоящее сумеречное состояние сознания? По мнению автора, ответить вполне определенно на этот вопрос не представляется возможным.

Более значимым в конкретной ситуации является решение вопроса о госпитализации в недобровольном порядке. Психотравмирующая ситуация, безусловно, сохраняется, но адекватное отношение к ней и покушению на самоубийство, отсутствие суицидальных тенденций и признаков депрессии, реальные планы на будущее позволяют исключить необходимость этой госпитализации. Естественно, что определенную роль в принятии такого решения играет и оценка характера суицида, совершаемого, в любом случае, в состоянии измененного сознания, с последующим выходом из него при отсутствии признаков психического расстройства в постсуицидальном периоде.

Приведенное выше наблюдение иллюстрирует относительно редкую ситуацию, когда не столько пациент, сколько врач оценивает смысловое содержание суицидального поведения как суицид, несмотря на отсутствие данных о субъективном значении этого покушения на самоубийство. Выше уже отмечалось, что об этом свидетельствуют и обстановка суицида, и тяжесть избираемого способа самоубийства, и выраженные соматические и психические последствия его, и отсутствие элементов манипулятивного использования случившегося в постсуициде. В любом случае, и до, и после суицида здесь нет ни демонстративности, ни «крика о помощи» в межличностном конфликте и создавшейся ситуации. Это наблюдение, как и ряд других приведенных выше, не позволяет согласиться с точкой зрения авторов, отмечавших, что у лиц, не страдающих психическим заболеванием, во время суицида отсутствует истинное желание смерти. Несмотря на отсутствие в данном случае психического заболевания (по меньшей мере, до и после покушения на самоубийство), вряд ли здесь могут возникнуть сомнения в истинности намерения ухода из жизни.

Достаточно большим разнообразием отличается психологический смысл суицидального поведения и в случаях, которые автором настоящей работы обозначены термином «парасуициды» (в главе, посвященной определению понятий, необходимых для суицидологического анализа, он уже рассматривался). Различные формы суицидального поведения диктуют необходимость их разграничения с аутоагрессивным поведением. Несомненным подспорьем в этом разграничении может являться субъективная сторона тех или иных действий. Естественно, рассмотреть все возможные варианты умышленных

самоповреждений не представляется возможным. Из этих вариантов в настоящей работе рассматривается только суицидальное поведение, т. е. формы ауто-агрессии, направленные непосредственно на прекращение жизни или смыкающиеся с ними (парасуициды).

Различные варианты психологического смысла парасуицидов еще будут рассматриваться в соответствующих клинических главах. Речь идет о таком субъективном значении суицидального поведения, как «временный уход из ситуации», «отдых», «выключение сознания, или парасуицидальный перерыв», «снятие аффективного напряжения», «крик о помощи». Каждый из этих вариантов психологического смысла требует детального рассмотрения в рамках клинико-психологиче-ского анализа, подтверждающего или отвергающего наличие психического расстройства в каждом конкретном случае. Однако в настоящей главе автор считает необходимым рассмотреть только так называемый демонстративно-шантажный суицид. В случае подобного рода

суицидального поведения, с одной стороны, заведомо отсутствует намерение ухода из жизни, а с другой — обнаруживается демонстрация этого с целью изменения ситуации в благоприятную для себя сторону. Ниже кратко приводится подобный вариант суицидального поведения.

Девятнадцатилетняя секретарь-машинистка одного из учреждений постоянно конфликтует со своими сотрудницами, часто опаздывает на работу или уходит раньше времени, что вынуждает других сослуживиц срочно выполнять порученные ей задания. При попытках индивидуальной воспитательной работы с ней грубит и оскорбляет сотрудниц. Однако боится администрации предприятия, так как после одного из нарушений дисциплины ее пригрозили «уволить по статье» и не давать справку о стаже для поступления в вуз. Так как нарушения с ее стороны продолжались, то администрация вместе с парткомом и профкомом назначила разбор ее поведения на общем собрании коллектива.

В обеденный перерыв, в день, назначенный для собрания, девушка, которую собирались «воспитывать», не пошла со всеми на обед, а перед возвращением сотрудниц повесила на двери объявление: «Театра не будет. Я сама закрою занавес!» Затем стала вводить себе шприцем «воздух в вену, чтобы умереть» (так она заявила увидевшим ее манипуляции женщинам). Нанесла себе несколько подкожных уколов и, как она говорила в дальнейшем в психиатрической больнице, «очень боялась попасть в какой-нибудь сосуд — вдруг не остановишь кровотечение». «Вводить воздух и тем более умирать не собиралась, но надо было как-то не допустить этого разбирательства с воспитательными целями». Пациентка, таким образом, добилась изменения ситуации: «театр» не состоялся.

Комментарии к случившемуся, по-видимому, излишни. Суицидальное (по характеру действий) поведение здесь заведомо не имеет целью прекращение собственной жизни, но демонстрируется суицидентком с целью изменения неблагоприятной ситуации. В данном случае характер мотивационной составляющей и психологический смысл ауто-агрессивных действий пациентка и не пытается скрыть во время ее беседы с психиатром. К сожалению, такого рода «открытость» смысловой нагрузки демонстративно-шантажного суицидального поведения встречается не так часто. В данном случае это показатель определенного инфантилизма, сопровождающегося незрелостью суждений и эмоциональных реакций.

Подводя итог рассмотрению в данной главе некоторых вариантов психологического смысла суицидального поведения, следует отметить, что во второй половине XX в. положение о неоднородности и сложности субъективной стороны покушений на самоубийство стало обще-

признанным (Stengel E., Cook N. G., 1958; Henseler H., 1974; Hense-ler H., Reimer Ch., 1981;

Poldinger V. W., Hole C, 1971; Тихоненко В. А., 1978, 1984; Конанчук Н. В., 1989, и др.). Сложность мотивационно-смысловой составляющей суицидального поведения, возможность наличия в нем разнонаправленных и даже недостаточно осознаваемых тенденций подчеркивают многие исследователи. Множество клинических наблюдений, представленных в настоящей монографии, по мнению автора, достаточно часто показывают наличие в отдельных покушениях на самоубийство элементов своеобразной «непроясненное™» в субъективной стороне суицидального поведения, невозможность использования в полном объеме механизмов атрибуции смысла (Нал-чаджян А., 2000).

Эта тайна, которую в случае завершенного самоубийства суици-дент уносит с собой, в отдельных случаях сопровождает и покушения на самоубийство, не закончившиеся смертью. При этом часто бывает гораздо легче ответить на вопрос, почему был совершен тот или иной суицид, нежели понять, для чего, с какой целью человек совершал действия, которые могли вызвать его смерть. Поэтому именно психологический (личностный) смысл суицидального поведения в первую очередь и может составлять упомянутую выше «тайну самоубийства», которую в отдельных случаях суицидент даже не может полностью вербализовать.

Эту «тайну самоубийства», недостаточную ясность субъективной стороны суицида очень хорошо чувствовал и гениально отобразил в своих произведениях Ф. М. Достоевский еще во второй половине XIX в. Писатель задолго до профессионалов-суицидологов представил и упомянутую выше «тайну», и двойственность характера переживаний, связанную с наличием прямо противоположных тенденций в субъективной стороне суицида. На примере одного из суицидов, представленных Ф. М. Достоевским на страницах его знаменитого «пятикнижия», как ни на каком клиническом наблюдении, можно иллюстрировать схему суицидального поведения H. Henseler (1974), приведенную в первой главе настоящей монографии, которая включает такие разнонаправленные тенденции, как ауто- и гетероагрессия, бегство и призыв. Однако в контексте настоящей главы представленное ниже покушение на самоубийство это не столько непосредственная иллюстрация тех или иных положений, сколько вопросы, возникающие в связи с этим суицидом.

Речь идет о попытке самоубийства Ипполита, одного из персонажей романа «Идиот». Это юноша («семнадцати, может, восемнадцати лет»), страдающий чахоткой, которому, по мнению врачей, осталось

жить две-три недели («в любом случае, не больше месяца»). Чтобы услышать «голую правду, не нежничая и без церемоний», он встречается со студентом Кислородовым («по убеждениям своим он материалист, атеист и нигилист»). Студент сообщил «даже с некоторой щеголеватостью бесчувствия», что больному осталось жить «месяц и никак не более», а может быть, смерть наступит «и гораздо раньше... даже, например, завтра». «Молодая дама в чахотке... собиралась идти на рынок, но вдруг почувствовала себя дурно... и умерла».

Вместо предсмертной записки Ипполит пишет большую статью «Мое необходимое объяснение», в которой он развивает «идею о том, что не стоит жить несколько недель...», возникшую уже с месяц, но совершенно овладевшую им три дня назад, после того как «вздумал сделать последнюю пробу жизни»: «Хотел видеть людей и деревья... мечтал, что все они вдруг растопырят руки и примут меня в свои объятия, и попросят у меня в чем-то прощения, а я у них... И вот в эти-то часы и вспыхнуло у меня «последнее убеждение». Удивляюсь теперь, каким образом я мог жить целые шесть месяцев без этого «убеждения»! Я положительно знал, что у меня чахотка, и неизлечимая; я не обманывал себя и понимал дело ясно. Но чем яснее я его понимал, тем судорожнее мне хотелось жить».

Статья, которую читает окружающим Ипполит непосредственно перед покушением на

самоубийство, включает множество логических аргументов и переживаний, отражающих характер психической жизни, включая эмоциональные переходы от любви к ненависти, сновидение со знаменитым «отвратительным тарантулом» и проч. «Окончательному решению способствовала, стало быть, не логика, не логическое убеждение, а отвращение. Нельзя оставаться в жизни, которая принимает такие странные, обижающие меня формы. Это приведение меня унизило. Я не в силах подчиняться темной силе, принимающей вид тарантула... Я положил умереть в Павловске, на восходе солнца... Мое «Объяснение» достаточно объяснит все дело полиции... Завещаю свой скелет в Медицинскую академию для научной пользы... Природа до такой степени ограничила мою деятельность своими тремя неделями приговора, что, может быть, самоубийство есть единственное дело, которое я еще могу успеть начать и окончить по собственной воле моей. Что ж, может быть, я и хочу воспользоваться последнею возможностью *дела?* Протест иногда не малое дело...» (это последние слова «Объяснения»).

Сразу после чтения и поднявшегося по поводу этого шума («...этак расстегиваться...», «не застрелиться; балует мальчишка!» и проч.), требования отдать пистолет и завтра же отправиться «куда угодно» «вдруг

в правой руке Ипполита что-то блеснуло... маленький карманный пистолет очутился вплоть у его виска... в ту же секунду Ипполит спустил курок. Раздался сухой щелчок курка, но выстрела не последовало. Когда Келлер обхватил Ипполита, тот упал ему на руки... Ипполит сидел, не понимая, что происходит, и обводил всех бессмысленным взглядом... Осечка?.. — Капсюля совсем не было, — возвестил Келлер... Первоначальный и всеобщий испуг быстро начал сменяться смехом... Ипполит рыдал как в истерике, ломал себе руки, бросался ко всем... забыл совсем нечаянно, а не нарочно положить капсюль... капсюли в жилетном кармане... он не насадил ранее, боясь нечаянного выстрела в кармане, рассчитывал всегда насадить, когда понадобится, и вдруг забыл... умолял, чтобы ему отдали назад пистолет... теперь обесчещен навеки!.. Он упал наконец в самом деле без чувств».

В соответствии с заявлением самого несостоявшегося самоубийцы психологический смысл этого суицида — протест против ситуации, в которой он вынужден пассивно ждать уже известного ему срока смерти. Непереносимость этой ситуации в первую очередь и объясняется знанием этого срока и необходимостью что-то делать. К сожалению, единственно доступным и полностью зависящим от самого суициден-та делом в данном случае оказывается добровольное прекращение жизни. И вместе с тем не вызывает сомнений наличие здесь «крика о помощи»: все «растопырят руки» и примут его в объятия. Однако и подобное поведение окружающих (чего, впрочем, трудно ожидать от людей, весьма непохожих на нравственного гения — князя Мышки-на) не может решить главную проблему Ипполита. Сам Мышкин может сказать на обращение умирающего к нему только: «Пройдите мимо нас и простите нам наше счастье». Однако уговаривает Ипполита переехать на свою дачу, так как зелень и чистый воздух приведут к тому, что волнение и сны «переменятся» и, может быть, «облегчатся». Естественно, это не решает проблему в целом.

Каков бы ни был психологический смысл представленного в романе суицидального поведения персонажа, он в той или иной форме фигурирует в предсмертном объяснении. Но одну несомненную тайну этого суицида Ф. М. Достоевский оставил, будучи, как он выражался о самом себе, не психологом, а «реалистом в высшем смысле». Почему в пистолете не было капсюля? Для чего этот эпизод (вовсе не решающий с точки зрения сюжетной линии романа) имеет такой финал? («Ипполит скончался в ужасном волнении и несколько раньше, чем ожидал, недели две спустя после смерти Настасьи Филипповны»). Гениальный писатель поступил здесь, с точки зрения автора настоящей книги, именно как реалист, понимающий сложность и противоречи-

вость переживаний, которыми охвачен человек, кричащий своим суицидом о помощи и не находящий решения трагической ситуации, выход из которой только один — смерть.
Князь Мышкин обладает способностью понимать характер переживаний умирающего. Но обнаруживается одна интересная деталь: в этой конкретной ситуации «просто понимания» оказывается недостаточно. В этом плане исключительный интерес представляет диалог Аглаи и князя спустя короткое время после неудавшейся попытки самоубийства. Князь сообщает Аглае, что Ипполит не умер, так как пистолет не выстрелил, и рассказывает подробности случившегося. Девушка расценивает это так:
«— Об Ипполите я думаю, что пистолет у него и должен был не выстрелить, это к нему больше идет. Но вы уверены, что он непременно хотел застрелиться и что тут не было обману?
— Никакого обману.
— Это и вероятнее. Он так и написал, чтобы вы мне принесли его исповедь? Зачем же вы не принесли?
— Да ведь он не умер. Я у него спрошу.
— Непременно принесите, и нечего спрашивать. Ему, наверно, это будет очень приятно, потому что он, может быть, с тою целью и стрелял в себя, чтоб я исповедь потом прочла. Пожалуйста, прошу вас не смеяться над моими словами, Лев Николаевич, потому что это очень может так быть.
— Я не смеюсь, потому что и сам уверен, что отчасти это очень может так быть.
— Уверены? Неужели вы тоже так думаете? — вдруг ужасно удивилась Аглая.
Подтверждение князя, что Ипполит застрелился для того, чтоб она прочла его исповедь, очень ее удивило.
— Конечно,— объяснил князь,— ему хотелось, чтобы, кроме вас, и мы все его похвалили...
— Как это похвалили?
— То есть это... как вам сказать? Это очень трудно сказать. Только ему, наверное, хотелось, чтобы все его обступили и сказали ему, что его очень любят и уважают, и все бы стали его очень упрашивать остаться в живых. Очень может быть, что он вас имел всех больше в виду, потому что в такую минуту о вас упомянул... хоть, пожалуй, и сам не знал, что имеет вас в виду.
— Этого уж я не понимаю совсем: имел в виду и не знал, что имел в виду. А впрочем, я, кажется, понимаю: знаете ли, что я сама раз тридцать, еще даже когда тринадцатилетнею девочкой была, думала

отравиться, и все это написать в письме к родителям, и тоже думала, как я буду в гробу лежать, и все будут надо мной плакать, а себя обвинять, что были со мной такие жестокие... С Ипполитом я увижусь сама; прошу вас предупредить его. А с вашей стороны я нахожу, что все это очень дурно, потому что очень грубо так смотреть и судить человека, как вы судите Ипполита. У вас нежности нет: одна правда, стало быть,— несправедливо.
Князь задумался.
— Мне кажется, вы ко мне несправедливы,— сказал он,— ведь я ничего не нахожу дурного в том, что он так думал, потому что все склонны так думать; к тому же, может быть, он и не думал совсем, а только этого хотел... ему хотелось последний раз встретиться, их уважение и любовь заслужить; это ведь очень хорошие чувства, только как-то все тут не так вышло; тут болезнь и еще что-то! Притом же у одних все всегда хорошо выходит, а у других ни на что не похоже... Вы давеча вдруг сказали одно слово очень умное. Вы сказали про мое сомнение об Ипполите: «Тут одна только правда, а стало

быть, и несправедливо». Это я запомню и обдумаю».
«Обдумывать» эти слова, по-видимому, подлежит не только князю Мышкину. В беседе с пациентом, покушавшимся на самоубийство, всегда приходится «обдумывать», как надо подавать «правду», чтобы это не выглядело «несправедливо» с точки зрения человека, только что пытавшегося добровольно уйти из жизни.

Глава 6
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ

Открывая настоящей главой клинический раздел данной книги, автор считает необходимым сделать небольшое вступление, касающееся подхода к излагаемому материалу. В каждой из клинических глав представлены и проанализированы в клинико-суицидологическом аспекте наблюдения пациентов с психической патологией различной выраженности (от лиц с так называемыми предболезненными состояниями до больных с психотическими формами психических расстройств). Как известно, в рамках существующей в настоящее время систематики (МКБ-10) традиционная дифференциация между неврозами и психозами уже не используется, и различные формы патологии психики обозначаются термином «расстройство». Однако возникает необходимость уточнения особенностей этого расстройства, что неизбежно связано с оценкой различных параметров тех или иных психопатологических феноменов, включая их вид, происхождение, выраженность, стойкость, социальный эффект и другие характеристики.
Это объясняет выделение отдельных групп психических расстройств, различающихся по уровню и характеру психопатологии. Использование этих понятий сразу показывает существенные различия между такими психопатологическими симптомами, как невротические проявления и галлюцинаторно-бредовые переживания. Однако при некоторых видах расстройств проводимое разграничение (и, соответственно, представление в различных главах настоящей книги) носит во многом условный характер. В первую очередь это относится к депрессивным расстройствам, которые зачастую с одинаковым правом могут рассматриваться как в разделе пограничной патологии (реактивные или невротические депрессии), так и в рамках аффективных расстройств. Однако включение отдельных клинических наблюдений в ту или иную главу не имеет решающего значения для их суицидологического анализа, в связи с тем что каждый из пациентов анализируется индивидуально.
Отдельные понятия и некоторые общие закономерности, необходимые для суицидологического анализа представленных в клиничес-

ких главах наблюдений, были частично даны в разделе общей суици-дологии. Речь идет о таких понятиях, как причины, мотивы, этапы суицидального акта, способы совершения самоубийства, его субъективное значение для суицидента и прочие характеристики суицида. И хотя некоторые из представленных ниже показателей частично уже приводились в предшествующих главах, возникает необходимость своеобразных введений в каждую из клинических глав для включения тех или иных кластеров психической патологии в контекст общей суи-цидологии.
Это включение необходимо в первую очередь для понимания «суицидологического» значения отдельных видов психических расстройств. С другой стороны, знание некоторых общих характеристик суицидального поведения при тех или иных видах психической патологии может способствовать использованию отдельных параметров суицида как дополнительного диагностического признака. Естественно, что представленные ниже цифры отражают только некоторые тенденции в суицидах, наблюдающихся при отдельных психических расстройствах, но никак не общие закономерности. Цифры колеблются в очень широких диапазонах у различных исследователей. Естественно, что

во многом демографические и иные показатели суицидального поведения определяются внеклиническими факторами, отражающими общественные, социальные и организационные аспекты конкретных условий того или иного исследования. Существенную роль в суицидологической статистике, безусловно, играет и чисто субъективный фактор: различия в понимании отдельных видов нарушений психики. В наибольшей степени эта субъективность проявляется при изучении соотношения суицидального поведения и так называемых пограничных психических расстройств, представляющих собой своеобразное «размытое множество» — континуум психопатологических феноменов с неопределенными границами.

Учитывая эту неопределенность границ нарушений психики, объединяемых понятием «пограничные психические расстройства», следует, по-видимому, указать, какие виды психопатологических явлений рассматриваются автором книги в настоящей главе. Самое простое понимание психических расстройств, представленных здесь, можно дать через противопоставление клинических наблюдений настоящей и двух последующих глав. В этой главе представлены различные виды непсихотических расстройств, т. е. эта патология не включает таких психопатологических феноменов, как бред, галлюцинации, кататонические проявления и некоторые другие симптомы, встречающиеся в рамках психозов (как уже упоминалось выше, этот термин в МКБ-10 не используется).

Понятно, что рассмотреть все виды непсихотических расстройств практически невозможно. Поэтому представленные в настоящей главе наблюдения включают в первую очередь варианты пограничных психических расстройств, с которыми, по мнению автора, наиболее часто сталкивается врач, наблюдающий больных в психиатрическом или соматическом стационаре. Представленный здесь суицидологический анализ отдельных пациентов может быть полезен в работе не только психиатра, но и врача любого профиля при необходимости оценки суицидальных проявлений у больных.

Знание отдельных характеристик суицидального поведения, соответствующих понятий и терминов, рассматриваемых в общей суици-дологии, оказывается необходимой предпосылкой для индивидуального суицидолгического анализа. Приводимые цифры и выводы отдельных исследователей могут существенно расходиться, поэтому речь идет скорее о тенденциях, но не о закономерностях, имеющих всеобщий и обязательный характер.

Так, согласно специальным эпидемиологическим исследованиям Всесоюзного суицидологического центра (Амбрумова А. Г., Тихонен-ко В. А., 1980), две трети всех суицидентов составляют больные с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые лица с ситуационными реакциями. При этом доля последних равна 13-14 %. Среди лиц с пограничными расстройствами наиболее высокий суицидальный риск представляют психопатические личности (около 25%), второе место занимает алкоголизм (19%), третье — реактивные состояния (14,5 %), четвертое — непатологические ситуационные реакции практически здоровых лиц (13,5 %). Однако данные об удельном весе психопатий в структуре самоубийств различны и колеблются в очень широком диапазоне (от 20 до 60 % у различных авторов).

По материалам посмертной судебно- психиатрической экспертизы, число лиц с психопатиями и патологическим развитием личности составляет до 31,4 % (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989). Как отмечает R. Ettlinger (1975), среди лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, лишь у 5 % не наблюдается личностных расстройств. По данным зарубежной литературы, наибольший процент повторных суицидальных попыток совершается именно пациентами с личностными расстройствами, среди которых отмечается и самый высокий процент завершенных суицидов. Карл Ясперс писал в «Общей психопатологии» (1997), что самоубийство само по себе не является признаком психической аномалии. Однако, по его мнению, большинство самоубийств совершается представителями характерологических ти-

пов, интересных с точки зрения психопатологии, а также людьми, страдающими теми или иными известными заболеваниями. Поэтому автор считал, что статистика самоубийств дает некоторое представление о частоте аномальных психических состояний в целом.

Как отмечают А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко (1980), совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: больными психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровыми в психическом отношении лицами. По мнению авторов, опыт опровергает бытующую в кругах психиатров точку зрения на самоубийство как на явление исключительно клинического характера. Количественное соотношение трех названных категорий составляет, по их данным (округленно), 1,5 : 5 : 1. Авторы считают суицидальное поведение одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему диапазону диагностических вариаций — от психической нормы до выраженной патологии.

Однако в исследованиях, проведенных в Великобритании (Baggac-lough B. et al., 1974), было обнаружено, что из 100 изученных историй болезни в 93 случаях суициденты были признаны психически больными. Авторы отмечают, что расстройство личности наблюдалось почти у 50 % алкоголиков и примерно у 20 % депрессивных больных, покончивших жизнь самоубийством. Это исследование отличалось исключительной скрупулезностью подходов к анализируемым наблюдениям. В частности, все имеющиеся материалы по каждому случаю оценивались независимо тремя психиатрами. Сходные данные о корреляции психических расстройств с суицидальными тенденциями (94 % совпадений) были получены и в результате проведенного в США исследования 134 самоубийств.

В хорошо известном «Оксфордском руководстве по психиатрии» отмечается, что наиболее важной причиной суицида являются психические расстройства. Этот вывод аргументируется рядом исследований, в которых были опрошены родственники и друзья покончивших с собой людей и собран подробный анамнез. Полученные данные свидетельствовали о том, что примерно девять из десяти самоубийц на момент совершения акта суицида страдали в той или иной форме психическими расстройствами, среди которых чаще всего встречаются депрессивное расстройство и алкоголизм (последний диагноз присутствует, по крайней мере, в 15-25 % случаев завершенного суицида). Отмечено, что риск самоубийства возрастает при хроническом неврозе, а при эпилепсии он в четыре раза выше, чем в общей популяции. Среди других неврологических заболеваний повышение риска суици-

да отмечается при последствиях травмы головного мозга, рассеянном склерозе, сосудистых заболеваниях и некоторых других видах патологии, имеющих относительно меньшее распространение. В ряду соматических заболеваний, сопровождающихся повышенным суицидальным риском,— такие, как цирроз и пептическая язва, аденома и рак предстательной железы, болезни почек, требующие периодического гемодиализа (Roy A., 1995). По данным Marzuk P. M. (1991), суицидальный риск у больных СПИДом в 20 раз выше, чем у раковых больных. У страдающих онкологическими заболеваниями 86 % суицидальных попыток приходится на терминальные стадии болезни (Farberow N. L. et al., 1963).

Данные катамнестических исследований подтверждают наличие высокого риска самоубийства у страдающих алкоголизмом. Среди алкоголиков, прошедших курс психиатрического лечения в стационаре, частота самоубийств в течение последующих пяти лет оказалась почти в 80 раз выше, чем среди населения в целом. Многочисленные публикации, посвященные исследованию суицидального поведения больных наркологического профиля, показывают, что суицидальные попытки у больных

алкоголизмом наблюдаются в 40-60 % случаев, т. е. в среднем у каждого второго пациента. Процент больных алкоголизмом среди суицидентов, по данным различных авторов, достигает 65 %, а алкоголизм как причина самоубийств занимает третье место в перечне болезней, которыми страдали люди, добровольно лишившие себя жизни. Согласно литературным данным, 25 % морфинистов и 42 % барбитуроманов кончают жизнь самоубийством.

Все исследователи отмечают прямую связь роста числа самоубийств с увеличением потребления алкоголя на душу населения и распространенностью наркомании. Если учитывать вторичную психопатизацию в клинике алкоголизма и токсикомании и существенное увеличение суицидального риска в случаях так называемой сочетанной патологии, то можно с достаточными основаниями считать, что одной из ведущих проблем суицидологии в настоящее время является изучение суицидального поведения на фоне психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Понятно, что роль алкоголя (как наиболее часто употребляемого психоактивного вещества) в суицидальном поведении вовсе не ограничивается формами клинически очерченной психической патологии. Существенное значение имеет и так называемая «катализирующая роль» простого алкогольного опьянения в возникновении и реализации суицидальных намерений у суицидентов самых различных диагностических групп. В среднем более половины самоубийств и суицидальных попыток совершается в состоянии алкогольного опьянения.

По данным различных исследователей, существует четкая зависимость между состоянием физического здоровья и суицидальным поведением. Примерно треть лиц, совершивших суицид, лечились в течение 6 месяцев перед смертью, 70 % из них во время самоубийства страдали острыми или хроническими заболеваниями. Среди исследованных суицидентов во время суицидальной попытки треть имела обострение соматического заболевания, а более 90 % суицидов были спровоцированы болезнью (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994). По данным А. Г. Амбрумовой, С. В. Бородина, А. С. Михлина (1980), 28 % лиц, совершивших покушение на самоубийство, имели во время суицида листы нетрудоспособности, а 45 % в течение двух недель до этого обращались к врачам-интернистам. Авторы отмечают, что на первом месте у суицидентов среди хронических и острых заболеваний были болезни органов дыхания, на втором — пищеварительного тракта, затем — опорно-двигательного аппарата и травмы. Среди умерших от самоубийства рак был диагностирован в 14,4 % случаев, туберкулез — 7,4 %, сердечно-сосудистые заболевания — у 54 % самоубийц. Среди покушавшихся на самоубийство рак диагностирован у 5 %, туберкулез — у 7,5 %, венерические заболевания — у 2,5 %, другие тяжелые соматические заболевания (включая сердечно-сосудистые) — у 55 % суицидентов. Суициденты (включая покушавшихся и покончивших жизнь самоубийством), страдающие соматическими заболеваниями, чаще всего относятся к старшим возрастам: удельный вес лиц, достигших 60 лет, в 17 раз больше, чем суицидентов 25-30 лет. В то же время было отмечено, что 12 % умерших от самоубийства и 22,5 % покушавшихся серьезными соматическими заболеваниями не страдали.

Одним из основных факторов суицидального риска являются хронические соматические заболевания, особенно у лиц пожилого возраста. По данным М. А. Лапицкого и С. В. Ваулина (1997), почти половина лиц пожилого и старческого возраста, совершивших суицид, имели инвалидность по соматическому заболеванию. По вполне понятным причинам риск покушения на самоубийство резко повышается в случае возникновения на фоне соматического заболевания клинически очерченного депрессивного расстройства с суицидальными тенденциями. «Клинически очерченное депрессивное расстройство» — это заболевание, уже выходящее за рамки пограничной психической патологии. Эта форма психического расстройства у соматически больного должна рассматриваться в

рамках психотических расстройств (соотношению суицидального поведения и депрессии посвящена следующая глава монографии). Вместе с тем клинически очерченное депрессивное расстройство не является единственной формой существова-

ния депрессивной симптоматики при соматической болезни. Гораздо чаще врач любого профиля сталкивается со снижением настроения, остающимся в пределах психического здоровья или расстройств пограничного круга: кратковременной или пролонгированной депрессивной реакцией и дистимией (невротической депрессией, в соответствии с использовавшейся ранее терминологией).

Упомянутые выше варианты сниженного настроения (от «плохого» настроения у здоровых до очерченного депрессивного синдрома) подтверждают избитую истину о том, что «природа не делает скачков». В наибольшей степени эта своеобразная «размытость» психопатологических феноменов характерна для пограничной психической патологии. П. Б. Ганнушкин писал: «Та промежуточная полоса, которая отделяет душевное здоровье от душевной болезни и которая в то же самое время и соединяет друг с другом эти две формы человеческого существования, оказывается необычайно широкой, а две границы, которые отделяют ее,— одна от здоровья, другая от болезни — оказываются крайне неустойчивыми и крайне неопределенными».

Эта неустойчивость и неопределенность пограничной психической патологии достаточно демонстративно выступает при анализе суицидального поведения лиц, рассматриваемых в этом кластере психических расстройств. Здесь зачастую практически невозможно четкое отнесение тех или иных феноменов к области психического здоровья или патологии. В какой-то мере это определяется специалистом, исследующим это явление. Так, хорошо известное в клинической психиатрии понятие «аффективно суженное сознание» (достаточно часто наблюдающееся у суицидентов) в работе Э. С. Шнейдмана (психолога) превращается в «сужение сознания (констрикцию)».

Своеобразная «размытость» границ, взаимопроникновение психических и психопатологических феноменов, каждый из которых имеет значение для формирования суицидальных тенденций, отмечается не только при снижении настроения или изменениях сознания, достигающих по своей выраженности в отдельных случаях сумеречного состояния, но и в рамках невротических расстройств. На одном полюсе это отдельные невротические проявления субклинического уровня, на другом — тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, сома-тоформные и другие связанные со стрессом расстройства.

Однако, при всей неопределенности и размытости границ отдельных видов психических расстройств в области пограничной психиатрии совершенный человеком суицид требует его понимания и адекватной оценки состояния до, во время и после совершения суицидальной попытки. Следует оговориться, что все упомянутые в клинических

главах больные на том или ином этапе их лечения непосредственно наблюдались автором книги после совершения ими покушений на самоубийство, не закончившихся смертью по независящим от суицидента причинам. «Неудавшийся» суицид в какой-то мере позволил автору достаточно часто использовать для суицидологического анализа и ретроспективную оценку случившегося самим человеком, пытавшимся покончить жизнь самоубийством. Естественно, что далеко не во всех случаях сам суицидент мог дать адекватную оценку всех обстоятельств суицида.

Для суицидологического анализа использовались и сведения, полученные от родных и близких покушавшегося на самоубийство, и другая информация, включая предсмертные записки. Малая информативность записок отмечается многими суицидологами, но не исключается и прямо противоположная ситуация, когда предсмертное послание покончившего с собой человека весьма недвусмысленно указывает на особенности состояния, предшествующего самоубийству.

Здесь речь может идти об отдельных выражениях, словах, поступках, которым непосредственно сам суицидент не придает существенного значения. Решение вопроса «быть или не быть», естественно, закрывают «нюансы» психических переживаний самоубийцы, но именно эти моменты нередко могут многое сказать специалисту-суицидологу в плане понимания состояния суицидента. В какой-то мере внимание к различного рода «деталям» в процессе суицидологического анализа объясняется еще и тем, что достаточно часто даже «несостоявшиеся самоубийцы» не могут (а нередко и не хотят) давать развернутый анализ своего психического состояния во время самоубийства. Не всегда соответствует истине и объяснение суицидентом случившегося в постсуицидальном периоде и с учетом ситуации, сложившейся уже после совершения суицида.

Внимание врача к тем или иным «деталям» суицидального поведения, которым сам суицидент сплошь и рядом не придает существенного значения, объясняется необходимостью адекватной оценки состояния самоубийцы во время суицида. Оценки требуют и ситуация, и личность суицидента, и отношение к суициду, и множество других обстоятельств, безусловно играющих роль в случившемся. Каждый из этих аспектов суицидологического анализа важен в плане понимания и объяснения покушения на самоубийство для врача, близких суицидента и нередко для него самого.

Однако, как показывает опыт, наиболее сложным и вызывающим существенное расхождение оценок является именно понимание состояния самоубийцы во время суицида. Не случайно были приведены

весьма красноречивые цифры частоты психических расстройств, констатируемых разными исследователями у самоубийц. Пожалуй, ни в одной области медико-психологических исследований расхождение не достигает такого уровня: 5 % психических расстройств у одних авторов и 25 % — у других. По-видимому, здесь сказывается влияние самых различных факторов, определивших столь значительное расхождение показателей: и характер материала, и организация исследования, и различия в понимании тех или иных психических и психопатологических феноменов, связанных с чисто субъективными моментами, а также с традициями национальных (и даже региональных) школ психиатрии, и множество других моментов, учесть которые зачастую практически невозможно.

Попытки унификации оценок психических расстройств, предпринимаемые в рамках международных классификаций и определений, пока еще не могут в полной мере изменить сложившуюся реальную ситуацию. Так, согласно определению ВОЗ, общее здоровье понимается как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. В соответствии с этим определением вряд ли хотя бы один самоубийца является здоровым.

Критериями психического здоровья (по ВОЗ) являются:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической деятельности и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать это;
- способность изменять манеру поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Приведенное выше определение ВОЗ общего здоровья и конкретные критерии

психического здоровья в применении к людям, пытавшимся покончить с собой, заведомо исключают их оценку как здоровых во время совершения самоубийства. Сам факт покушения на самоубийство исключает, как минимум, душевное благополучие. Не вдаваясь в де-

тальное обсуждение соотношения понятий нормы, здоровья и психического расстройства, следует, по-видимому, отметить, что отнесение значительного контингента покушавшихся на самоубийство к разряду психически здоровых вряд ли происходит в соответствии с критериями психического здоровья, используемыми большинством исследователей суицидального поведения.

Автор настоящей работы ни в коей мере не стремится зачислить всех лиц, пытавшихся покончить с собой, в разряд душевнобольных и любого рода организационные мероприятия (вплоть до недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу) строить в соответствии с таким пониманием самоубийства. Но «крик о помощи», звучащий в каждой попытке самоубийства (даже там, где субъективное значение суицида — отказ от жизни), диктует необходимость понимания того, что произошло и как можно помочь человеку, по крайней мере, не пытаться покончить с собой еще раз.

Адекватная оценка отдельного суицида включает рассмотрение как предшествующего ему состояния, так и состояния непосредственно во время ее совершения. При неудавшемся самоубийстве решение организационного характера определяется этой оценкой в соответствии с этико-правовыми представлениями врача. Оценка и даже констатация наличия или отсутствия психического расстройства до и во время суицида определяется в значительной степени именно знанием тех или иных «деталей и нюансов» и, как уже отмечалось выше, в определенной мере субъективной установкой анализирующего врача, включая его желание выяснить различные обстоятельства случившегося. Без этих «деталей» включение суицидента в разряд здоровых или имеющих психическое расстройство может носить достаточно произвольный характер, что вряд ли способствует проведению адекватных лечебных мероприятий.

Приведенный ниже пример покушения на самоубийство в какой-то мере, по мнению автора, иллюстрирует изложенное.

Женщина 40 лет, работница завода, живет с мужем и семнадцатилетним сыном. Брак распался вследствие алкоголизма мужа, но бывшие супруги продолжают жить в одной квартире. Со слов жены, муж последние 5-7 лет «пьет по-черному»: практически не работает, приводит домой ночевать разных людей, дерется, категорически отказывается от лечения и срывает любые варианты размена квартиры. «Он, хитрый, прекращает скандалить и драться, когда участковый обещает его «окончательно оформить», а пить все равно не останавливается; не могу на него смотреть уже и на трезвого, были даже мысли что-то ему подсыпать, чтобы избавиться».

С подросткового возраста сын начал пить и «курить траву», эпизодически не ходит в ПТУ (мать вынуждена упрашивать администрацию, «иначе давно бы отчислили»). Чтобы содержать себя и сына, последние годы мать, наряду с работой на заводе, подрабатывает в разных местах уборщицей («муж никогда не давал ни копейки на сына, все, что ни заработает на шабашках или на рынке, сразу же пропьет»). Сын постоянно объясняет матери свою алкоголизацию тем, что дома «очень тяжелая обстановка» и он вынужден уходить к друзьям. Отец (чаще всего в состоянии опьянения) постоянно упрекает жену, что она слишком «потакала сыну, и он вырос таким», периодически пытается его «воспитывать», что часто заканчивается драками с крушением мебели, битьем посуды, взаимным нанесением порезов и побоев и угрозами убийства.

Все происходящее в квартире и с ее сыном мать связывает только с бывшим мужем, всегда становясь на сторону сына и принимая его объяснение причин алкоголизации. Считает, что если они разъедутся, то «все будет хорошо и сын вел бы себя по-другому».

Однако все же ходила в военкомат с просьбой «забрать сына пораньше в армию, так как дома невыносимая обстановка и он начал пить и может стать как отец». Обращения к родственникам и участковому не привели к желаемому результату.

В один из вечеров сын пришел домой в крови, так как, будучи в состоянии опьянения, подрался с кем-то в подъезде. Мать помогла отмыть кровь, сын поел и лег спать. Какой-либо угрозы его здоровью, по мнению матери, не отмечалось, но мать после этого не могла заснуть до самого утра. Вначале думала о сыне, а после того как пришел муж (он ничего не делал, просто лег спать в соседней комнате), стала думать о том, что он «загубил жизнь и ее, и сына, и больше нет сил все это наблюдать». «И раньше за последние месяцы были мысли, что так жить невозможно, но о смерти не думала и гнала эти мысли от себя. А здесь стала думать, как умереть, так как жить больше нет сил».

С ее слов, в это время ни о чем другом не думала, мысли шли непроизвольно, не могла ими управлять, чувствовала полное бессилие, «не могла вначале даже двигаться, не знала, смогу ли что-то сделать». «На какое-то мгновение мелькнула мысль о сыне, но сразу же подумала, что ему скоро в армию, а там все будет хорошо. А потом уже о нем не вспоминала. До того как пошла привязывать ремень, ничего вообще не хотела, была какая-то пустая». Под утро женщина написала записку сыну: «Прости, что оставляю тебе одного, но у меня нет больше сил», затем привязала ремень на крюк оконного карниза и, плотно затянув петлю на шее, оттолкнула табуретку, на которой стояла. Одна-

ко крюк вылетел из стены, и женщина вместе с карнизом и посудой оказалась на полу. Проснувшиеся сын и муж избавили ее от петли и вызвали «скорую помощь».

В психиатрической больнице сразу же с момента поступления женщина обнаружила сожаление по поводу совершенной ею попытки самоубийства и, несмотря на наличие выраженной странгуляционной борозды, уже в первые дни просила ее выписать, клятвенно заверяя врачей, что больше с ней этого никогда не повторится, так как она «сильная женщина и столько лет терпела». Попытку самоубийства объясняла тем, что «всю ночь думала, что жить так невозможно, а что-либо сделать не могу, нет сил, осталось только умереть — и все кончится». С ее слов, в ночь самоубийства чувствовала такое бессилие, что «вряд ли смогла бы работать, только когда взяла ремень, руки как ожили».

Однако спустя несколько дней после поступления в больницу женщина стала просить «полечить» ее, а также привлечь к уголовной ответственности мужа, который, с ее слов, довел ее и сына до такого состояния, что «ничего не остается, кроме самоубийства». Вместе с тем поведение оставалось упорядоченным, контактировала с окружающими, быстро включилась в различного рода работы на отделении. Настроение было ровным, несмотря на сожаление по поводу суицида, отмечались элементы некоторой эйфории, объясняла свое состояние тем, что ее «Бог спас для сына».

За время нахождения в больнице каких-либо психотических явлений у пациентки не отмечалось. На свиданиях с сыном просила у него прощения, строили планы совместной жизни после разъезда с отцом. Сын обещал матери временно переехать жить к бабушке и обязательно закончить ПТУ. Психологическое исследование также не выявило каких-либо существенных нарушений психической сферы, за исключением некоторого снижения активного внимания, личностный профиль по MMP1 и специальные опросники не выявили заметной акцентуации характера или психопатии.

На отделении женщина очень охотно контактировала с врачами: интересовалась возможностью привлечения мужа к уголовной ответственности за «доведение до самоубийства», просила в случае невозможности этого «хотя бы серьезно попугать его». Постоянно уверяла врачей, что никогда больше ничего с собой не сделает, так как «хотя я и неверующая, но, наверное, Бог есть, если спас меня, я ведь могла уже быть на том свете, когда на меня нашло». Достаточно подробно сообщала о своем состоянии в ночь перед

самоубийством. Одновременно рассказывала, что последние год-два периодически плохо засы-

пает, отмечаются головные боли и «легко может сорваться на крик или слезы» (что подтверждали ее родственники и сын).

Бывший муж больной также подтвердил ее повышенную раздражительность на протяжении последнего года и сообщил, что он свыше двух лет никаких хулиганских действий в отношении жены или сына не совершал и старается любым способом «избегать скандалов», так как «жена слишком хорошо знает дорогу к участковому и специально провоцирует, хотя пьет и хулиганит больше сын, а она на мне все зло срывает». Он не отрицал злоупотребление алкоголем, но вместе с тем просил справиться у участкового о его поведении за последние пару лет. Муж сообщил также, что согласен на любые варианты размена квартиры, «пусть только жена ищет, а то, пока сына призовут в армию, кого-нибудь из нас обязательно посадят, так как все может быть, вплоть до убийства». Он просил «полечить» жену, потому что с ней последнее время невозможно разговаривать, «сын пьет и не учится, а все шишки на меня валятся».

Приведенное выше наблюдение, несмотря на обыденность и даже банальность ситуации, на фоне которой совершается покушение на самоубийство, ставит ряд вопросов. И, прежде всего, в какую категорию суицидентов отнести эту женщину: психически здоровых или имеющих психическое расстройство. Здесь этот вопрос должен быть решен в чисто практическом аспекте, с ним связан характер лечения. Если следовать приведенным выше определению и критериям общего и психического здоровья ВОЗ, то женщина заведомо не попадает под рубрику здоровых. О каком душевном и социальном благополучии можно говорить у данной пациентки?! Сама мысль об этом применительно к человеку, привязывающему петлю к оконному крюку, представляется нелепой. Однако, даже оставив за пределами нашего рассмотрения определение ВОЗ, следует отметить появившиеся еще до суицидальной попытки такие симптомы, как эмоциональная лабильность, эпизодические нарушения сна и головные боли.

При этом раздражительность и слезливость, появившиеся в условиях выраженной психотравмирующей ситуации, замечаются уже самой женщиной и ее окружением. Понятно, что другие признаки нарушений психического и соматовегетативного функционирования асте-ноневротического круга в условиях их относительной невыраженности могут быть выявлены только при целенаправленном обследовании врачом-специалистом. Однако и эмоциональная лабильность, если это развернутый симптом, а не его аналог (типа врожденной особенности), уже является несомненным признаком если не болезни, то пред-болезненного состояния (Семичов С. Б., 1985).

Лежащая на поверхности (по крайней мере, в понимании пациентки) причина возникновения этих нарушений — не вызывающая сомнений психотравмирующая ситуация — не может закрыть для врача важности чисто клинической оценки имеющейся симптоматики. Необходим анализ перехода от количественных изменений той или иной стороны психической жизни к качественному сдвигу психофизиологического функционирования с нарушениями вегетативных функций и своеобразным социальным эффектом болезни: раздражительность замечается всеми окружающими. Изложенное выше позволяет с достаточными основаниями считать, что задолго до покушения на самоубийство у пациентки имелись признаки астенического синдрома.

Однако его клиническая оценка во многом определяется характером предъявления жалоб пациенткой, а также в какой-то мере и субъективной установкой врача на диагностику неврастении или субклинических проявлений неврастенического синдрома. В любом случае речь идет об относительно невыраженных невротических явлениях, о неврозе на стадии его формирования. Отсюда отсутствие такого кардинального симптома неврастении, как повышенная утомляемость после той или иной нагрузки. По существу,

этот признак скрыт за повышенной активностью женщины в так называемой гиперстенической стадии невроза.

В какой-то мере формированию выраженного невротического расстройства здесь препятствует и сама личность пациентки, не предъявляющей клинически значимых жалоб даже в условиях лечебного учреждения. Характеризуя себя как «сильную женщину», привыкшую на протяжении десятка лет бороться с пьяницей-мужем, она не считает имеющиеся у нее невротические симптомы проявлением болезни, хотя и вполне определенно указывает на причину их происхождения. Однако именно в этом объяснении ситуации проявляется ригидность ее установок, связанных с мужем. Фактически невротическая симптоматика появилась у пациентки только в последние год-два, что совпадает с начавшейся алкоголизацией и асоциальным поведением сына и относительным «успокоением» взаимоотношений супругов, связанным и с окончательным их дистанцированием друг от друга, и с пониманием мужем возможной криминогенности ситуации.

Об относительно малой сформированности невротического расстройства в данном случае свидетельствует и достаточно четко проявляющаяся динамика симптоматики, связанная со сменой ситуации (здесь и помещение в больницу, и, главное для матери, обещание сына изменить линию поведения и даже временно переехать к бабке). Появление эйфории у пациентки — это не просто следствие своеобраз-

ного катарсического действия неудавшегося суицида, резкая смена фона настроения на противоположный, но и вполне определенная ситуационная динамика характера болезненных проявлений. Однако решающим фактором улучшения состояния здесь выступает появление, с точки зрения пациентки, каких-то надежд и перспектив на изменение или хотя бы смягчение ситуации.

Критически относясь к своему покушению на самоубийство, пациентка тем не менее пытается использовать сложившуюся после суицида ситуацию с вполне понятной целью: избавление от мужа путем привлечения его к уголовной ответственности. Но здесь ни в коей мере речь не идет о каком-либо манипулировании угрозой самоубийства. В соответствии со своими представлениями о «доведении до самоубийства» женщина пытается извлечь максимальную пользу из конкретно сложившейся ситуации сообразно доминирующей установке на концентрацию «всего зла» только в муже.

Последнее обстоятельство, однако, не дает оснований предполагать, что в данном случае речь идет об аутоагрессивном поведении демонстративно-шантажного характера при отсутствии истинного намерения покончить жизнь самоубийством. Здесь все обстоятельства случившегося (предсмертная записка, тяжесть избираемого способа ухода из жизни, время и место совершения суицида, наступившее сразу после покушения на самоубийство критическое отношение к этому, с возникновением невыраженного эйфорического состояния) говорят именно о попытке настоящего самоубийства с вполне определенными намерениями ухода из жизни. И только после покушения на самоубийство появляется достаточно четкий и однозначный «крик о помощи». Непосредственно в самом суициде какого-либо призыва к окружающим, по существу, нет, а в постсуицидальном периоде появляются выраженные открыто попытки влияния на ситуацию с помощью случившегося, что вполне понятно в свете доминирующих у пациентки представлений.

Итак, если подвести итог сказанному выше о состоянии пациентки на протяжении последнего года перед суицидом, можно отметить, что однозначная оценка этого состояния весьма затруднена, несмотря на исключительную простоту имеющейся симптоматики. Под однозначной оценкой здесь понимается отнесение анализируемой пациентки в группу заведомо здоровых или имеющих психическое расстройство. С одной стороны, здесь нет кардинального симптома неврастении — повышенной утомляемости, а с другой — имеются такие признаки этого вида психического расстройства, как

раздражительность, периодические нарушения сна, головные боли, носящие нестойкий характер и исчезающие при смене ситуации.

Можно говорить, что пациентка находится в зоне преклинических явлений, в континууме психических нарушений, границы которого представляются размытыми: от психического здоровья практически невозможного (в соответствии с определением ВОЗ) до четко верифицируемых психических и поведенческих расстройств в рубриках МКБ-10. Как представляется автору, она с одинаковым успехом может быть отнесена в разряд психически здоровых или больных — в зависимости от целей и исходных установок различных исследователей. Здесь речь идет об оценке состояния, пациентки, задолго предшествующего совершению суицидальной попытки.

Переходя к непосредственному суицидологическому анализу, следует отметить некоторые особенности психотравмирующей ситуации и конфликта, обусловивших покушение на самоубийство. В данном случае на первый план в качестве детерминанты суицидального поведения выступает ситуационный фактор, неблагоприятное воздействие среды. Это не значит, что здесь не играют никакой роли особенности личности или состояния, развившегося непосредственно перед суицидом. Все они значимы как сопутствующие моменты, дополнительные причинные факторы, но речь идет именно о причинах, определяющих возникновение самоубийства, названных ранее в монографии детерминантами суицида.

Женщина на протяжении многих лет живет в условиях выраженной психотравмирующей ситуации. Существующий интерперсональный конфликт сформировал вполне определенный тип женщины-борца, которую клинически (и социально) можно определить термином «жена алкоголика». Здесь все поведенческие реакции и переживания: и обращения к участковому, и даже мысли об отравлении мужа. Последнее как раз характерно для интерперсонального конфликта, где мысли о разрешении ситуации нередко колеблются между возможным устранением конфликтующей стороны и самоубийства. Даже при отсутствии каких-либо неблаговидных поступков с его стороны женщина уже не может относиться к нему индифферентно («не могу на него и трезвого смотреть»).

Однако хроническая заряженность отрицательными эмоциями до определенного времени по-своему «тонизирует» женщину. После фактического (а в дальнейшем и юридического) развода с мужем на нее падает все: она и единственный «добытчик» в семье, и воспитатель сына, на которого теперь обращены любовь и материальные блага, добываемые путем дополнительных работ. Последнее не прошло бесследно как для ее здоровья, так и для воспитания сына. И теперь мать прилагает все усилия для предотвращения неблагоприятного развития

ситуации с сыном (обращение в военкомат — пример тому). Острее других она чувствует боль по поводу того, что может случиться с сыном (перед глазами живой пример его отца).

Можно с достаточной определенностью говорить, что «борьба» с мужем сформировала и соответствующую доминанту в ее психической жизни. По крайней мере, наличие доминирующих идей (по существу, смыкающихся со сверхценными) в данном случае не вызывает сомнений. И в то же время проявлений невротического характера до определенного времени не отмечается. Еще меньше оснований предполагать наличие у пациентки идей виновности или каких-либо других переживаний депрессивного характера. Общая линия поведения говорит о наличии в данном случае именно «сильной» (как сама она характеризует себя) женщины, находящейся в неблагоприятной ситуации.

Эту ситуацию на протяжении последних года-двух в первую очередь создает поведение сына, конфликт уже давно носит интрапер-сональный характер. Однако интрапсихический характер противоречий и тупика в рамках переживаний, связанных с

сыном, не приобретает формы межличностного конфликта, а легко переносится, в соответствии с имеющейся доминантой, на взаимоотношения с бывшим мужем. Привыкшая бороться с мужем, женщина не может бороться сама с собой, так как сын, по существу, выступает как важнейшая (на данном этапе даже основная) часть содержания ее психической жизни. Здесь возможно только перенесение конфликта в другую сферу, в сферу ее взаимоотношений с мужем. Этот перенос и создает видимость продолжения интерперсонального конфликта.

Алкоголизация сына и периодическое прекращение им учебы рассматриваются матерью сквозь «призму ее индивидуального видения»: сформировавшейся негативной установкой на мужа. Некритическое отношение к заявлениям сына о том, что «дома невыносимая обстановка», еще в большей степени усиливает ненависть пациентки к мужу, «загубившему жизнь и ей, и сыну». Тем более что бывший муж живет в той же квартире и вовсе не собирается прекращать пить. Другое дело — его поведение за последний год: с его слов, он по-своему пытается предотвратить неблагоприятное развитие криминогенной ситуации.

Сказанное выше ни в коей мере не является попыткой «обеления» мужа-алкоголика. Однако приведенные выше обстоятельства покушения на самоубийство заведомо исключают возможность его привлечения к уголовной ответственности за «доведение до самоубийства». Цель выяснения в данном покушении на самоубийство — «кто есть кто»,

какова роль каждого участника случившегося. Необходима и важна организация психотерапевтической работы с пациенткой, а также адекватная семейная диагностика в рамках настоящего суицида. Поэтому проводимый автором настоящей работы суицидологический анализ включает различного рода детали отдельных сторон суицидального поведения пациентки, в первую очередь характер конфликта (интра-или интерпсихический).

Само по себе появление сына в окровавленном виде, с учетом конкретной обстановки дома, не явилось чем-то экстраординарным для этой женщины. Тем более что каких-либо тяжелых последствий для здоровья сына в результате драки в подъезде, по мнению матери, не ожидалось (что и подтвердилось в дальнейшем). Да и первоначальная реакция матери на появление окровавленного сына была вполне адекватной: обмыла, накормила, уложила спать без вызова «скорой помощи» или детального выяснения обстоятельств случившегося.

Поэтому понять без учета длительно существовавшей ситуации с мужем этот относительно заурядный факт и тем более расценить его как психотравму, обусловившую покушение на самоубийство, не представляется возможным. И только с учетом отмеченного выше переноса характера конфликта становится понятным, почему приход мужа («ничего не делал и просто лег спать в соседней комнате») после сына вызывает отчетливое изменение сознания пациентки, свидетельствующее о качественном сдвиге в ее психофизиологическом функционировании.

Об этом сдвиге свидетельствует сама пациентка: мысли шли непроизвольно, ни о чем другом не могла думать, кроме того что муж «загубил жизнь и ее, и сына». Хотя, с ее слов, что-то похожее на мысли о том, что так жить невозможно, отмечалось в последние месяцы, и пациентка «гнала их от себя» (уже сам факт, что мысли надо было «гнать от себя», должен настораживать с точки зрения возможного содержания в них суицидальных тенденций). Однако четко констатировать наличие в тот период так называемого пресуицидального синдрома не удается. В определенной мере это объясняется постоянным психическим напряжением и вынужденной (с точки зрения «борьбы за выживание») повышенной активностью пациентки.

И если мысли о сыне, явившемся домой окровавленным, носят, по существу, обычный характер, то переключение на мужа уже сопровождается качественным сдвигом характера

психической жизни: мысли идут непроизвольно, ими невозможно управлять. Еще ранее отмечались трудности засыпания, но в эту ночь бессонница сопровождается своеобразной нервно-психической демобилизацией. Ее своеобразие

определяется тем, что, в отличие от наблюдающейся у суицидентов психической демобилизации («нет сил, ничего не могу сделать), здесь это приобретает характер выраженного физического бессилия и полной опустошенности, с отсутствием каких-либо желаний и чувств вообще. И только намерение осуществить действия по самоубийству возвращает психофизиологическую деятельность к привычному функционированию.
Исчезают деперсонализационные переживания, возвращается привычный мышечный тонус, возникает возможность целенаправленных действий. Вряд ли самоописание пациенткой особенностей своей психической деятельности непосредственно перед покушением на самоубийство позволит считать ее состояние как остающееся в пределах психического здоровья. К приведенным выше признакам наличия в данном случае психического расстройства можно привести и такую особенность ее психики того периода, как выраженное расщепление эмоциональной и мыслительной деятельности.
И если в обычных условиях эмоциональный компонент психической жизни постоянно корректирует ход мыслей человека, вмешиваясь в «чистую логику ума», то здесь этого не происходит. Эмоции, связанные с сыном, не включают антисуицидальные механизмы. Сын, ради которого последнее время живет мать и появление которого послужило своеобразной «каплей, переполнившей чашу», перестал выступать как антисуицидальный фактор, но не вследствие изменения отношения к нему, а в силу болезненного состояния психики. Это состояние можно определить как аффективно суженное сознание с качественным сдвигом психического функционирования.
О несомненном сужении сознания в период времени, непосредственно предшествующий суициду, свидетельствует и характер мысли о сыне, которого мать, по существу, оставляет одного («ему скоро в армию, а там все будет хорошо»). О своеобразном распаде целостной психической деятельности говорит расхождение сохраняющегося эмоционального отношения к сыну (ему должно быть «хорошо») и возможных последствий для сына в результате ее добровольного ухода из жизни. Однако здесь нет никакого элемента альтруистического самоубийства: мать вовсе не жертвует собой для сына, хотя и не забывает его в последнюю минуту жизни. В данном случае можно констатировать наличие расщепления психики в рамках суженного сознания.
Как писал Э. Шнейдман, «в каждом самоубийстве присутствует некоторая, пусть невероятно малая доля шизофрении или безумия, в том смысле, что возникает *некоторый* разлад между мыслями и чувствами... У субъекта с суицидальными тенденциями заряженные

смертью *мысли* потому и представляются исключительно опасными, что они не уравновешиваются достаточным количеством положительных эмоций». Автор отмечал, что «констрикция души» (сужение сознания) — это состояние, при котором внимание концентрируется как бы в одном узком «туннеле». Автор считает, что и эту особенность психической жизни суицидента почти никогда не удается скрыть. Приведенные выше слова одного из выдающихся суицидологов современности как нельзя лучше подходят к пониманию состояния анализируемой пациентки непосредственно перед покушением на самоубийство.
Однако в плане суицидологического анализа, проводимого врачом, понимания только механизмов развития болезненного состояния оказывается недостаточным. Необходимы его вполне определенная клиническая оценка в соответствии с существующей классификацией психических и поведенческих расстройств и вытекающие отсюда организационные, в том числе и лечебные, мероприятия. Однако до непосредственной

клинической оценки психического расстройства, наблюдающегося у анализируемой пациентки, требуется маленькая оговорка.

Здесь, как и у ряда других пациентов, совершивших покушение на самоубийство с относительно коротким пресуицидальным периодом, большая выраженность психического расстройства отмечается на этапе формирования суицидального намерения, нежели непосредственно во время осуществления конкретных действий, направленных на уход из жизни. Эта оговорка, по мнению автора, необходима с точки зрения оценки состояния человека во время самоубийства. Целенаправленные действия во время самого суицида еще не говорят об отсутствии нарушений психического функционирования в период принятия решения о добровольном прекращении жизни.

В целом, анализ сообщения самой пациентки о совершенном ею суициде показывает, что оценка психического функционирования в ночь, предшествовавшую покушению, как протекавшего в рамках психического здоровья представляется неправомерной. Это состояние с достаточными основаниями должно быть расценено как психическое расстройство. Диагностируемая в подобных случаях «ситуационная реакция» в данном случае не является просто усилением психологически понятного реагирования в пределах целостной психической деятельности, здесь это качественно иное состояние, при котором сам суицид отражает изменение функционирования мозга.

Приведенное наблюдение показывает, что отнесение людей, не обнаруживающих накануне самоубийства выраженных психических расстройств, в рубрику ситуационных реакций, является только первым этапом оценки и анализа произошедшего с конкретным челове-

ком непосредственно во время суицида. Этот анализ необходим для организации адекватных лечебных (включая психотерапевтические) мероприятий, а также юридической оценки случившегося. При этом вопрос о моральной и тем более юридической ответственности виновных в случившейся трагедии весьма непрост.

При работе с суицидентом и лицами из его ближайшего окружения важно понимать как «правду» конфликтующих сторон в досуицидаль-ном периоде, так и возможную реакцию близких на сам факт покушения (принципиально здесь возможны самые различные переживания, вплоть до возникновения депрессивных расстройств с идеями самообвинения). Естественно, что адекватная юридическая оценка суицида, с точки зрения возможности возбуждения уголовного дела по факту доведения до самоубийства, может быть дана только юристом.

Но если возвращаться к конкретной выше описанной ситуации, то становится понятно, что без понимания юридической стороны произошедшего адекватная психотерапевтическая работа (в том числе и по профилактике повторного суицида) оказывается невозможной.

В целом, приведенное наблюдение показывает необходимость анализа и оценки всех предшествующих обстоятельств суицида и его характеристик (включая состояние во время самоубийства) у лиц, относимых к разряду пограничной патологии или психически здоровых.

Оценка состояния анализируемой пациентки непосредственно перед совершением покушения на самоубийство вряд ли вызовет сомнения в плане его понимания как психического расстройства. Можно с достаточными основаниями констатировать изменение всех указанных выше критериев психического здоровья ВОЗ — изменение идентичности психического «Я», постоянства переживаний в однотипных ситуациях, соответствия форм реагирования средовым воздействиям и т. д.

Можно отметить и наличие чисто клинической симптоматики: наплывы мыслей (мантизм), деперсонализационные переживания, выраженное изменение моторной активности и другие признаки состояния измененного (аффективно суженного) сознания.

Как уже было показано выше, в первую очередь признаки психического расстройства

отмечаются во время принятия решения о самоубийстве, выполнение непосредственных действий по реализации задуманного гораздо в меньшей степени отражает психические нарушения. Естественно, что в случае малого промежутка времени между принятием решения и его реализацией их раздельная оценка носит искусственный характер.

Суицидологический анализ представленного наблюдения и соответствующая диагностика психического расстройства у пациентки во время совершения суицидального акта в какой-то мере облегчаются

здесь наличием отчетливой психотравмирующей ситуации и переживанием личностью конфликта (другое дело — его особенности и связанные с этим определенные сложности оценки). В данном случае относительно легко происходит переход от чисто генетического анализа суицида (объяснение причин его возникновения психологически понятными связями) к анализу состояния суицидента перед покушением на самоубийство. К сожалению, генетическим анализом и начинается, и нередко заканчивается вся «суицидология». Анализ внешне понятных причин закрывает дальнейшую работу по диагностике состояния суицидента.

В то же время понимание случившегося в отдельных случаях практически невозможно без адекватной оценки состояния человека перед покушением на самоубийство. Диагностика этого состояния может оказаться необходимым звеном понимания причин самого суицида. В таких случях генетический анализ в первую очередь исходит из оценки характера психических расстройств (изменений психики) перед суицидальным актом.

Ситуация, при которой суицидологический анализ, необходим для понимания и адекватной оценки случившегося, в первую очередь относится к так называемым маломотивированным или безмотивным покушениям на самоубийство. Подобная «недостаточность мотивировки» суицида в большинстве случаев определяется относительной «недостаточностью» неблагоприятных средовых воздействий, нередким отсутствием внешней психотравмирующей ситуации как таковой. Конфликт в подобных случаях, по существу, может отсутствовать или носит заведомо интрапсихический характер, в котором оценка фрустри-рующих моментов представляется также далеко не простым делом.

Если учесть, что сам суицидент не всегда понимает причины совершенного им покушения на самоубийство (или не желает их раскрывать), то при отсутствии «объясняющего все» ситуационного фактора («среда заела, обстоятельства жизни довели» и прочие объяснения) врач, столкнувшийся с подобным самоубийством, вынужден решать достаточно сложную диагностическую проблему. Еще одним осложняющим задачу врача моментом выступает то обстоятельство, что даже при наличии сообщений неудавшегося самоубийцы его оценка произошедшего определяется индивидуальным видением ситуации «здесь и сейчас», а не «тогда и там».

В качестве примера так называемого маломотивированного суицида можно привести следующий клинический случай.

Двадцатилетний студент технического вуза был переведен в психиатрическую больницу из токсикологического центра, где находился

несколько дней после тяжелой попытки отравления. Достаточно охотно и активно контактируя с врачами, он сообщил, что во время отравления, «наверное, хотел уйти из жизни, чтобы отдохнуть от всего».

Далее говорил, что снова хочет жить, что покушение — «безусловная глупость, которая больше никогда не повторится», что непосредственно перед суицидом «все на какое-то время стало мерзким и ненужным», а сейчас он уже «смотрит на мир другими глазами». Вместе с тем он просил объяснить ему причину его суицида («не сошел ли я с ума вообще?»). Еще большую настойчивость в выяснении причин случившегося проявили его

родители, опасавшиеся возможного повторения. Важность понимания и объяснения попытки самоубийства диктовалась не только просьбами суицидента и его родителей, но и задачами диагностики характера психического расстройства у пациента (его наличия вообще и конкретной оценки), а также необходимостью прогнозирования суицидального риска в дальнейшем.

Пациент с подросткового возраста страдает хроническим заболеванием почек, а последние три года диагностирована гипертоническая болезнь. С этого времени отмечаются периодические головные боли и метеозависимость. Однако интенсивность головных болей относительно невелика. С детства был очень стеснительный. Хорошо учился, особенно по физике и математике, постоянно участвовал в олимпиадах по этим предметам и даже занимал призовые места. После окончания школы поступил в достаточно престижный вуз, где успешно учится на протяжении трех лет. В один из дней, в перерыве между занятиями в студенческой группе, где учился пациент, происходили весьма бурные «дебаты» по поводу организации какого-то цикла занятий. Студенческая «разборка» сопровождалась достаточно резкими выражениями по отношению друг к другу. Несколько «нелестных слов» досталось и нашему пациенту. С его слов, «это было очень обидно, так как я был вообще прав и никак не ожидал такого в свой адрес». В дальнейшем, объясняясь с родителями пациента, студенты группы совершенно искренне заявляли, что в тот день «вообще ничего не произошло, был обычный разговор, как всегда». Однако достаточно резкие выражения в свой адрес в этот день были восприняты пациентом не совсем обычно («стало очень обидно, и резко снизилось настроение»). Объясняя свою реакцию на произошедшее в группе «выяснение отношений», пациент сообщал, что его восприятие случившегося «непонятно» ему самому. «Может, потому что с утра болела голова и слишком долго ждал транспорта, но после некоторых слов в свой адрес все стало как-то мерзко и противно. Хотя и отучился до конца занятий, но все уже воспринималось как со стороны, не все даже понимал, все только фиксировал».

Дома начали раздражать всякие мелочи: долго занят был телефон, по которому хотел позвонить, не работал плеер, в комнате так прибрали, что никак не мог найти нужную книгу. Потом голова стала болеть еще сильнее, почувствовал себя «совсем плохо». Вскоре все стало противно, а потом безразлично, и думал только о том, как избавиться от головной боли. Вначале хотел просто принять несколько таблеток анальгина, а потом захотелось «прекратить вообще все и отдохнуть». Собрав лекарства из разных упаковок и пузырьков, стал принимать их горстями. Когда принимал и какое-то время после приема хотел «отключиться от всего», а потом пришла мысль, что «я делаю что-то не так, но сил что-либо сделать уже не было, просто лежал и как будто засыпал». Был обнаружен родителями в коматозном состоянии (упал с дивана и лежал на полу) и направлен в токсикологический центр.

В данном случае не только врач, но и сам пациент испытывает несомненные трудности в понимании причин и целей совершенной попытки самоубийства. Но если у больного непонимание произошедшего в первую очередь определяется невозможностью объяснить для самого себя психологический смысл суицида, то задача врача представляется более сложной. Не вызывает сомнений, что характер переживаний, включая и субъективную сторону аутоагрессивных действий, претерпевает известную динамику до и после совершенной этим юношей тяжелой суицидальной попытки. Только с учетом этой динамики, текучести психической жизни человека (только что побывавшего на грани жизни и смерти) можно пытаться понять и даже объяснить самому пациенту некоторые моменты и обстоятельства случившегося. Объяснение не может не касаться соответствующих оценок попытки суицида, которые использует врач в его беседах с родителями больного.

Без оценки состояния пациента в тот период не обойтись. Сама по себе головная боль и

разного рода бытовые мелочи, вызывающие раздражение, здесь не могут объяснить, каким образом переживание «противности всего вокруг» приводит к мысли о необходимости «отдохнуть от всего» путем ухода из жизни. Однако для самого пациента эта мысль в период времени, непосредственно предшествующий ауто-агрессивным действиям, по существу без какой-либо борьбы суицидальных и антисуицидальных мотивов, мгновенно реализуется. Тяжесть отравления, попытка «переиграть» произошедшее спустя короткое время после приема заведомо смертельной дозы лекарств позволяют с достаточной определенностью отвергнуть в данном случае какую-либо демонстративность, любого рода «крик о помощи» или протест, месть, самонаказание в качестве психологического смысла этого, внеш-

не безмотивного, покушения на самоубийство. И даже констатация врачом для собственного объяснения случившегося как отказа от жизни вовсе не свидетельствует о наличии в данном случае в переживаниях пациента непосредственно перед приемом смертельной дозы лекарств какой-либо внутренней логики, которая обусловила *бы* вывод о необходимости самоубийства.

Мысль о необходимости «отключиться от всего» здесь возникает как некий импульсивный акт, хотя в определенной степени и связанный с предшествующим соматопсихическим состоянием, но непосредственно не вытекающий из характера психических переживаний, имевших место перед суицидом. Однако в данном случае термин «импульсивный» употребляется вовсе не в строго клиническом значении этого слова, а скорее отражает именно момент необъяснимости как для пациента, так и для врача самого факта «молниеносного» появления суицидальных тенденций, непонятных с точки зрения произошедших событий и реакции на них человека. Но возникающая в данном случае мысль «прекратить вообще все» не потребовала логического обоснования. Естественно, что здесь отсутствовала борьба мотивов, связанная с включением антисуицидальных тенденций, тем более при отсутствии непосредственных намерений покончить жизнь самоубийством.

Приведенный пример, по мнению автора, достаточно демонстративен для иллюстрации выдвинутого выше тезиса о наличии у большинства суицидентов непосредственно перед суицидальными действиями и во время их совершения изменений психической деятельности, определяемых понятиями психических и поведенческих расстройств. И дело здесь не столько в нарушениях адаптации, что не вызывает сомнений, сколько в качественном изменении психической деятельности, обусловленном констелляцией различных факторов. В данном конкретном случае это именно констелляция факторов, в других — это может быть чрезмерность, экстремальный характер одного из них.

Однако в любом из этих случаев можно говорить о возникающих с различной скоростью состояниях измененного сознания. У анализируемого пациента суицидальное поведение формируется по типу пароксизма, развивающегося на фоне гипертонической болезни. Отсюда и вытекает его непонятность, отсутствие в суицидальном акте психологического значения, внутреннего смысла для самого пациента. Естественно, что подобные суициды еще в меньшей степени понятны для окружающих и даже врачей, пытающихся осмыслить и объяснить произошедшее. Чаще всего подобные аутоагрессивные действия вызывают непроизвольное внутреннее раздражение врачей, считающих,

что пациент или его близкие что-то скрывают. В других случаях этот внешне немотивированный суицид может наводить на мысль о психическом заболевании, что, естественно, вынуждает врача искать «соответствующую симптоматику».

Пример описанного выше суицидального поведения достаточно демонстративен. Здесь отчетливо видно, что важны не алгические ощущения сами по себе, а тот создающийся с помощью соматопсихи-ческих переживаний фон, на котором происходит восприятие

различного рода, в том числе и социально-психологических, воздействий. И хотя каждый из действующих раздражителей сам по себе не носит экстремального характера, важна именно их констелляция и фон, на котором они воспринимаются.

Таким образом, для понимания суицидального поведения в данном случае, по мнению автора, акценты в его рассмотрении должны быть смещены с анализа общепринятых социально-психологических факторов, предшествующих суициду, на анализ состояния суицидента. И хотя не вызывают сомнения такие особенности данного пациента, как его повышенная ранимость, трудности установления социальных контактов, наличие определенного внутриличностного конфликта (стеснительности вместе с некоторой переоценкой личности), объяснить случившееся так называемыми пресуицидальными факторами личности не представляется возможным.

Понятно, что не может быть расценен как решающий суицидоген-ный фактор и обычный студенческий разговор (и даже ссора). Для нас важно, что этот момент не воспринимается самим суицидентом как причина его покушения на самоубийство. И уж совсем нелепой представляется мысль, что человек способен совершить тяжелую попытку самоубийства из-за разного рода раздражающих бытовых мелочей. Достаточно интенсивная головная боль, не являясь чем-то экстраординарным в жизни пациента, также не расценивалась им как причинный фактор суицида. И дело не только в относительно недостаточной выраженности алгических переживаний, требующих их устранения любой ценой, а в том, что сам суицидент говорит не столько о болевых ощущениях, сколько о доминировании в тот период мысли о необходимости прекращения головных болей.

Если вспомнить сообщение пациента о том, что еще во время занятий сказанные студентками группы слова воспринимались как нечто «очень обидное», можно с достаточной определенностью утверждать, что изменения психофизиологического функционирования мозга в данном случае начались еще за несколько часов до совершенной попытки самоубийства. Сам пациент фактически подтверждает это: «Хотя

и отучился до конца занятий, но все воспринималось как со стороны, не все даже понимал, а только фиксировал».

Естественно, что нежелание считать причинными факторами суицида такие моменты, как психологические особенности суицидента или соматическая болезнь, вовсе не исключает участия этих самых факторов в формировании особого состояния сознания, в рамках которого совершается попытка самоубийства. И дело вовсе не в недостаточной выраженности каждого из этих пресуицидальных или суицидогенных факторов и в отсутствии непосредственной генетической связи между суицидальным поведением и рассмотренными выше обстоятельствами случившегося.

Выяснение субъективной стороны аутоагрессивных действий здесь имеет непосредственное лечебно-диагностическое значение. Констатация **«парасуицидального перерыва»** и отсутствие прямого намерения прекращения собственной жизни помогают адекватной оценке состояния пациента. Исчезает необходимость поиска отсутствующих здесь социально-психологических или связанных с существующим ранее психическим расстройством суицидогенных факторов. С учетом ситуации, при которой может быть произведен только ретроспективный анализ этого состояния, его оценка в данном случае весьма затруднена и требует не просто неформального отношения, но и целенаправленного участия в диагностике различных специалистов, координируемых врачом-суицидологом.

Следует напомнить, что в данной главе рассматриваются суициды лиц, признаваемых психически здоровыми до **и** после совершения суицида или обнаруживающих те или иные расстройства зрелой личности, не связанные, однако, с другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга. Отсутствие психического заболевания (в классическом понимании этого термина) у данной группы лиц в какой-то мере предопределяет и трудности оценки состояний, наблюдающихся у них во время суицида,

и саму необходимость поиска критериев этой оценки вне рамок психологически понятных явлений. Однако для адекватной оценки и понимания подобных суицидов выход за пределы психического здоровья нередко может оказаться единственной возможностью объяснения случившейся попытки самоубийства. В первую очередь это связано с необходимостью нахождения детерминирующих факторов при так называемых недостаточно мотивированных суицидах.

Таким образом, цель нахождения в подобных случаях детерминирующего фактора суицида в рамках состояния, возникающего непосредственно перед самоубийством, как раз и определяется возмож-

ностью при таком подходе избежать предположений о наличии процессуального заболевания или умышленного утаивания какой-то информации со стороны суицидента и его близких. Последнее обстоятельство далеко не способствует установлению необходимого психотерапевтического контакта.

Наличие психических нарушений во время суицидального акта у лиц, совершивших попытку самоубийства, которые тем не менее, до и после случившегося могут быть отнесены к психически здоровым, вовсе не исключает принципиальной возможности совершения суицида вне психического расстройства. Это можно констатировать там, где не может быть с достоверностью установлено наличие качественного сдвига в психофизиологическом функционировании во время совершения суицида, а отмечается только количественное усиление форм реагирования, характерных для данной этнокультуральной среды и конкретного человека. Здесь различные формы реагирования на те или иные социально-психологические факторы не связаны с особым состоянием сознания и не носят психотического характера. Однако и в этих случаях вряд ли следует априорно, без проведения специального суицидологического анализа, исключать эти реакции полностью из группы психических и поведенческих расстройств, понимаемых в соответствии с их современной систематикой.

Определенным диагностическим подспорьем здесь может быть, прежде всего, характер динамики психической жизни до, во время и после суицида. Там, где отмечается вполне определенный сдвиг в характере психических актов, можно думать о формировании психопатологических феноменов различной степени завершенности. Следует отметить, что все расстройства психотического уровня, определяемые клинически как состояния аффективно суженного сознания, самими пациентами предъявляются в плане изменения различных функций: «все стало противно», «воспринималось как со стороны», «чувствовала бессилие, ни о чем другом не могла думать» и т. д.

Однако в любом из этих случаев можно отметить наличие на протяжении того или иного времени перед суицидом доминирующей мысли, по существу приобретающей насильственный характер с невозможностью избавления от нее и даже ее логического развития. Так, в приведенном выше примере «непонятной» попытки самоубийства юноши-студента можно отметить, что доминирующей являлась скорее мысль о необходимости избавления от головной боли, а сами по себе непосредственные действия, направленные на прекращение жизни, в момент их совершения имеют мотивировку, не связанную с уходом из жизни («отключиться и отдохнуть»). Сам пациент, его

близкие и врач вынуждены искать эту мотивировку уже после случившегося.

Найти причинный фактор, как и понять, для чего совершен этот суицид, каков его смысл для самого самоубийцы, в рамках здоровой логики и привычных психологических закономерностей вряд ли окажется возможным. И только с учетом специфической субъективной стороны суицидального поведения в данном случае можно понять и объяснить случившееся. Действия, направленные на прекращение собственной жизни, здесь имеют своеобразный **«косвенный умысел»,** связанный с так называемым «парасуицидальным перерывом» (желание **«отключиться от всего»).** И только в

постсуицидальном периоде пациент, осознавший тяжесть возможных последствий этого «отключения», начинает оценивать все произошедшее с ним в рамках общежитейских представлений. В соответствии с этими представлениями, любые аутоагрессивные действия, могущие привести к смерти, расцениваются как проявления намерения прекращения собственной жизни.

Таким образом, можно с достаточной определенностью говорить о том, что для понимания случившегося необходим прежде всего анализ состояния человека в период времени, непосредственно предшествующий попытке самоубийства. Без правильной оценки психического состояния суицидента непосредственно во время самоубийства невозможными оказываются не только адекватные и оптимальные с точки зрения эффекта организационно-лечебные мероприятия, но и понимание причин (детерминирующих факторов) самого суицида. Но именно при оценке суицидов так называемых психически здоровых, т. е. лиц, не обнаруживающих психических расстройств до и после совершения попытки самоубийства, у врача, контактирующего с подобным больным, возникает психологически понятная установка на поиск или длительно существующего скрытого душевного заболевания, или социально-психологических факторов, обусловивших случившееся и находящихся заведомо вне самого суицидента.

Для подтверждения высказанных выше положений можно привести два примера суицидов, совершенных по мотивам личного характера. Они существенно различаются, прежде всего по состояниям, наблюдавшимся непосредственно во время суицидальной попытки. Естественно, что межличностный конфликт в каждом из этих случаев носит свой, неповторимый, сугубо индивидуальный характер, но в каждом из них решающим социально-психологическим фактором выступает разрыв (действительный или мнимый) со «значимым другим».

В первом случае речь идет о двадцатилетней девушке, студентке медицинского вуза, живущей в общежитии. На протяжении года она встречается со студентом старшего курса, а последние несколько месяцев находится с ним в интимных отношениях. Со слов ее подруг по комнате, «все были уверены, что они обязательно поженятся, так как были идеальной парой». «У нее все получалось: учеба и работа, ее любили подруги и больные во время ее дежурств». Однако за две недели до совершенной ею попытки самоубийства между молодыми людьми произошел разрыв, так как, с ее слов, «он нашел девушку с более выгодными родителями». Определенное охлаждение между ними наступило несколько раньше («он стал по-другому относиться еще недели за две-три до того, как мы расстались»), а две недели назад «все стало ясно и мне, и подругам».

На протяжении этих двух недель каких-либо особенностей в ее поведении не отмечалось. Она училась и работала, контактировала с окружающими, с наиболее близкой подругой обсуждала свои сердечные дела в деталях и тонкостях без каких-либо признаков раздражения и адекватно отвечала на вопросы знакомых о ее разрыве с молодым человеком. С ее слов, она хорошо понимала, что «это не смертельно и ничего чрезвычайного не произошло, хотя, конечно, злость и недовольство своим бывшим другом были, но никому это не показывала и даже специально пошла на дискотеку, хотя вообще ничего не радовало».

Однако в один из дней (после ночного дежурства в клинике и занятий) увидела в окно, что ее бывший возлюбленный идет под руку с соперницей, и неожиданно, на глазах соседок по комнате в общежитии, стала привязывать попавшуюся ей на глаза бельевую веревку к оконной форточке. Так как она ничего не объясняла («и вообще все делала как-то судорожно и молча»), подруги пытались отнять у нее веревку, «а она оказывала сопротивление этому, но все равно ничего не говорила». В дальнейшем «сидела в каком-то отрешенном состоянии до приезда «скорой помощи», а врачу заявила, что не знает, что на нее нашло».

В психиатрической больнице была несколько вяловата, на вопросы отвечала с задержкой,

свое поведение, связанное с суицидальными действиями, не объясняла, но один раз равнодушно бросила: «Наверное, хотела умереть». В первый день просила «оставить ее в покое», а затем сама пыталась узнать у врачей, что произошло и почему она пыталась покончить с собой. Уже на следующий день охотно контактировала, поведение было упорядоченным, признаков выраженного снижения настроения не обнаруживала. Вместе с тем была деприми-

р

рована, объясняя свое настроение совершенными и непонятными для нее самой суицидальными действиями. «Когда увидела их, сразу отключилась, а потом помню, что говорила врачу «скорой помощи», но все было абсолютно все равно и все воспринималось как издалека, а я себя не чувствовала».

Из собранного анамнеза стало известно, что серьезных заболеваний и черепно-мозговых травм она не переносила, ранее каких-либо судорожных пароксизмов или эпизодов измененного сознания не отмечалось. ЭЭГ не показало наличие судорожной готовности. Психологическое исследование также не выявило нарушений отдельных сфер психической деятельности, не обнаружено и акцентуации личности по какому-то типу. На протяжении нескольких дней в отделении вела себя упорядоченно, общалась с окружающими, помогала в уходе за больными, участвовала в различного рода работах. В беседах с врачами обнаружила адекватное отношение к случившейся с ней драмой личного характера, категорически отрицала суицидальные намерения в прошлом и настоящем, высказывала реальные планы на будущее, была обеспокоена перерывом в учебе. Общалась с навещавшими ее подругами, просила ни в коем случае не сообщать родителям о суицидальной попытке и ее нахождении в психиатрической больнице. Каких-либо психотических расстройств за время ее нахождения в стационаре не обнаружила. Вместе с тем по-прежнему выявлялась частичная амнезия на период времени, относящийся к суициду. Спустя несколько дней была выписана, медикаментозной терапии за время нахождения в больнице не получала.

В приведенном выше наблюдении можно с достаточной определенностью говорить о наличии во время совершения суицида состояния измененного сознания, развившегося по типу реакции «короткого замыкания». Естественно, что после завершения этой реакции патологического аффекта, сопровождающегося относительно более длительным состоянием оглушения, пациентка, по существу, не нуждается в какой-либо терапии, и даже любого рода психотерапия и мероприятия по профилактике повторного суицида представляются в данном случае практически ненужными.

Итак, в данном случае для понимания причин возникновения, т. е. детерминирующего фактора суицида, необходима адекватная оценка психического состояния суицидента во время попытки самоубийства. Считать в качестве ведущего фактора возникновения этого суицида описанный выше микросоциальный конфликт не представляется возможным, так как сама пациентка до и после случившегося расценивает произошедшее вполне адекватно и каких-либо количественных или

качественных сдвигов в ее психическом функционировании в это время не отмечается. Еще в большей степени представляется ясным, что и организационно-лечебные мероприятия должны ставить во главу угла именно оценку состояния этой пациентки во время суицидальных действий. Только адекватная оценка этого состояния позволяет не только понять сам суицид, но и правильно подойти к организации диагностических и лечебных мероприятий.

В другом наблюдении, выступающем в какой-то степени как контраст приведенному выше с точки зрения состояния, наблюдавшегося во время суицида, можно говорить об определенном сходстве переживаемого суицидентом микросоциального конфликта. Речь идет о девушке 22 лет, работнице, которая также проживает в общежитии и учится на

вечернем отделении одного из вузов. Она собирается вступать в брак с молодым человеком, с которым последние полгода поддерживает интимные отношения. Родственники жениха оказывают энергичное противодействие, так как, по их мнению, она недостаточно красива, хрупкая и «не справится с ролью ни жены, ни матери». Используя временный отъезд жениха, одна из родственниц сообщает ей, что у жениха есть «серьезная невеста, а с ней он встречается просто так, потому что настоящая невеста не позволяет ему вступать в интимные отношения до брака». В связи с отъездом жениха девушка не может выяснить истинность полученного сообщения. Сразу после разговора с этой женщиной девушка подумала о том, что она поступила неправильно, начав половую жизнь до брака. Постепенно у нее снижается настроение, она начинает плохо спать. Спустя несколько дней после этого разговора «уже не могла ни о чем другом думать». Однако продолжала выходить на работу. Периодически плакала, уединившись от подруг, резко снизился аппетит. К трудностям засыпания и поверхностному сну спустя две-три недели присоединилось раннее пробуждение. Подруги по комнате вызвали к девушке врача, который поставил диагноз «вегетососудистая дистония», выдал больничный лист и назначил транквилизаторы.

Однако улучшения состояния не наступило, и спустя несколько дней после визита врача девушка, оставив записку: «Виновата сама», принимает все имеющиеся у нее лекарства (в том числе и принесенные от кого-то «более сильные успокаивающие»). Попытка самоубийства была предпринята утром, когда соседки по комнате ушли на работу. Но одна из девушек по каким-то своим причинам вскоре вернулась и, зайдя в комнату, обнаружила, что их подруга находится в коматозном состоянии. В токсикологическом центре на протяжении всего периода нахождения больная говорила о нежелании жить, периодически плакала,

отказывалась объяснять причину суицида, большую часть времени лежала в постели, не проявляя интереса к происходящему вокруг. В связи с выявленными психическими и поведенческими расстройствами была переведена в психиатрическую больницу с диагнозом «ситуационная реакция».

В больнице в первые две недели была несколько заторможена, много времени проводила в постели, о своем состоянии и совершенном ею суициде ничего не говорила врачам и персоналу («Сейчас это не имеет значения, мне все равно»). Ела только после напоминаний и даже уговоров персонала. Отмечалось раннее пробуждение и временами трудности засыпания. На фоне проводимой терапии антидепрессантами постепенно стала активнее, жаловалась врачам на тоску и чувство непонимания, «что будет дальше», связывала с этим свое нежелание жить. Совершенный ею тяжелый суицид объясняла тем, что она «виновата во всем случившемся».

В ответ на слова врача о том, что в отношении ее будущего брака до приезда жениха нет никакой достоверной информации и ее реакция никак не соответствует реально произошедшим событиям, девушка заявила, что для нее ситуацию ожидания «неизвестно чего» с точки зрения планируемого бракосочетания «невозможно перенести» («мне это гораздо тяжелее, чем если бы он сам сказал о том, что мы расстаемся»). Непереносимостью ситуации ожидания объясняла и совершенный ею суицид («ни о чем другом не могла думать и не находила выхода»).

Однако спустя две-три недели после поступления в больницу настроение повысилось, стала общаться с больными и персоналом, включилась в различного рода трудовые процессы на отделении. Начала сожалеть о том, «какую сделала глупость, когда пыталась отравиться, не зная толком, будет у нас свадьба или нет». «А сразу после поступления в больницу ни о чем не могла думать, было просто плохо, и даже не знаю, хотела я жить или нет, но уже через неделю думала, что буду жить, даже если мы расстанемся, но только говорить об этом не хотела, а вопросы об этом только раздражали». Процесс выздоровления резко ускорился после приезда и появления в больнице жениха, который,

вопреки давлению на него родственников («она сумасшедшая»), заявил о твердом намерении зарегистрировать «как можно скорее» их брак (что и произошло в действительности спустя два месяца после выписки невесты из больницы). В дальнейшем на протяжении нескольких лет депрессивных состояний и суицидальных тенденций у пациентки не отмечалось.

В приведенном выше наблюдении речь идет о развитии депрессивного состояния у тревожно-мнительной личности в ситуации неопреде-

ленности и ожидания. Личностные особенности пациентки, отчетливо выявляющиеся уже при анализе анамнестических данных и при анализе совершенной ею попытки самоубийства, подтверждены и материалами психологического исследования, проведенного дважды за время нахождения в психиатрической больнице. И если исследование, выполненное спустя неделю после поступления, установило наличие депрессии (что еще более четко улавливалось клинически), но не выявило каких-либо личностных характеристик, то второе исследование (перед выпиской из больницы) однозначно подтвердило чисто клинические выводы об особенностях личности пациентки.

При несомненной значимости особенностей личности в развитии суицидальных тенденций в описанном выше наблюдении для понимания попытки самоубийства и, самое главное, для лечения суицидент-ки важна именно адекватная оценка состояния, наблюдающегося у этой девушки как непосредственно перед суицидом, так и после него. Для выбора оптимального лекарственного и психотерапевтического воздействия ранее поставленных ею диагнозов («вегетососудистая дистония» и «ситуационная реакция») этого явно недостаточно.

Важно, что существенное улучшение состояния отмечается еще до появления жениха (в контексте темы настоящей книги прежде всего следует подчеркнуть исчезновение суицидальных тенденций). Естественно, что приведенное выше наблюдение — это не только возможность демонстрации необходимости оценки состояния суицидента во время попытки самоубийства и непосредственно после нее. Важен и ряд других характеристик описанного суицида. В первую очередь это касается самого микросоциального конфликта. Здесь нет как таковой отвергнутой любви, измены или других, действительно возможных драм любовных отношений. Весь конфликт определяется только призмой индивидуального видения суицидентком ситуации, которая создается воображением тревожно-мнительной девушки. Ключом, открывшим ее переживания, явились провоцирующие слова одной из родственниц жениха. Эти слова не просто подошли к личности (как «ключ к замку», по выражению Э. Кречмера), но оказались действительным психотравмирующим фактором в условиях тех переживаний, которыми охвачена девушка: ожиданий и одновременно самоупреков по поводу начала половой жизни до вступления в брак.

Развивающееся депрессивное состояние в качестве материала субъективного содержания в первую очередь использует именно эту сторону ее текущей психической жизни, а не личностные особенности и связанные с этим тревожные переживания. Этим определяется в значительной степени характер депрессии, скорее апатической, не-

жели тревожной. Тем более что тревожно-мнительный радикал личности как по заключению психолога, так и с точки зрения врача-психиатра скорее говорит об акцентуации, нежели о психастенической психопатии.

Еще одним моментом, обращающим на себя внимание в анализируемом суициде, является то, что здесь психотравмирующая ситуация, ставшая в воображении девушки уже действительностью (мнимая угроза срыва бракосочетания), преломляется в ее депрессивных переживаниях в идеи самообвинения в связи с добрачной половой жизнью. Этот момент, практически незначимый с точки зрения выбора антидепрессанта, играет

определенную роль в направленности психотерапевтической тактики на начальном этапе лечения. Однако еще большее значение в плане психотерапевтической работы с больной имеет и четкое представление о дальнейшем поведении жениха в сложившейся ситуации. Состоится брак или нет — это отправная точка направления психотерапевтической работы с пациенткой.

Можно отметить, что в обоих случаях лечебно-диагностические мероприятия во время нахождения суицидентов в больнице определялись именно их состоянием во время попытки самоубийства и непосредственно после нее. В первом из этих наблюдений речь идет о кратковременном сумеречном состоянии сознания типа патологического аффекта. Здесь, по существу, не требуется какого-либо медикаментозного лечения, другое дело — диагностика, направленная на исключение органического поражения головного мозга. Во втором наблюдении адекватная оценка реактивной депрессии — решающий фактор для назначения лечения антидепрессантами. Понятно, что и психотерапия в каждом из вариантов развития ситуации и диагностируемого у больной состояния существенно различается.

Понимание причин появления суицидальных феноменов в каждом из описанных выше наблюдений также невозможно без анализа состояний, развившихся непосредственно или существующих на протяжении какого-то времени перед попыткой самоубийства. В случае развития патологического аффекта трудно сказать что-либо определенное как о возможности его развития, так и о содержании переживаний или поведении человека во время развития этого сумеречного состояния. Совершенно иначе эти моменты выглядят в рамках реактивной депрессии, развивающейся у человека, ранее не обнаруживавшего каких-либо психических расстройств. Содержание переживаний, «логическое» развитие идей самообвинения до вывода о необходимости самоубийства позволяют и в рамках обычных психологических закономерностей понять и возникновение суицидальных феноменов,

и характер необходимых лечебных мероприятий. Естественно, что при развитии депрессивного состояния еще до начала всякой терапии должен быть решен вопрос о необходимости госпитализации.

Правильная оценка состояния суицидента возможна только при сочетании в диагностическом процессе нозо- и нормоцентрических установок в мышлении врача, пытавшегося понять возникновение того или иного суицидального феномена. При этом преобладание нормо-центризма приводит к тому, что игнорируются заведомо психотические состояния, развивающиеся после воздействия стрессогенного фактора, а на первый план выступает анализ психосоциальных моментов, которые всегда могут быть обнаружены («У любого человека всегда найдется повод для самоубийства», как заметил Чезаре Повезе). К сожалению, анализом этих психосоциальных факторов нередко и начинается, и заканчивается понимание самой попытки самоубийства.

С одной стороны, подобный (чисто генетический) подход к суициду часто приводит к чрезмерной психологизации произошедшего, когда с «психологически понятными связями» обращаются к анализу психотических состояний. С другой — обязательным моментом при подобном подходе выступает необходимость выявления выраженного стрессогенного фактора и преувеличенное значение реальных обстоятельств жизни суицидента, в действительности не являющихся микросоциальным конфликтом, обусловившим попытку самоубийства.

Итак, при нормоцентрическом подходе основным «виновником» суицида выступает «среда» (особенно при самоубийствах «замечательных» людей). В то же время ориентировка на объяснение произошедшего с точки зрения обязательного нахождения в каждом самоубийстве психического расстройства (нозоцентризм) не просто исключает психосоциальный фактор как одну из возможных детерминант суицида, но и в какой-то

мере может способствовать тенденции к «утяжелению» диагноза. Последнее обстоятельство объясняется тем, что в рамки диагноза психического расстройства врач пытается уложить как можно больше феноменов из психической жизни и отдельных поступков суицидента. Только разумное соотношение нормо- и но-зоцентрического подходов в диагностическом мышлении врача приводит к адекватному пониманию произошедшего и оценке состояния. А адекватная оценка состояния и ситуации — это одновременно и решающее звено диагностики в целом. Здесь речь может идти как об острых психотических состояниях, так и об аномалиях зрелой личности и расстройствах, носящих затяжной или хронический характер (типа дистимии, пролонгированной депрессивной реакции и проч.).

Однако исключение диагноза хронического психического расстройства или даже аномалии зрелой личности еще не говорит, что сама попытка самоубийства была совершена психически здоровым человеком, вне психотического расстройства непосредственно в период суицида и что в ближайшем постсуицидальном периоде также не отмечается болезненных феноменов, обусловливающих необходимость терапевтического вмешательства. В контексте данной книги речь идет о возможном наличии в ближайшем постсуициде именно психопатологических феноменов, а не общесоматических явлений, связанных с последствиями суицидальной попытки.

Правильный подход — это комплексная терапия, включающая и саногенез психических расстройств. Как можно более раннее назначение адекватной медикаментозной терапии — это и одновременная возможность лечения болезненного состояния, и создание более благоприятных условий как для лучшего понимания случившегося, так и для психотерапевтического контакта. Важно, что в процессе этого контакта врач имеет одновременно возможность уточнения некоторых сторон не только психиатрической, но и «суицидологической» диагностики. Последняя включает не просто оценку состояния во время самоубийства, но и выяснение всех психосоциальных факторов, а также и диагностику особенностей личности суицидента. Речь идет не только о необходимости психиатрической диагностики аномалий зрелой личности, но и о выявлении личностных характеристик вообще. Изучение особенностей личности (достигающих степени акцентуации или нет) исключительно важно для совокупной оценки произошедшего. При этом каждая из характеристик (независимо от степени ее выраженности) может оказаться существенной с точки зрения комплексной суицидологической диагностики.

Особенности личности, в первую очередь у лиц, считающихся психически здоровыми до и после совершения суицида, во многом определяют не просто «призму индивидуального видения ситуации», но нередко и создание самой этой ситуации. В конкретных психосоциальных условиях самые противостоящие личностные характеристики могут способствовать возникновению суицидальных тенденций. Вязкость, ре-гидность аффекта или эмоциональная лабильность, чрезмерная зависимость или, наоборот, отгороженность от окружающих, повышенная ранимость или эмоциональная холодность и другие полярные качества личности могут оказаться суицидогенными моментами в рамках той или иной ситуации.

В плане личностных особенностей, участвующих в формировании суицидальных феноменов, важнейшим моментом выступает то обсто-

ятельство, что наибольшая суицидогенность выявляется в тех случаях, когда та или иная характеристика выходит за пределы так называемой статистической нормы и личность в плане ее оценки по тем или иным параметрам занимает краевое положение по соответствующим показателям. Отсюда чрезвычайное значение в суицидологии знания самых различных вариантов акцентуации при четком понимании того, что акцентуация — это краевые варианты нормы, а совершенный суицид не является доказательством аномалий зрелой личности. Поэтому суицидологическая диагностика всегда должна

выходить за пределы чисто личностных характеристик.

Для наиболее полной суицидологической диагностики, т. е. понимания произошедшего и отражения его в понятиях, существующих в настоящее время всех связанных с суицидом моментов у лиц, считающихся психически здоровыми до и после попытки самоубийства, привычного «одномерного» психиатрического диагноза оказывается недостаточно. С учетом сказанного выше, наряду с личностными особенностями и отдельными составляющими самого суицидального феномена, необходимы также и другие критерии. В рамках существующего понятийного аппарата в наибольшей степени для этих целей подходят критерии многоосевой диагностической системы ДСМ-4, вошедшей в практику с 1994 г. и все шире используемой в психиатрии наряду с МКБ-10. Хотя эта система является прежде всего «психиатрическим инструментарием», она с успехом может быть использована и врачом любого профиля, столкнувшимся с необходимостью оценки суицидального феномена.

Согласно критериям многоосевой диагностики, анализ больного проводят по следующей схеме, включающей пять главных осей.

- Ось 1 — клинические синдромы или состояния, имеющие значение для исследования и лечения больного.
- Ось 2 — расстройства личности; умственная отсталость.
- Ось 3 — соматические заболевания
- Ось 4 — психосоциальные проблемы.
- Ось 5 — наивысший уровень социальной адаптации в течение года.

Представляется очевидным, что применительно к оценке суицидента каждая из этих осей приобретает свою «суицидологическую» направленность. Так, даже такой, казалось бы, однозначный критерий, как клинический синдром или состояние, важен с точки зрения и его выраженности, и времени его начала, и наличия в нем суицидальных тенденций различного уровня. При этом в отдельных случаях суицидологический анализ, по существу, требует оценки не только клиниче-

ски выраженного синдрома, но и отдельных симптомов или их аналогов даже в рамках состояний, не включаемых МКБ-10 в понятие психического или поведенческого расстройства. Эти отдельные симптомы или их аналоги, неразвернутые синдромы, клинически незначимые с точки зрения возможной медикаментозной терапии, имеют существенное значение для понимания генеза суицидального феномена, для адекватной оценки случившегося.

Например, с точки зрения критериев МКБ-10, для диагностики депрессивного состояния обязателен минимальный двухнедельный срок его существования, однако уловить точное время развития так называемой отставленной реактивной депрессии практически невозможно, как невозможно определить, когда душевная боль (психалгия), связанная с теми или иными стрессогенными факторами, перешла в клинически очерченный депрессивный синдром. Поэтому для суицидологического анализа важен даже не столько синдром как клинически достаточно четкое и однозначное понятие, сколько оценка именно состояния. Только при анализе состояния врач может учесть не только отдельные клинические симптомы (или их совокупность), но и оценить значение тех или иных параметров психического функционирования, остающихся в пределах нормальной психики, для возникновения суицидальных феноменов.

Суицид — это всегда проявление деятельности личности. Поэтому совокупность всех возможных характеристик личности выступает как важнейший фактор понимания случившегося. Это относится даже к суицидам, совершаемым лицами с тяжелыми психотическими расстройствами. В одной из глав уже отмечалось, что любые из этих детерминант имеют в качестве обязательной составляющей личность суи-цидента. При этом личность рассматривается в самых различных аспектах: здесь и этнокультуральные характеристики, и духовно-нравственное содержание, и психофизиологические

особенности, и любого рода деформации этих составляющих психосоциальными или другими патогенными воздействиями.

В этом плане суицидологический анализ личности, необходимый для понимания случившегося, всегда должен быть шире чисто психопатологического анализа, направленного на диагностику конкретных психических или поведенческих расстройств в соответствии с существующей систематикой. Эта систематика включает прежде всего специфические расстройства личности (ранее определяемые понятием психопатии), а также смешанные и другие расстройства, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга. Естественно, что диагностика той или иной формы расстройства личности и поведения

зрелой личности у суицидента уже является существенным моментом суицидологического анализа. Однако подведение личности суицидента под одну из этих рубрик ни в коей мере не может быть исчерпывающим моментом понимания и объяснения попытки самоубийства.

Даже констатация конкретной формы специфического расстройства личности требует определенного уточнения некоторых характеристик этой диагностической рубрики. Исключительное значение для возможности возникновения суицидальных тенденций имеют такие моменты, как степень сформированности аномальных (психопатических) форм реагирования, выраженность того или иного радикала, наличие смешанных и «нестандартных» реакций. Важно, что большая суицидальная готовность отмечается при менее жестких и однозначных формах реагирования на этапе формирования и при наличии мозаичной психопатии. Здесь, как и в случае чисто личностных характеристик, прослеживается общая тенденция: наибольшая суицидогенность характерна для краевых форм расстройств личности, отклоняющихся от того или иного клинического «стандарта».

Изложенное выше показывает, что в плане суицидологического анализа личности диагностики тех или иных форм психопатии недостаточно. Эта диагностика должна быть дополнена теми характеристиками личности суицидента, которые как раз отличают анализируемого конкретного человека от присущих тем или иным специфическим личностным расстройствам и характерным для них преобладающим формам поведенческих проявлений. При этом, как уже отмечалось, самые разные характеристики личности могут выступать и как суицидальный, и как антисуицидальный фактор.

Поэтому для понимания случившегося необходимо не просто вычленение определенного кластера психопатологических феноменов, включаемых в понятие расстройства зрелой личности, но как можно более полная оценка личности в целом, в том числе и ее особенностей, остающихся, как правило, вне клинического анализа. Исключительное значение имеет тот факт, что любого рода личностные характеристики (включая этнокультуральное содержание, духовно-ценностные ориентации, психологические и психофизиологические особенности) никак не могут выступать раз и навсегда заданным фактором риска суицидального поведения. Все эти особенности обнаруживают себя только в рамках определенного микросоциального конфликта.

Суицидологический подход к тем или иным характеристикам личности, выявляющимся в процессе клинического наблюдения и психологического исследования, обязательно должен учитывать и момент «текучести» человека. Эта «текучесть» определяется не только суще-

ственным изменением ситуации, фактом совершения попытки самоубийства и связанным с этим пересмотром некоторых ценностных ориентации, но и возможностью динамики психофизиологических характеристик под влиянием очень многих факторов. Могут отмечаться и стрессогенное влияние психосоциальных факторов, и воздействие такого, внешне далекого от суицидального поведения, момента, как наличие соматической

болезни в период времени, непосредственно предшествующий попытке самоубийства. При этом сама по себе болезнь далеко не всегда выступает как психотравмирующий фактор (в ее нозогенном влиянии).

Прежде всего, болезнь с ее самыми обычными проявлениями и жалобами меняет психофизиологическое функционирование мозга и, таким образом, оказывает непосредственное влияние на восприятие, оценку и формы реагирования на происходящее. Это диктует необходимость учета такого фактора, как наличие или отсутствие соматической болезни в пресуицидальном периоде и непосредственно во время совершения суицида. Существенную роль здесь могут играть как хронические, так и относительно кратковременные, преходящие соматические болезни.

Именно с учетом «текучести», постоянных изменений содержания психической жизни человека под влиянием самых различных факторов (в том числе и физиогенного характера) соматическая болезнь может выступать той самой каплей, которая позволяет суициденту «шагнуть за грань». В этом плане игнорирование возможных вариантов влияния соматической болезни на человека в пресуицидальном периоде исключает возможность адекватной оценки случившегося и понимания причин анализируемого суицида.

Пытаясь выявить более или менее устойчивые предиспозиционные суицидальные факторы (типа личностных характеристик) или психопатологическую симптоматику в постсуицидальном периоде, врач нередко просто игнорирует именно физиогенное влияние соматической болезни непосредственно перед самим суицидом и возможное изменение состояния после случившегося.

Для суицидологической диагностики нередко важен учет и преходящих, относительно кратковременных сдвигов в психофизиологическом функционировании, обусловленных как наличием весьма частых «банальных» заболеваний (типа гриппа, ОРЗ и т. п.), так и привычными для пациента приступами и обострениями имеющихся хронических болезней. Однако в повседневной психиатрической диагностике, как правило, учитываются только соматические болезни, определяющие генез психических расстройств или существенно влияющие на их

клиническую картину. При наличии различного рода дополнительных факторов, таких как личностные характеристики, носящие характер акцентуации или аномалий зрелой личности, роль соматической болезни как пускового фактора может существенно возрастать.

Упомянув о «пусковом факторе», автор имел в виду не непосредственный «запуск» тех или иных суицидальных проявлений, но, в первую очередь, важнейшую роль соматического заболевания в формировании того фона, на котором даже малозначимых психосоциальных влияний оказывается достаточно для суицида. И если для окружающих именно психосоциальные факторы выступают как решающее звено объяснения случившегося, то суицидологический анализ всегда должен ориентироваться на принципы многоосевой диагностики. В соответствии с этими принципами необходим переход от лежащего на поверхности фактора «среды» к пониманию, в каком состоянии находился конкретный человек во время воздействия данного «фактора».

Поэтому суицидологическая диагностика не может не опираться как на оценку состояния во время попытки самоубийства, так и на особенности личности индивида и его физиогенные статусные характеристики. В этом состоит одно из существенных отличий суицидологической оценки (диагноза) от диагностики психического расстройства вообще, при которой генетическое значение тех или иных дополнительных факторов нередко сводится к минимуму. Вместе с тем следует учитывать, что даже адекватная оценка состояния суицидента во время попытки самоубийства очень часто не может объяснить причин случившегося, если не опираться на личностные характеристики самоубийцы.

Ниже приводится пример покушения на самоубийство, которое по обстоятельствам его

совершения может быть отнесено к разряду так называемых маломотивированных суицидов.

Речь идет о 18-летнем юноше, заканчивающем среднюю школу. Он был впервые направлен в психиатрическую больницу из реанимационного отделения, где находился в течение нескольких дней после тяжелой попытки отравления бытовым газом. Родители, многократно посещавшие сына в больнице, просили объяснить им, что заставило его, уединившись на кухне, включить газ в духовке и сунуть туда голову. Это случилось после самых обычных слов матери о необходимости помощи в домашних делах и полушутливого заявления отца, что «в армии всему научится». При этом вопрос о призыве в армию в ближайшее время вообще не стоял. Тем более что сын никогда не заявлял о своем нежелании служить и говорил, что если не поступит

в институт, то пойдет в армию или сразу попытается поступить в военное училище. (Все происходило еще в те времена, когда вопрос о «горячих точках», боевых действиях и альтернативной воинской службе не стоял так остро, как это случилось в последние годы.)

Тяжелый суицид (с последующими дисмнестическими расстройствами по типу корсаковского синдрома, к счастью, с благополучным исходом в выздоровление), отсутствие каких-либо реальных мотивов его совершения, ретро- и антероградная амнезия, которую обнаруживал пациент, крайне затрудняли оценку случившегося и диагностику в целом.

Со слов родителей известно следующее: родился в срок, беременность протекала нормально. Наследственной отягощенности не отмечается. Раннее развитие протекало без особенностей. Ходить и говорить начал в срок. До трехлетнего возраста уход за ребенком осуществляли мать и бабушка. Каких-либо странностей или особенностей поведения до поступления в детский сад не обнаруживал («был очень тихий и спокойный ребенок, мог оставаться один»).

Однако с первых дней нахождения в детском саду начались неприятности, связанные с тем, что ребенок не мог играть в группе, предпочитал всегда находиться один или контактировал только с одним из мальчиков. Мог проявить агрессию, но чаще убегал или плакал при попытках его вовлечения в те или иные коллективные мероприятия. Трудности адаптации к коллективу продолжались на протяжении трех лет («по совету опытных воспитателей и психологов его просто оставили в покое»). С поступлением в детский сад начались трудности и дома: ранее тихий и спокойный, ребенок стал проявлять повышенную возбудимость и даже агрессивность по отношению к домашним. Не терпел каких-либо замечаний в свой адрес, при отказе в чем-либо мог «даже кусаться». Не любил играть с ребятами во дворе, но неожиданно стал дружить со сверстником из подъезда. Охотно играл только с ним в футбол и другие игры, приглашал домой. Этот мальчик всегда был инициатором игр, хотя и был «не более развит, чем наш, но сын всегда был во всем зависим от него». По этой причине отношение родителей к этой дружбе было двойственным.

Весьма избирательный контакт, трудности общения со сверстниками и домашними сочетались с весьма успешным интеллектуальным развитием. Очень рано начал читать, еще до школы считал, как первоклассник. Однако не любил рассказывать прочитанное, особенно когда его об этом просили или говорили, что он ошибся или не понял чего-то. В связи с характером его общения со сверстниками и повышенной возбудимостью последний год не ходил в детский сад и зани-

мался с педагогом-психологом по специальной подготовительной программе. По ее совету в школу пошел почти на год позже обычного возраста.

В школе с первого класса и на протяжении всего периода учебы учился очень хорошо. Близко с товарищами по классу не сходился, но каких-либо чрезвычайных моментов в его

общении со сверстниками не отмечалось. Дома не любил говорить о происходящем в школе, предпочитая обсуждать программные и внепрограммные художественные произведения и те или иные разделы истории. Иногда часами мог решать задачи по математике из учебников для старших классов. Продолжал дружить с мальчиком из своего подъезда, хотя последний весьма часто мог играть во дворе с другими ребятами. Серьезно спортом не занимался, но на уроках физкультуры всегда был активен и специально готовился к этим занятиям, разучивая те или иные движения с мячом или тренируясь в беге дома и на даче. Неохотно контактировал с новыми людьми из окружения родителей, но достаточно спокойно и тактично беседовал на различные темы с друзьями и знакомыми. Интереса к девушкам не проявлял, на связанные с этим вопросы родителей говорил: «Девушки будут потом».

По мнению родителей, большинство негативных моментов его поведения, отмечавшихся в детском саду, практически не обнаруживались во время учебы в школе. Однако в 13 и 14 лет после каких-то замечаний родителей летом на даче дважды пытался наносить себе самопорезы, объясняя это «несправедливостью» сказанных в его адрес слов. Сам пациент, объясняя эти действия, говорил врачу (во время нахождения в психиатрической больнице), что, «может, просто нашла злость, а может, и хотел умереть». Говорил об этом крайне неохотно и при попытках выяснения деталей ссылался на плохую память. После первой попытки консультировался психологом, после второй — просил никому об этом не говорить, обещая «никогда больше не резать себя».

Действительно, в дальнейшем, до настоящей госпитализации, каких-либо аутоагрессивных проявлений не отмечалось, хотя крайне легко раздражался и мог накричать на родителей. При этом, с их слов, «почти никогда не извинялся» и отказывался что-либо говорить на эту тему. При попытках вернуться к обсуждению его поведения уходил или снова раздражался. За время учебы в школе близких товарищей не появилось, но при необходимости звонил кому-либо из одноклассников или сам отвечал на их звонки. На дискотеки и школьные вечера не ходил.

Внешне не обнаружил какой-либо реакции на переезд его единственного приятеля, ранее жившего с ним в одном подъезде, в другой

район. Однако, со слов родителей, «если видел его случайно, буквально прыгал от радости, как маленький ребенок». Хотя приятель приходил общаться с другими ребятами, пациент стремился зазвать его домой, показывал ему книги и диски с музыкальными новинками. Вместе с тем, весьма неожиданно для родителей однажды довольно пренебрежительно отозвался об интеллекте своего единственного приятеля. Эта своеобразная полярность оценок и реагирования относилась не только к приятелю, но и к родственникам и даже родителям. При этом сожаления по поводу своих достаточно грубых (а часто и несправедливых) высказываний практически никогда не выявлял.

За неделю до описанного выше суицида перенес грипп, после чего «стал какой-то тихий» и во всем соглашался с родителями. Начал ходить в школу, вел обычный образ жизни. К радости родителей, начал сам обсуждать с ними, в какой институт ему лучше поступать, и даже интересовался, нужен ли специальный репетитор при имеющемся у него уровне знаний. Если ранее участие в домашних работах было минимальным, то на протяжении последнего года учебы в школе практически был избавлен от каких-либо забот по дому.

В один из дней мать попросила сына выполнить несколько простейших домашних дел. Неожиданно (по крайней мере, для последнего времени) он раздраженно бросил, что занят, и ушел к себе. Спустя некоторое время мать, уже в присутствии отца, вновь сказала про это и спросила (в полушутливом тоне), как он будет жить дальше, если ничего не умеет делать по дому. Так как сын «выглядел крайне раздраженным, но ничего не говорил», отец, чтобы разрядить ситуацию, сказал: «В армии всему научится». Сразу после этих слов сын вскочил со стула и вышел из комнаты, сильно хлопнув дверью. Затем зашел на кухню, включил газ в духовке и сунул туда голову. Его спасла случайность:

мать, считая, что сын ушел к себе в комнату, спустя некоторое время зачем-то пошла на кухню и обнаружила его лежащим без сознания. «Помню только, что он не подавал признаков жизни».

Трудности понимания этого суицида усугублялись тем, что выяснить личностный смысл самоубийства не удалось в силу обнаружившейся после случившегося тотальной амнезии с четкими элементами корса-ковского синдрома в дальнейшем. Реконструкция динамики внутренних переживаний суицидента в пре- и постсуицидальном периодах здесь невозможна. Микросоциальный конфликт (если только считать таковым весьма осторожные слова матери о необходимости участия в элементарных домашних работах или заявления отца об армии) в данном случае тоже не объясняет произошедшее. А понять и объяснить эту попытку самоубийства необходимо и врачу, и родителям юноши.

Понимание суицида здесь невозможно без адекватной оценки личности суицидента. И хотя «безмотивные» самоубийства могут наблюдаться в рамках самых различных психических заболеваний (типа шизофрении), здесь речь идет именно об особенностях личности. По аналогии с так называемыми инициальными деликтами или суицидами больных шизофренией (действия, выявляющие для окружающих исподволь развивающуюся болезнь) здесь можно говорить о варианте своеобразного выявления и диагностики аномалий зрелой личности (если можно считать зрелым 18-летнего юношу). Упомянув выше слово «диагностика», автор вовсе не считает проделанный им краткий анализ личности пациента и ее оценку окончательной и бесспорной. Осторожность в окончательном диагностическом вердикте связана именно с возрастом пациента и возможностью определенной динамики личностных особенностей и тем более социального эффекта дисгармонии личности.

Не вызывает сомнений, что в данном случае речь идет о глубоких личностных расстройствах, определяющих поведение этого юноши на протяжении всей его жизни. Представляет определенный интерес то обстоятельство, что особенности поведения и характера психической жизни обнаружились уже в раннем детстве, но только в процессе самой ранней социализации индивидуума (если слово «социализация» применимо к необходимости адаптации трехлетнего ребенка к младшей группе детского сада). Выявившиеся в условиях, требующих приспособления к определенным социальным нормам, особенности поведения в дальнейшем обнаруживаются в общении с родителями. Понятно, что достаточно формальный контакт с одноклассниками и знакомыми по дому ребятами тоже говорит о существенных отклонениях психической жизни пациента от стандартного («усредненного») поведения подростка и юноши.

На первый план среди особенностей личности выходят неспособность контролировать свои эмоциональные реакции и неустойчивость настроения. Ригидность форм эмоционального реагирования сочетается с их заметной неадекватностью как по силе, так и по характеру ответных реакций. Среди них в первую очередь отмечаются реакции гнева, обнаружившиеся в раннем детском возрасте и в определенной мере сгладившиеся в процессе общения в школе. Эта своеобразная компенсация достигается путем резкого ограничения контактов. Однако речь идет именно о временной компенсации в особых социальных условиях. Здесь нет настоящей динамики психофизиологического функционирования по мере взросления индивидуума, проявляющейся в существенном сглаживании так называемых психо-

патических форм реагирования на личностные и социальные ситуации. В домашних условиях вспышки немотивированного и весьма выраженного гнева сохраняются и в подростковом, и в юношеском возрасте и возникают при осуждении со стороны домашних или «несправедливости» по отношению к пациенту.

О выраженной эмоциональной неустойчивости говорят и попытки самопорезов в подростковом возрасте, и «детская радость» при встрече его единственного приятеля, и

частая полярность оценок одних и тех же людей. Неспособность контролировать свои эмоциональные реакции, выраженная импульсивность могут быть определены как ведущие компоненты, обусловливающие дисгармоничный строй личности. Однако можно отметить и наличие других черт, позволяющих говорить и о так называемой «мозаичной» психопатии. Это такие черты, как замкнутость, относительная эмоциональная холодность по отношению к родителям, сочетающаяся с непонятной для окружающих привязанностью к его единственному приятелю при отсутствии близких друзей и даже желания к установлению каких-либо связей со сверстниками, пониженная сексуальность. И все это на фоне крайне низкой толерантности к фрустрации, неспособности контролировать свои реакции, склонности к самоповреждениям и агрессии. И, как это часто бывает, в силу известной социализации, воспитания в обычной этнокультуральной среде (в известной мере это даже специальный, «щадящий» режим, рекомендованный психологом) реакция гнева в первую очередь обращена не на окружающих (исключение — родители), а приводит к аутоагрессии (по-видимому, без четкого намерения лишения себя жизни).

В целом, не вызывает сомнений диагностика у анализируемого пациента психического расстройства, относимого, по современной классификации, к разряду расстройств зрелой личности. Выше уже писалось об относительной «зрелости» 18-летнего юноши, но по формальным признакам возрастного критерия этот диагноз представляется вполне адекватным. Конкретная форма — это эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный или пограничный тип, уточнение возможно при анализе достаточно длительного отрезка дальнейшей жизни). Здесь обнаруживаются черты и шизоидного, и диссоциального, и инфантильного круга, что позволяет говорить о смешанном типе расстройства личности. Первый контакт с психиатрами пациентов со специфическими, смешанными и другими личностными расстройствами, особенно после покушения на самоубийство с тяжелыми осложнениями, не может уточнить все «диагностические нюансы». Но эта задача и не являлась целью проводимого анализа.

Цель состояла в том, чтобы попытаться понять и объяснить суицид у пациента, психические нарушения которого были диагностированы как личностные расстройства. Совершенный им акт аутоагрес-сии принципиально стоит в одном ряду с имевшими место в подростковом возрасте попытками самоповреждений. Однако здесь уже возникает новое качество — достаточно четкое намерение лишения себя жизни (об этом свидетельствует прежде всего способ самоубийства). Это уже крайний вариант аутоагрессии. И хотя этот суицид из разряда так называемых «молниеносных», при которых момент принятия решения об уходе из жизни и его реализация практически совпадают (все это длится секунды), необходима его адекватная оценка с точки зрения участия различных факторов.

Прежде всего следует отметить, что с точки зрения личностного смысла этого суицида, здесь исключен какой-либо призыв, крик о помощи. В суициде, по существу, отсутствуют обращенность к окружению, попытки с помощью самоубийства изменить или хотя бы как-то повлиять на ситуацию. По характеру совершенных самоубийцей действий и предшествующей этому ситуации можно предполагать протест или даже отказ от жизни. В любом случае эта внутренняя мотивировочная составляющая свидетельствует о несомненной выраженности намерения покончить жизнь самоубийством. Другое дело, что этот молниеносный аффективный суицид, по сути дела, лишен настоящей борьбы мотивов, какие-либо антисуицидальные факторы здесь просто не успевают включиться. В качестве средства реализации выбирается первый же попавшийся в поле зрения предмет кухонной обстановки (газовая плита), и выбранный пациентом способ самоубийства практически не оставляет каких-либо шансов на спасение.

Характер совершаемых пациентом аутоагрессивных действий как с точки зрения силы аффективного напряжения (вне этого подобный суицид невозможен), так и со стороны скорости и самого способа реагирования (свидетельствующих о заведомой

неадекватности аффекта) не может быть объяснен только личностными особенностями суици-дента. Хотя выше уже писалось, что пациент обнаруживает специфические расстройства личности, объяснить возникающий патологический аффект только личностными аномалиями не представляется возможным. Безусловно, характер личностных расстройств, своеобразная мозаичность психопатических черт, наличие элементов смешанного расстройства личности при несомненном преобладании клиники эмоциональной неустойчивости объясняют многое в моделях поведения этого юноши. Однако выраженность аффекта, тяжесть совершенного суицида в какой-то мере могут быть связаны и с некоторыми прехо-

дящими моментами, не относимыми к категории постоянных личностных характеристик, выступающих как предиспозиционные суицидо-генные факторы.

По мнению автора, существенным фактором, обусловившим в данном случае возникновение эмоционального взрыва по типу патологического аффекта, является наличие у пациента в тот период выраженного астенического состояния после перенесенного гриппа. Сами родители отметили изменения в психической жизни сына («стал какой-то тихий и во всем соглашался»). Не вызывает сомнений, что подобное «стирание» присущих ему на протяжении всей жизни личностных особенностей, делающих его весьма трудным в общении,— это вовсе не благоприятная динамика психофизиологического функционирования, а показатель болезненного состояния мозга.

Без привлечения соматогении, действующей в данном конкретном случае в качестве непосредственного физиогенного фактора, понять и объяснить этот суицид не представляется возможным. Покушение на самоубийство здесь не вытекает ни из личности, имеющей несомненные признаки личностного расстройства, ни из психосоциальных воздействий. Тем более что как таковой психосоциальный фактор в данном суициде, по существу, отсутствует, и нет вполне осознаваемого мотива самоубийства. Этот молниеносный суицид скорее должен рассматриваться не в связи с характером психосоциальных воздействий и соответствующих мотивировок, а в связи с особенностями состояния самоубийцы (его статуса) во время суицидальной попытки. По мнению автора, именно в статусе суицидента в период времени, непосредственно предшествующий покушению на самоубийство, заключена основная причина этого суицида.

Особенности личности, ее привычный тип реагирования определили только направление реакции юноши на сказанные в его адрес практически индифферентные слова матери и отца. Однако по своему характеру форма реагирования, обусловившая тяжелый суицид, заведомо выходит за рамки его поведенческого стереотипа пациента, связанного с неприятием каких-либо «ущемляющих свободу» или осуждающих слов и действий окружающих (в первую очередь родителей). Поэтому данный суицид в контексте настоящей работы, по-видимому, может быть достаточно ярким примером своеобразного физиогенного влияния преходящей соматической болезни на статусные характеристики суицидента. Возникающее при этом состояние выступает уже как ведущая детерминанта самого суицида.

Естественно, что, наряду со своеобразным «физическим» влиянием соматической болезни, любого рода заболевания нередко несут в себе

еще и определенный психотравмирующий момент. Выраженность этого так называемого нозогенного влияния соматических, заболеваний определяется множеством факторов. Среди них можно упомянуть и «призму индивидуального видения», восприятие индивидуумом внутренней картины болезни, его отношение к проявлениям заболевания, перспективам лечения и исходу. Понятно, что неизлечимые тяжелые болезни (типа неоперабельного рака) — это один вариант соматического заболевания, а другой —

преходящие расстройства или хронические болезни, которые сплошь и рядом не лишают возможности адаптации человека к прежнему образу жизни или к новым условиям существования.

По нашим наблюдениям, совпадающим с выводами исследователей этого вопроса, наиболее часто покушения на самоубийство при диагностике неизлечимого онкологического заболевания происходят в так называемой «фазе бунта» (Гнездилов А. В., 1995). Это первая стадия адаптации к заболеванию, связанная с активным неприятием диагноза. И хотя диагностика того или иного онкологического заболевания далеко не всегда в действительности является «приговором», реально существующие у большинства людей представления об обязательном неблагоприятном исходе любого «рака» не позволяют адекватно воспринимать даже «деонтологически выдержанные» сообщения врачей.

По литературным данным, у большинства соматических больных, совершивших самоубийство, в картине болезни присутствовали депрессивные расстройства различной степени выраженности (в том числе и у больных, находящихся в терминальной стадии неизлечимого заболевания). Однако, по нашему мнению, говорить об обязательном наличии во всех этих случаях клинически очерченного депрессивного синдрома вряд ли правомерно. Вполне понятное и адекватное ситуации снижение настроения вряд ли правомерно отождествлять с депрессией как достаточно очерченным психическим расстройством.

Нередко в подобных случаях абсолютно неверно говорить о нарушениях адаптации вообще, а тем более — связанных с наличием психического расстройства. Подобные суициды, по-видимому, можно расценивать как адекватный выбор человека, находящегося в экстремальной ситуации, предполагающей только один исход. К счастью, среди всех лиц, совершивших суицидальную попытку, эти суициденты составляют ничтожно малый процент. Но это их сознательный выбор и своеобразная форма адаптации к сложившимся обстоятельствам. Эти так называемые «холодные» самоубийства, как правило, заканчиваются летальным исходом, поэтому подобные суициденты исключи-

тельно редко попадают в поле зрения врачей после совершения неудавшейся (по тем или иным причинам) суицидальной попытки.

Чаще здесь возникает вопрос о посмертной медико-психологической аутопсии, не вызывающей, впрочем, в большинстве случаев особых затруднений в понимании психологического смысла этих суицидов: отказ от жизни при невозможности ее продолжения в сложившихся обстоятельствах. Подобная мотивация суицидальных действий (психологический или личностный смысл суицида) по вполне понятным причинам сочетается с наибольшей летальностью. Сказанное выше вовсе не исключает необходимости обследования и медико-психологической помощи этим пациентам как до, так и после суицида, если они оказываются в поле зрения врачей.

Тема настоящей работы и ее объем не позволяют в достаточно полном виде обсуждать сложнейшие вопросы об эвтаназии неизлечимо больных, рассматриваемые в настоящее время как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Естественно, что упомянутые выше «холодные» суициды совершают не только неизлечимо больные люди, но и гериатрические пациенты, а также люди, находящиеся в особых (как правило, экстремальных) ситуациях, исключающих возможность продолжения жизни для них (приговор суда, реальная угроза мучительной смерти и проч.). В соответствии с существующими клинико-диагностическими критериями поведение этих лиц не может быть отнесено к какой-либо рубрике психических и поведенческих расстройств. Наличие стрессовой ситуации здесь вовсе не приводит к появлению клинически значимых признаков болезни (психического расстройства, по современной терминологии). Как отмечалось выше, число этих суицидентов относительно невелико. В медицинской

практике чаще всего речь идет о лицах, сознательно желающих прекратить жизнь вследствие выраженных страданий и отсутствия каких-либо надежд на улучшение.

В плане своеобразной иллюстрации сказанного выше весьма показательными являются обстоятельства последних лет жизни и смерти одного из самых известных людей XX в. — Зигмунда Фрейда.

Как известно, первые симптомы болезни, сопровождавшей Фрейда на протяжении последних 16 лет жизни, появились в феврале 1923 г., когда он обнаружил пятнышко крови на хлебе, который жевал. Через два дня кровотечение возобновилось, а через несколько недель он отметил, что кровавое пятно позади последнего зуба превратилось в припухлость, распространяющуюся на нёбо. Это обстоятельство заставило его обратиться к одному из ведущих отоларингологов (его старому приятелю). Специалист сказал, что это лейкоплакия, обус-

ловленная курением. Отвечая на вопрос больного о дальнейшем развитии этой опухоли, доктор бросил фразу: «Никто не может жить вечно»,— и посоветовал удалить ее, так как «это очень легкая операция».

Через несколько дней другой доктор (Дойч), посетивший Фрейда по личным делам, осмотрел по его просьбе это новообразование, узнал рак и посоветовал вырезать опухоль. Тревогу врача вызвала просьба Фрейда помочь ему «достойно покинуть этот мир», если он обречен умереть в страдании. Дойч принял эти слова за прямую угрозу самоубийства и сказал, что это обычная лейкоплакия, которую желательно удалить. Операция оказалась достаточно сложной, сопровождалась обильным кровотечением, и Фрейд смог уйти домой только на следующий день. Исследование удаленной опухоли показало, что это рак, но пациенту об этом ничего не сообщили. Это была первая из перенесенных на протяжении последующих лет 33 операций.

Уже после первой операции возникли осложнения, вызвавшие определенные неудобства для пациента: произошло настолько значительное стягивание тканей, что это сильно сократило ротовое отверстие и причиняло большие неудобства при приеме пищи. В дальнейшем было проведено несколько сеансов облучения (в том числе и радием в капсулах), сопровождавшихся выраженным токсическим эффектом. Даже спустя четыре месяца после этого он писал, что не было ни одного часа, чтобы он не чувствовал боли. После первой операции, несмотря на очевидность гистологического заключения, ни хирурги, ни его друзья и соратники не решились сказать больному правду. Когда спустя много лет, уже в Лондоне, Фрейд узнал это обстоятельство, он возмущенно спросил только: «По какому праву?»

Уже в начале октября 1923 г. была проведена радикальная операция после обнаружения злокачественной язвы на твердом нёбе, поразившей также соседние ткани, включая нижнюю челюсть и щеку. Операция проходила в два этапа с недельным перерывом. Первая операция — перевязка наружной сонной артерии и удаление подчелюстных желез, во время второй удалили верхнюю челюсть и нёбо на поврежденной стороне, что соединило в одно целое носовую и ротовую полости и потребовало изготовления специального протеза. Операции проходили под местной анестезией. После второй операции Фрейд в течение нескольких дней не мог говорить и его кормление осуществлялось через зонд. Правая щека оставалась парализованной, на ночь ему делали инъекцию морфия для сна, а в середине ночи сестра повторяла укол.

Для отделения рта от носовой полости был изготовлен протез, причинявший больному на протяжении всех последующих 16 лет

исключительные неудобства. Чтобы выполнять свои функции, протез должен был входить плотно. Однако чем плотнее он подгонялся, тем больше раздражались окружающие ткани. Когда боль становилась нетерпимой, протез приходилось снимать, но облученные ткани быстро стягивались, что крайне затрудняло постановку протеза на прежнее место. Он

посещал кабинет оперировавшего его доктора Пихлера, где подгоняли протез так, чтобы он плотно закрывал отверстие. Иногда конструкцию так заклинивало, что, когда Фрейд хотел закурить сигару, приходилось прибегать к помощи бельевой прищепки, чтобы развести челюсти. Из-за разрезанной губы его голос стал хриплым, носовым, и Фрейд очень хорошо понимал, как это оценивают его пациенты. Прием пищи становился мучением, и Фрейд не любил есть в компании.

Уже в ноябре доктор Пихлер при очередном осмотре пациента, заметил пятно на мягком нёбе. Биопсия показала, что это раковая ткань. Хирург, объясняя это, сказал, что он хотел сделать рану поменьше, но теперь он должен удалить большую часть правого мягкого нёба пациента. 12 ноября доктор сделал очередную операцию, сопровождавшуюся обильным кровотечением и тяжелыми послеоперационными осложнениями. 17 ноября — новая операция, к сожалению, не облегчившая страдания больного и не остановившая страшную болезнь. В дальнейшем Фрейд вынужден перенести еще тридцать операций различной степени сложности. Все это сопровождалось почти ежедневными визитами к врачу и постоянными попытками улучшить протез. Через некоторое время он перестал считать число операций, электроприжиганий и сеансов рентгеновского облучения.

В 30-х гг. к страданиям, связанным с болезнью, присоединились и переживания, обусловленные как потерями близких (в том числе смерть друга и ближайшего соратника Абрахама от рака), так и создавшейся общественно-политической ситуацией (аншлюс Австрии, угроза репрессий, вынужденная эмиграция и проч.). Во время одной из многочисленных операций был поврежден слуховой нерв, и Фрейд стал плохо слышать, что особенно тяжело переживалось творцом психоанализа. Но на протяжении всего периода болезни он обнаруживал адекватное отношение к происходящему.

В одном из своих писем конца 20-х гг. Фрейд писал: «Количество различных моих телесных недугов заставляет меня интересоваться, сколь долго еще смогу я продолжать свою профессиональную работу, особенно с тех пор, как отказ от сладостной привычки курить вызвал у меня в результате значительное снижение интеллектуальных интересов. Все это нависает грозной тенью над ближайшим будущим. Един-

ственное, чего я действительно страшусь,— это длительной инвалидности без возможности работать, или, выражая то же самое более ясно, без возможности зарабатывать... Вы поймете, что при таком сочетании — угроза неспособности работать в связи с ухудшенными речью и слухом и с интеллектуальным ослаблением — меня не может серьезно огорчать работа моего сердца, особенно потому, что болезнь сердца открывает перспективу не слишком долгой задержки и не слишком жалкого исхода... Естественно, я знаю, что неопределенность диагноза в подобных случаях имеет в себе две стороны, что это может быть лишь преходящее предупреждение, что катаральное воспаление может пройти, и так далее. Но почему все должно совершаться так приятно в возрасте 70 лет?.. Не примите это ошибочно за то, что я нахожусь в состоянии депрессии. Я считаю победой сохранение ясного суждения во всех обстоятельствах в противовес бедному Абрахаму, который позволил себе обманываться эйфорией. Я также знаю, что, если бы не беспокойство по поводу возможной неспособности работать, я считал бы себя человеком, которому следует завидовать. Дожить до таких лет, находить столь много теплой любви в своей семье, среди друзей, иметь столь значительное ожидание успеха в таком рискованном предприятии, если не сам успех. Кто еще достиг столь многого?»

По рекомендации Мари Бонапарт в 1929 г. домашним врачом Фрейда стал специалист по внутренним болезням (обученный также и психоанализу) Макс Шур. Во время их первой беседы пациент поставил важнейшим условием их общения то, что доктор никогда не должен скрывать от него правду, какой бы печальной она ни была. Фрейд добавил: «Я могу выдержать очень много боли и ненавижу обезболивающие средства, но я надеюсь, что вы не заставите меня страдать напрасно». Шур оставался лечащим врачом Фрейда на протяжении последующих 10 лет, вплоть до самой смерти пациента. Этот врач и дочь

Анна остались основными людьми, вынесшими все бремя ухода за больным и пытавшимися, насколько это возможно, облегчить его страдания.

Как писал один из его друзей и ближайших сотрудников Эрнест Джонс, Фрейд был «образцовым пациентом», сердечно признательным за любое облегчение и на протяжении всех лет абсолютно не высказывавшим каких-либо жалоб. Он никогда не проявлял признаков раздражения или нетерпимости, какой бы ни была боль, никогда не жаловался на то, что ему приходилось терпеть. Его любимым выражением было: «Бесполезно ссориться с судьбой». Никогда не нарушалась его любезная вежливость, внимание и благодарность по отношению к своему врачу.

После переезда в Лондон летом 1938 г., спустя несколько месяцев, Фрейду вновь пришлось перенести еще одну операцию. В одном из своих писем после этого он писал, что это была самая тяжелая операция после радикальной первоначальной операции 1923 г., что он все еще чувствует себя смертельно слабым и усталым и ему трудно писать и говорить.

В последний год его жизни многие из его друзей и соратников старались не смотреть на страдания их учителя и друга. Стоически выдерживали все происходящее только доктор Шур и дочь Анна, самоотверженно ухаживающие за умирающим в муках Фрейдом. Мучительные боли, не стихающие ни днем, ни ночью, не давали уснуть и полностью лишали какой-либо возможности работать. Анна была вынуждена вставать каждую ночь по нескольку раз, чтобы опрыскивать полость рта обезболивающими препаратами. Опухоль окончательно была признана неоперабельной. Все лицо больного покрывали многочисленные рубцы от разрезов, часть из которых оставляли постоянно открытыми, чтобы обеспечить доступ к разлагающейся опухоли. Сетка, закрепленная на щеке, прикрывала незаживающие разрезы от мух. Отвратительный запах шел от ран. Запах был настолько силен, что, когда к нему принесли его любимую чау, собака отбежала от хозяина в дальний конец комнаты. Услышав о начале войны, Фрейд заметил: «Так или иначе, это моя последняя война».

При всей мучительности своей агонии Фрейд никогда не проявлял ни малейшего признака нетерпения или раздражительности. Еще за три дня до смерти он пытался читать «Шагреневую кожу» Бальзака и заметил: «Эта книга как раз для меня. В ней речь идет о голодной смерти». До самой своей смерти он узнавал окружающих, и все его поведение свидетельствовало о четком осознании происходящего и принятии своей дальнейшей судьбы.

21 сентября 1939 г. Фрейд сказал своему лечащему врачу: «Мой дорогой Шур, вы помните нашу первую беседу. Вы обещали мне не оставить меня, когда придет мое время. Теперь все это лишь пытка и больше не имеет смысла». Шур пообещал, что даст ему седативное средство. Поблагодарив, Фрейд через некоторое время добавил: «Поговорите с Анной и, если она не возражает, покончите с этим делом». Его просьба была исполнена. На следующее утро Шур сделал первую подкожную инъекцию двух сантиграммов морфия, а через 12 часов повторил укол. Этой минимальной дозы наркотика оказалось достаточно для истощенного организма больного. По словам врача, «он вошел в состояние комы и больше не проснулся». Как пишет Пол Феррис (2001), фактически это была эвтаназия, и перед тем как пи-

сать отчет об этом эпизоде, Шур посоветовался с юристом. Смерть наступила в 3 часа утра 23 сентября. Как отметил Эрнест Джонс, «страдания кончились. Фрейд умер, как и жил, реалистом».

Приведенная выше история жизни последних лет и смерти (точнее, мучительного умирания при полном осознании отсутствия надежд на улучшение состояния и тем более выздоровление) — это вовсе не аргумент в вопросе об эвтаназии. Автор не ставил свой

задачей обсуждение сложнейших медицинских, юридических и морально-этических аспектов этой проблемы. Цели автора лежат в плоскости суицидологии. Хорошо известные обстоятельства смерти Фрейда — пример так называемого реалистического суицида человека, находящегося в ситуации, адекватным выходом из которой становится его добровольная смерть. Мы можем сочувствовать выпавшим на его долю страданиям. Вместе с тем следует признать, что в сложившейся ситуации эта смерть действительно выступает как наиболее адекватная форма адаптации. Для понимания этой смерти как формы адаптации и были в достаточно развернутой форме приведены многочисленные симптомы болезни Фрейда, ставшие на протяжении последних лет определяющим фактором его жизни.

Таким образом, в данном случае желание уйти из жизни у неизлечимо больного и испытывающего мучения пациента не свидетельствует о расстройстве адаптации в клиническом значении этого слова, включающем различные формы эмоциональных и поведенческих нарушений. Несмотря на несомненное наличие здесь более чем выраженного стрессового фактора, затрагивающего как самого больного, так и его микросоциальное окружение. Выраженность физических и душевных страданий пациента в данном случае не приводит к качественному сдвигу психического функционирования. Вместе с тем здесь вряд ли можно говорить о полном психическом здоровье (по крайней мере, в соответствии с определением ВОЗ). С другой стороны, состояние пациента не может быть расценено и как одна из клинически определенных форм психических и поведенческих расстройств в соответствии с существующей в настоящее время их систематикой (МКБ-10). Это скорее «стресс, нигде более не классифицируемый».

При оценке суицидов, совершаемых вне рамок психических расстройств, упомянутая выше диагностика, по нашим наблюдениям, почти не встречается. Объяснение этому автор видит прежде всего в высокой летальности этих «холодных» самоубийств «отрицательного баланса», а для посмертной аутопсии специалисты-суицидологи привлекаются исключительно редко. Однако не меньшее значение имеет и своеобразная нозоцентрическая установка врача, дающего оценку

случившегося. Априорная установка на те или иные формы психической патологии приводит к тому, что так называемые суициды практически здоровых всегда рассматриваются в рамках «малой» психиатрии только как острые реакции на стресс или расстройства адаптации.

Автор настоящей работы считает, что подобное рассмотрение суицидов психически здоровых лиц или имеющих пограничную патологию в абсолютном большинстве случаев целесообразно. Однако вряд ли оправдано понимание всех суицидов как форм нарушения адаптации в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Исходя из такой постановки вопроса, следует специально подчеркнуть, что сам по себе суицид принципиально может быть одной из форм адаптации, не связанной с психической патологией. Однако подобные суициды — исключительно редкое явление в клинической практике. По-видимому, вне больниц, в повседневной жизни их несколько больше.

В клинической практике врачи чаще всего сталкиваются именно с патологическими формами острых стрессовых или адаптационных реакций. Одним из выраженных стрессогенных факторов может выступать сама диагностика и в дальнейшем наличие тяжелой соматической болезни. Однако тяжелая, особенно прогностически неблагоприятная, соматическая болезнь — это в первую очередь выраженный психогенный фактор (так называемый нозогенный компонент воздействия). Поэтому уже при первых сообщениях о характере болезни возможны острые психогенные реакции с нарушением эмоций и поведения, с неприятием болезни, истерическими и депрессивными реакциями (фаза бунта), в рамках которых возможны и суицидальные проявления.

По материалам хосписной службы, у лиц, находящихся в последней стадии заведомо некурабельной болезни, суициды — относительно редкое явление (по крайней мере, по

сравнению с частотой самоубийств в процессе постановки и уточнения диагноза и соответствующей неопределенности прогноза во многих случаях онкологического заболевания). Понятно, что неопределенность прогноза — это выраженный психогенный фактор, суицидогенное значение которого, при соответствующем сочетании других моментов (особенности личности, психофизиологическое состояние в тот период и проч.), может быть не меньшим, чем достаточно ясное представление о дальнейшей динамике болевого синдрома и умирания в течение ближайшего года или нескольких месяцев. По мере прогрессирования болезни ее нозогенное влияние существенно снижается, хотя расстройства адаптации встречаются и здесь, в том числе и по типу пролонгированной депрессивной реакции с теми или иными суицидальными феноменами. Однако

взаимодействие депрессивных расстройств и суицида — сложный вопрос, требующий специального рассмотрения (этому будет посвящена отдельная глава монографии).

Как уже писалось выше, нозогенное (в контексте настоящей работы — суицидогенное) влияние характерно не только для онкологических заболеваний, но и для соматических расстройств самого широкого спектра. По-видимому, не имеет смысла обсуждение вопроса о выраженном психогенном влиянии тяжелых инвалидизирующих заболеваний, травм и других расстройств, обусловливающих в соответствии с системой ценностных ориентации личности действительный или мнимый ее крах. Начиная с первых суицидологических работ XIX в. и до настоящего времени известны самоубийства молодых женщин при неизгладимом обезображивании лица тем или иным воздействием. В то же время можно отметить относительную редкость подобной «суицидо-гении» у мужчин.

В качестве примера нозогенного влияния диагностируемой болезни, обусловливающего покушение на самоубийство, можно привести совершенный двадцатилетней девушкой достаточно тяжелый суицид после подтверждения специалистами диагноза эпилепсии.

Каких-либо выраженных особенностей развития, тяжелых соматических заболеваний в детстве у пациентки не отмечалось. Первые годы своей жизни она жила с родителями в деревне, там же закончила школу. Училась очень хорошо, участвовала в самодеятельности, занималась спортом. Считалась «первой невестой» среди девушек близлежащих деревень. Ходила на дискотеки, принимала активное участие в их организации. Однако среди местных ребят пары себе не видела: «все пили». После окончания школы уехала в другой район, где поступила в сельскохозяйственный техникум. Училась хорошо. В техникуме встретила несколько «серьезных» ребят, отслуживших в армии и желающих приобрести профессию, завести семью, нормально жить и работать.

Однако вскоре после поступления в техникум во время краткой поездки домой у девушки неожиданно (после участия в свадьбе брата) развился судорожный припадок. Со слов матери, при первом припадке никто не присутствовал, но ее нашли лежащей без сознания. Сама она ничего о припадке не помнила («неожиданно стало как-то жарко, а потом отключилась, хотя почти ничего не пила»). Родители и сама девушка посчитали случившееся обмороком или даже сотрясением мозга в результате случайного падения. Тем более что в дальнейшем, на протяжении года, она чувствовала себя хорошо, училась, начала встречаться с одним из «серьезных» парней. Съездили к его родителям,

встреча закончилась «взаимным удовлетворением сторон». С молодым человеком шел разговор о свадьбе («после окончания учебного года, перед поездкой на практику»). Однако спустя полтора года после первого «падения» дома развивается большой судорожный припадок, свидетелем которого уже были родители. («Вскрикнула, а потом упала в судорогах», «помню только, что стало как-то тепло в груди, а потом отключилась, очнулась с сильной головной болью».)

Под предлогом необходимости поездки к заболевшей тете была привезена родителями в Ленинград, где проходила обследование в одном из медицинских учреждений. Был установлен диагноз эпилепсии, назначено лечение, даны рекомендации, включая необходимость повторного обследования и решения вопроса о возможном нейрохирургическом вмешательстве. Родители восприняли диагноз и необходимость лечения достаточно адекватно, активно интересовались и характером терапии, и возможным прогнозом операции.

Однако девушку с момента подтверждения диагноза «как подменили». «Думали, что через какое-то время поймет и начнет привыкать, тем более что все врачи говорили о том, что ее припадки очень редкие и могут даже просто на таблетках пройти, это подтверждали и больные». Несмотря на отсутствие припадков на протяжении полугода, настроение становилось все хуже и хуже, ни о чем другом не могла думать. Отложила свадьбу под каким-то предлогом, стала меньше общаться с женихом, «даже на свиданиях с ним и на занятиях думала только о том, что может снова развиться припадок».

Тайно от подруг по комнате принимала лекарства, перестала ходить на дискотеки и разного рода встречи, прекратила занятия спортом. Начала покупать и читать книги по медицине, много думала о том, что «эта болезнь хроническая и лечение не всегда успешное». Однако поведение в целом было упорядоченным, ходила на занятия, ездила домой, общалась с родственниками и знакомыми, активно помогала старушке, у которой она жила вместе с подругами. Вместе с тем чувствовала, что «все перестало радовать, не хотела никого видеть, на свиданиях с парнем тоже почти ничего не чувствовала, куда-то пропали мысли о будущей совместной жизни, но все это совсем не огорчало». Временами настроение улучшалось, но мысли все равно вращались вокруг того, что у нее эпилепсия и в любой момент может развиться припадок. Периодически возникало желание поговорить с кем-то об имеющейся у нее болезни. «Даже во время занятий эти мысли приходили, но сдерживала себя». Дважды ездила в Ленинград, чтобы «поговорить и посоветоваться» с консультировавшим ее ранее врачом. На протяжении четырех месяцев каких-либо судорожных явлений не отме-

чалось, но периодически болела голова. Девушка связывала это с действием противосудорожных препаратов.

Поездки и общение с врачами, отсутствие припадков и хорошее самочувствие в целом, успешная учеба, встречи с родными, подругами и женихом не привели к прекращению постоянных мыслей о наличии у нее хронической болезни и возможности новых припадков. «Даже если сама переставала об этом думать и чем-то отвлекалась, мысли сами приходили в голову, и избавиться от них уже было невозможно, как ни пыталась бороться. Иногда возникало чувство, что схожу с ума, а потом снова могла думать о чем-то другом. Но все же чаще всего думала о болезни». Когда к размышлениям о наличии эпилепсии начали присоединяться и картинки-воспоминания, увиденные в каком-то медицинском учебнике и изображающие различного рода припадки и их стадии, неожиданно возникла мысль о возможности прекращения «будущих припадков и самой болезни» путем самоубийства. Однако на протяжении двух-трех недель при появлении этих мыслей сразу же возникало «чувство жалости» к родителям, жениху и самой себе, и уходить из жизни «уже не хотела». Но, проснувшись однажды рано утром, приняла окончательное решение о самоубийстве, так как чувствовала себя плохо и болела голова. Сославшись на болезнь и дождавшись ухода подруг на занятия, девушка написала предсмертную записку, в которой просила прощения за самоубийство у родителей и жениха, и приняла несколько упаковок антиконвульсантов и феназепама.

К счастью, была очень рано обнаружена хозяйкой дома, в котором они жили. Последняя вызвала живущую недалеко медсестру, сумевшую промыть желудок самоубийце и организовать ее госпитализацию. После кратковременного пребывания в реанимации

была переведена в психиатрическую больницу. Как было указано в направлении, «не отрицает попытку самоубийства, но ничего не говорит о причинах этого и не обнаруживает раскаяния».

В психиатрическом отделении в первые дни вела себя упорядочение, ела, избирательно контактировала с больными и медперсоналом и сразу же обнаружила «раскаяние», носящее, впрочем, чисто формальный характер. Ничего не говорила о причинах случившегося. «Раньше хотела умереть, сейчас не хочу, о причинах самоубийства говорить не буду». Отчетливые психопатологические или соматовеге-тативные признаки депрессивного состояния не улавливались. Отмечались только трудности засыпания и раннее пробуждение. Не сообщала и о наличии в анамнезе судорожных припадков.

Состояние резко изменилось спустя несколько дней, сразу после того, как родители сообщили о наличии у нее эпилепсии. При вопро-

сах об этом неожиданно начала плакать, заламывала руки, кричала, что ей ничто не поможет. Просила не спрашивать об этом, так как «в груди и в горле появляется комок и не могу дышать». Однако уже на следующий день контактировала с врачом и начала рассказывать о болезни, припадках и динамике ее переживаний, возникших после диагностики эпилепсии, появлении и развитии суицидальных тенденций. Отрицала желание умереть «после того, как откачали», но здесь же спрашивала, как жить дальше, если у нее «такая болезнь».

Наряду с идеями самообвинения, связанными с суицидальной попыткой («сколько горя принесла родителям»), неожиданно начала обвинять себя в том, что вообще была груба и с родителями, и с другими людьми. Последнее, *со* слов всех знавших ее, полностью не соответствовало действительности. Отрицала желание умереть, но говорила, что и сейчас на душе очень тяжело. Спустя короткое время рассказала о том, что и в отделении бывают навязчивые мысли о ее болезни и припадках, хотя последний месяц перед больницей «ко всему стала какая-то равнодушная, кроме мыслей об эпилепсии». На слова врача о наличии этой болезни у некоторых великих людей бросила: «Я не Цезарь и не Достоевский», — и заплакала.

Состояние начало существенно улучшаться после назначения антидепрессанта. Уже через неделю стала отмечать, что «на душе легче». Улучшение связывала с тем, что она очень часто говорит о своей болезни, а «после того как выговорюсь, становится уже не так обидно и тоскливо». Постепенно стала говорить о совершенной ею суицидальной попытке. Вначале высказывала сожаление, что этим она причинила боль близким людям, а затем что вообще хотела умереть, «хотя неизвестно, как дальше будет протекать болезнь, из всех книг запоминалось только самое плохое, и потом вообще все видела только в черном свете». С ее слов, сразу после постановки диагноза никаких мыслей о возможности самоубийства не появлялось, просто было чувство бессилия и обиды. Хотелось, чтобы кто-то пожалел и успокоил («раньше никогда не любила, чтобы меня жалели»), но ни с кем, кроме родителей, говорить об этом не могла, а они жили отдельно. Временами чувствовала слабость, стала плохо спать, но заставляла себя больше обычного что-то делать и даже подругам не показывала, что плохо спала. А потом наступила апатия и «какое-то равнодушие ко всему, но мысли о болезни все равно никуда не уходили, и ничего с ними уже сделать не могла».

О совершенном ею суициде говорила, что несколько недель мысль о том, как жить дальше, и о возможности самоубийства всегда заканчивалась «чувством жалости», в результате которого четкого намере-

ния умереть никогда не возникало и конкретный способ ухода из жизни никогда не обдумывался. «Пока однажды утром на глаза не попались мои лекарства, которые сама с вечера сложила все вместе». Сама начала приводить аргументы в пользу продолжения жизни даже при наличии припадков в дальнейшем, вспомнила о том, что знает женщину,

у которой «и припадки, и дети, и муж, и работа».

Таким образом, в данном случае можно говорить о развернутом варианте формирования суицидального замысла. Здесь понимание причин развития суицида, особенностей состояния самоубийцы в пре-и постсуицидальном периодах невозможно без оценки детерминирующих факторов этого покушения. И психотерапевтическая работа в отделении, и мероприятия по профилактике повторного суицида у данной пациентки не могут строиться без учета этих факторов. Тем более что психотравмирующая ситуация после суицида вовсе не исчезает, а только приобретает новые нюансы: к диагностированной эпилепсии возможно присоединение и переживаний, связанных с совершенным покушением на самоубийство, и пребывание в «сумасшедшем доме». Речь идет и о возможном возобновлении судорожных припадков, и о связанных *со всем* случившемся изменением негласного статуса «первой невесты», а также необходимостью определенной смены как привычного образа жизни, так и ценностных ориентации.

Любого рода анализ этого суицида не может не принимать во внимание безусловное наличие сильного стрессового события и соответствующего изменения жизни человека, связанного с необходимостью приспособления к новым жизненным обстоятельствам. Хотя сама по себе диагностированная болезнь (эпилепсия), особенно проявляющаяся очень редкими припадками, как у анализируемой больной, сплошь и рядом не вызывает столь выраженной и неадекватной реакции. Но оценка стрессогенного воздействия того или иного явления определяется «призмой индивидуального видения». Как бы то ни было, но здесь эта «призма» привела к тому, что болезнь обнаружила себя только в плане ее нозогенного (психогенного) воздействия на человека. Пси-хотравмирующий фактор (а таковым здесь является диагностируемая болезнь) выступает в данном случае как решающее звено формирования суицидальных феноменов.

Психофизиологические особенности личности или состояния пациентки в пресуицидальном периоде не могут здесь выступать как сколько-нибудь значимый фактор. Другое дело — ее личностные установки и ориентации, определяющиеся особенностями этнокультураль-ной среды и конкретными условиями воспитания. Последние и определили ту самую «призму индивидуального видения», которая обус-

ловливает отмечавшееся здесь расстройство адаптации. В данном случае речь идет об остром стрессовом событии, которое становится существенным фактором дальнейшей жизни, требующим безусловного приспособления к появившимся обстоятельствам. Однако это приспособление возможно только в условиях открытия тайны ее болезни жениху и окружающим, что противоречит имеющимся установкам и ее самооценке. Здесь необходима как своеобразная социально-ролевая адаптация, так и внутреннее, интрапсихическое, отреагирование возникшего горя.

Отсутствие в данном случае острой реакции на стресс, по-видимому, и послужило одним из моментов формирования эмоционально-смыслового комплекса, приобретающего в дальнейшем форму сверхценного образования. Однако до определенного времени характер реагирования на болезнь не выходит за пределы психологически понятной реакции в конкретной этнокультуральной среде. И только спустя определенный промежуток времени переживание горя и соответствующая пессимистическая оценка случившегося начинают менять психофизиологическое функционирование мозга, и возникают формы реагирования, которые могут быть отнесены к разряду психических и поведенческих расстройств. Указать точное время появления психической патологии здесь невозможно. Переход от душевной боли к душевной болезни практически незаметен.

Однако при применении для суицидологической оценки случившегося критериев многоосевой диагностики обнаруживается достаточно хорошая социальная и профессиональная адаптация пациентки на протяжении последнего года и даже месяцев, прошедших со времени официального подтверждения диагноза. Более или менее

отчетливая патология (скорее невротического круга) формируется постепенно на протяжении нескольких месяцев перед суицидом. Некоторые ограничения (типа прекращения занятий спортом или посещения дискотек) или изменения общего эмоционального тона, как объяснила сама девушка, вполне логичны в плане готовящегося вступления в брак, в связи с подтвержденной специалистами болезнью и связанными с этим переживаниями. Однако можно говорить и о постепенном формировании вначале астеноневротической симптоматики (навязчивые явления, бессонница, головные боли), а затем и невыраженных признаков отставленной реактивной депрессии (пессимистическая оценка настоящего и будущего, «все перестает радовать», раннее пробуждение, суицидальные мысли).

В целом, относительная успешность ее социального функционирования сохраняется до самого суицида. Некоторые изменения поведе-

ния определяются реальными жизненными обстоятельствами, а не нарушениями психического функционирования. Поэтому психические расстройства в непосредственном пресуицидальном периоде обнаруживают себя только в сфере переживаний. К сожалению, как это происходит очень часто в случаях суицидов, оценка по так называемой 5-й шкале, рассматривающей уровень социальной адаптации, ее успешность, возможна только в рамках ретроспективного анализа. Однако и при подобном подходе этот анализ — несомненное подспорье в суицидологической диагностике. Рассмотрение уровня социальной адаптации, глобальная оценка успешности деятельности (от социального до интрапсихического функционирования) облегчают дифференциальную диагностику патологических и непатологических форм реагирования на тот или иной суицидогенный фактор (в конкретном случае это нозогенное влияние болезни).

Разграничение ситуационной реакции, остающейся в пределах психического здоровья, и психического расстройства по типу отставленной реактивной депрессии прежде всего необходимо с точки зрения терапии. Здесь с достаточной долей определенности можно говорить о наличии непосредственно перед суицидом депрессивного состояния, клиническая картина которого, как это бывает нередко при реактивных депрессиях, носит стертый характер. Однако и раннее пробуждение, и выраженные суицидальные тенденции, и даже отдельные истерические проявления говорят в пользу этого диагноза. Об этом же свидетельствует и характер реагирования пациентки на слова, связанные с психотравмирующей ситуацией, и факт хорошего терапевтического эффекта назначенного в данном случае антидепрессанта, и влияние психотерапии на болезнь.

В данном случае целям дифференциальной диагностики может служить и оценка уровня социальной адаптации в пресуицидальном периоде. В соответствии с приведенной выше расшифровкой 5-й оси многоосевой диагностики у анализируемой больной можно констатировать следующую динамику глобальной оценки по шкале успешности. Вначале возникают легкие и умеренные нарушения: некоторое снижение настроения, бессонница, уплощение аффекта, оцениваемые по этой шкале от 70 до 51 балла (баллы являются одновременно соответствующим кодом оценки). Затем появляются четкие навязчивые суицидальные мысли, усиливается расстройство сна (код 50-41). И наконец, наступает тяжелое покушение на самоубийство, резко меняющее характер ее социальной адаптации в связи с угрожающей опасностью для себя — крайняя степень дезадаптации (код 10-1).

Сохраняющееся в условиях психиатрического отделения на протяжении определенного времени состояние больной по-прежнему отражается и на характере ее адаптации, но уже к условиям больницы и возникшей после суицида ситуации. Об этом свидетельствуют такие особенности клинической картины, как некритическое отношение к суициду, идеи самообвинения и чувство бесперспективности дальнейшей жизни, раннее пробуждение, отдельные истерические проявления при напоминании о психотравмирующем факторе. Таким образом, и сам суицид, и отношение к нему после случившегося — это в данном

случае эпизод отставленной реактивной депрессии. Психологическим смыслом анализируемого суицида является отказ от жизни: до поступления в больницу не было отмечено каких-либо «призывов, крика о помощи». Это подтверждают обстоятельства совершения суицидальной попытки, предсмертная записка, тяжесть избираемого способа самоубийства (заведомо смертельная доза лекарств). Хотя окончательное решение покончить с собой принимается достаточно быстро, вряд ли этот суицид может быть охарактеризован как «молниеносный». Самоубийца проходит практически все стадии развития суицидальных тенденций: от аргументов за и против суицида до принятия решения и вполне целесообразных действий с точки зрения успешности задуманного ухода из жизни.

Интересно, что уже после суицида у больной обнаруживаются отдельные невыраженные истерические проявления, но это скорее только кратковременные истерические компоненты, а не истеродепрессив-ный вариант психогенной депрессии. Но, по нашему мнению, как раз наличие истерических проявлений (особенно при их провокации словами, связанными с психотравмирующей ситуацией) и говорит о реактивной депрессии, развивающейся по типу отставленной психогении. В роли последней здесь выступают соматическая болезнь и ее нозогенное воздействие на личность.

В целом, приведенный выше суицид может служить достаточной иллюстрацией необходимости всесторонней оценки как самого покушения на самоубийство, так и всех связанных с этим обстоятельств, включая диагностику состояния как в пре-, так и в послесуицидальном периодах. Если узкий суицидологический анализ направлен на оценку факторов, обусловливающих возникновение суицида, и на выяснение характера отношения к совершенной попытке самоубийства, то целостный подход к суициденту не может не включать чисто клиническую оценку всех анализируемых явлений. Подобный подход, безусловно, служит целям взаимного обогащения как суицидологического, так и клинического анализа. Естественно, что это «обогащение» имеет сво-

ей целью медикаментозное лечение (там, где это необходимо), психотерапевтическую работу с суицидентом и организацию мероприятий по профилактике повторных суицидов. Как и другие проанализированные в настоящей главе суициды, рассмотренное выше покушение на самоубийство девушки, отреагировавшей таким образом на установление диагноза эпилепсии, показывает недостаточность для клинико-социальной работы с суицидентом применяемых в настоящее время диагнозов: ситуационная или реакция адаптации. И даже уточнение, в соответствии с МКБ-10, клинической формы этих реакций не отражает множество факторов, обусловивших настоящий суицид и выступающих в качестве предикторов возможного повторения суицидальной попытки. Учет всех обстоятельств случившегося, в том числе и субъективной стороны суицидального поведения, может существенно облегчить как оценку самого суицида, так и диагностику психического расстройства в целом.

Глава 7
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (ДЕПРЕССИИ)

Не вызывает сомнений, что можно говорить о снижении настроения у абсолютного большинства лиц с теми или иными суицидальными феноменами. В этих случаях часто употребляют термин «депрессивное настроение». Однако есть существенная разница между снижением настроения (депрессией в общежитейском смысле слова), депрессивной симптоматикой в рамках самых различных психических расстройств и депрессивным состоянием как клинически очерченным видом психической патологии. Поэтому приводимые ниже цифры по соотношению суицидов и депрессии в какой-то мере всегда условны, если нет указаний на характер конкретного депрессивного расстройства. Так, по

данным Американской суицидологической ассоциации, две трети суицидентов находятся в состоянии депрессии. В известном американском руководстве по психиатрии Каплана и Сэдока (1994) отмечается, что больные с депрессивными расстройствами составляют 80 % от всей массы психически больных, совершивших суицидальную попытку (а психические расстройства диагностируются у 95 % всех суицидентов).

В монографии «Принципы и практика психофармакотерапии» (Яни-чак Ф., Дэвис Д., Прескорн Ш., Айд Ф. М., 1999), в разделе, посвященном проблеме суицидов, подчеркивается, что депрессивные расстройства являются одной из серьезнейших проблем здравоохранения, поскольку оказываются причиной 70 % всех совершенных самоубийств, и что вследствие самоубийств уровень смертности среди больных депрессивными расстройствами составляет 15 %. Эти авторы отмечают также случаи, когда среди факторов риска, связанных с психическими расстройствами, наиболее часто с суицидальным поведением ассоциируются такие основные виды психической патологии, как депрессивное расстройство, биполярное расстройство, шизофрения и злоупотребление психоактивными веществами.

По различным данным, частота диагностики депрессии у лиц, обнаруживших те или иные суицидальные феномены, колеблется от 10 до 90 %. Эти цифры относятся как к лицам, покончившим с собой, так

и к совершившим суицидальные попытки. Можно с уверенностью сказать, что речь идет о наиболее частом диагнозе при оценке суицидального поведения. Однако все исследователи проблемы соотношения депрессии и суицида, отмечавшие приведенный выше исключительно большой разброс диагностики в подобных случаях, подчеркивают существенное различие понятия «депрессивное расстройство» у различных авторов. Даже использование для диагностики депрессии достаточно четких критериев (включая временные рамки и определенные психопатологические признаки) не может полностью исключить возможность диагностических расхождений, в какой-то мере связанных с известным субъективизмом тех или иных оценок отдельных симптомов депрессивного расстройства. Поэтому и применение критериев МКБ-10 не снимает определенных расхождений понимания самого термина «депрессия».

Однако можно с уверенностью утверждать, что именно депрессии, при всей неоднозначности этого термина и нередких расхождениях в оценке этого расстройства, дают наибольшую частоту суицидального риска (число суицидальных проявлений относительно общего числа больных с той или иной формой психических и поведенческих расстройств). Автор первой отечественной монографии о самоубийстве назвал депрессию «хроническим расположением к самоубийству» (Ольхин П. М., 1859).

Согласно данным Американской суицидологической ассоциации, один из одиннадцати больных с депрессивным расстройством умрет через суицид. В среднем риск самоубийства среди людей в депрессии в 20 раз выше, чем в общей популяции населения. Среди больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере, суицидальный риск в среднем в 35 раз выше, чем в общей популяции, но при реактивной депрессии он выше в 100 раз, при маниакально-депрессивном психозе — в 48. Этот же показатель при шизофрении равен 32 (Амбру-мова А. Г., 1980).

Отмеченная выше исключительно высокая суицидогенность депрессивных расстройств диктует необходимость решения важнейшего для дальнейшей судьбы больного вопроса, связанного с оценкой суицидального риска. Она должна быть произведена еще до начала какой-либо терапии, так как именно с ней связано проведение определенных организационных мероприятий (в том числе решение вопроса о необходимости госпитализации). Если учесть, что большая часть депрессивных расстройств (включая и сопровождающиеся суицидальными феноменами) относится к разряду излечимых заболеваний, то ясно, что своевременное распознавание как депрессии, так и суици-

дальных тенденций — это важнейший фактор предотвращения трагического исхода.
Следовательно, возникает необходимость рассмотрения всей совокупности явлений, обусловливающих суицидальное поведение больных с депрессивными расстройствами. Среди этих явлений в качестве суицидальных (естественно, и антисуицидальных) факторов выступают как духовно-личностные, так и социально-средовые и клинические феномены. Анализ всего этого ряда факторов не может проходить вне уже упоминаемых выше принципов многоосевой диагностики. При этом участие того или иного компонента анализа будет проходить под знаком наличия депрессивного состояния (1-я ось многоосевой диагностической системы).
Характер депрессивного состояния (глубина депрессии, наличие и выраженность той или иной симптоматики и другие моменты клиники) играет существенную роль при оценке суицидогенности любых дополнительных факторов. Влияние психосоциальных факторов в наибольшей степени обнаруживается в случае относительно неглубоких депрессий, в то время как тяжелые депрессивные эпизоды (и тем более протекающие с психотическими симптомами) практически изолированы от подобных воздействий. Даже в рамках одного и того же депрессивного приступа ситуационное влияние на возможность возникновения суицидальных феноменов существенно меняется по мере развития болезни и формирования так называемого «закрытого» синдрома, т. е. симптомокомплекса, в наибольшей степени свободного от патопластических влияний среды (в контексте сказанного выше — от психосоциальных факторов).
Роль психосоциальных факторов вовсе не сводится только к пато-пластическому влиянию на клинику, включая участие в формировании суицидальных тенденций. Эти факторы достаточно часто выявляются и как важнейший момент возникновения депрессивных состояний, выступая то как ведущее звено этиопатогенеза реактивных депрессий, то как своеобразный провоцирующий, триггерный механизм депрессивных расстройств различного генеза (в рамках так называемых эндогенных заболеваний, сосудистых, инволюционных и других форм психической патологии). Психосоциальное воздействие, выступая как стрессогенный фактор, приводит к возникновению как кратковременных (транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее по длительности 1 месяца), так и пролонгированных депрессивных реакций (продолжительность не более двух лет). Если же так называемая ранее невротическая депрессия (само название свидетельствует о существенной роли в ее генезе психосоциальных факторов) длится

более двух лет, то, в соответствии с современной систематикой психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), она диагностируется как дистимия.
Таким образом, понимание неоднородности всего диапазона депрессивных состояний (от кратковременной реакции в рамках расстройств адаптации до тяжелых меланхолических депрессий) позволяет анализировать «суицидогенность» того или иного фактора среды. Рассмотрение депрессий в рамках всего континуума форм сниженного настроения (от неквалифицируемой как психическое расстройство реакции горя до депрессий, сопровождающихся бредом и галлюцинациями) позволяет в какой-то мере понять и роль эмоционального фона в возникновении суицидальных тенденций, и обратную зависимость — «призму индивидуального видения ситуации», определяющуюся измененной эмоциональностью. Понятно, что эта «измененная эмоциональность» далеко не всегда приобретает характер клинически очерченного депрессивного расстройства. По мнению автора настоящей работы, разграничение неквалифицируемых и клинических форм сниженного настроения весьма условно и носит во многом субъективный характер.
Сказанное выше в какой-то мере может объяснить как чрезвычайно высокий разброс показателей диагностики депрессии при анализе суицидального поведения, так и весьма далекий от клинико-статисти-ческих выводов, отмечаемый некоторыми исследователями факт снижения концентрации серотонина и продуктов его обмена в веществе головного

мозга и спинномозговой жидкости у самоубийц, независимо от их клинической оценки. Если учесть, что снижение настроения обнаруживается практически при любых суицидальных феноменах и попытках самоубийства с любым личностным смыслом (призыв, протест, самонаказание, отказ от жизни и др.), то выделение строго очерченного отдельного раздела суицидологии типа «суицид и депрессия» весьма условно. Другое дело, те или иные психические и поведенческие расстройства и опасность суицида в рамках отдельных форм этой патологии.

Уже при оценке тех или иных диагностируемых состояний для суицидологического анализа важен не просто основной диагноз, но и сопутствующая психическая патология. Суицидальный риск при наличии так называемых коморбидных заболеваний существенно возрастает. Наличие алкоголизма и наркомании среди больных с различными видами депрессивных расстройств существенно увеличивает опасность возникновения суицидальных тенденций. Здесь четко прослеживается и обратная зависимость: основным видом психической патологии

у больных алкоголизмом на протяжении жизни являлись депрессивные и тревожные расстройства.

Рассмотрение отдельных депрессивных феноменов как детерминант суицидального поведения проводится в очень многих работах. A. T. Beck et al. (1963, 1973), D. Lester, A. T. Beck (1973, 1976) отмечают такой важнейший суицидогенный фактор депрессии, как чувство безнадежности («общий знаменатель депрессии и суицида»). По мнению этих авторов, безнадежность — более чувствительный показатель суицидальных намерений, нежели сама по себе депрессия. Именно вследствие переживания безнадежности депрессивные больные рассматривают суицид как единственный выход из создавшейся ситуации.

Другие авторы рассматривают такие признаки депрессии, как нарушения сна, наличие бредовых переживаний, тяжесть соматовегета-тивных и сенестопатических феноменов, выраженность тревоги и ажиа-тации, длительность депрессивного состояния и ряд других признаков, обнаруживших очень высокие корреляции с суицидальным риском (Sabo E. et al., 1991; Agargun M. et al., 1997; Brown G. K. et al., 2000; Lenze E.J. et al., 2000; Смулевич А. Б., 2001, и др.). Естественно, любого рода корреляции еще не определяют, что тот или иной фактор непосредственно становится детерминантой суицидального поведения.

Однако не вызывает сомнений, что депрессия сама по себе и констелляция самых различных психопатологических симптомов, характерных для этого расстройства, могут играть решающую роль в появлении суицидальных тенденций. Это может наблюдаться в рамках депрессивных расстройств самого различного генеза (реактивных, инволюционных, эндогенных, сосудистых, эндореактивных и проч.). Важно подчеркнуть, что сама по себе депрессия и связанное с этим состояние выступают как важнейшие суицидогенные факторы. Это может происходить и вне выраженных ситуационно- или индивидуально-личностных компонентов, формирующих в других случаях суицидальное поведение.

Чаще всего при легких и умеренных депрессивных состояниях наблюдается сочетание суицидогенных факторов, лежащих в рамках всех трех указанных выше регистров. В начальных стадиях депрессивных состояний и при их окончании, а также в рамках легких депрессий очень часто на первый план выступают ситуационные моменты. При этом даже объективно тяжелая ситуация далеко не всегда становится действительной детерминантой суицида, хотя с точки зрения ближайшего окружения суицидента не может быть никаких сомнений в причинах покушения. Здесь важно понимание того, что «призма индивидуального видения» ситуации, из которой, по мнению суицидента, нет

выхода, может в первую очередь определяться депрессивным состоянием. Своевременное распознавание и диагностика последнего нередко могут предотвратить трагический исход.

Очень часто определение долевого участия тех или иных регистров суицидогенных факторов в формировании суицида в период времени, предшествующий покушению на самоубийство, крайне затруднено. Однако это не исключает ретроспективного анализа детерминант суицидального поведения после совершенного покушения. Многочисленные показатели суицидального риска при депрессивных расстройствах отдельные исследователи сводят в таблицы и схемы, отражающие критерии возможности совершения суицида. Пожалуй, наибольшей популярностью на протяжении нескольких десятилетий пользуются таблицы Рингеля, Штенгеля и Кильхольца (1974), обладающие достаточной информативностью. Все показатели в них сведены в несколько групп, отражающих те или иные стороны суицидального риска.

Группа А. **Показатели реальной опасности суицида:**

1. Попытки самоубийства в прошлом, сообщения о намерениях.
2. Случаи самоубийства в семье или в близком окружении.
3. Прямые или косвенные угрозы покончить жизнь самоубийством, которые внешне могут носить демонстративный характер.
4. Заявления о конкретных способах самоубийства и признаки его подготовки.
5. Внешнее успокоение («зловещий покой») после многочисленных суицидальных высказываний и беспокойства.
6. Сновидения с картинами самоубийства, падения с высоты, гибели в автотранспорте или самолете.

Группа Б. **Особенности психического состояния и здоровья в целом:**

1. Тревожно-ажитированное состояние.
2. Длительные нарушения сна.
3. Длительно подавляемые аффективные реакции.
4. Начало или окончание депрессии, смешанные состояния.
5. Периоды биологических кризов (пубертат, беременность и др.).
6. Тяжелое чувство вины и несостоятельности.
7. Неизлечимые болезни или ипохондрический бред.
8. Алкоголизм и наркомании (токсикомании).

Группа В. **Внешние факторы:**

1. Разрушение семьи в детстве.

2. Отсутствие и потеря межличностных контактов (одиночество).
3. Служебные и финансовые трудности.
4. Отсутствие идеалов и целей в жизни.
5. Отсутствие или утрата религиозных устоев.

Значительная часть приведенных выше факторов свидетельствует о повышенном суицидальном риске вне зависимости от характера наблюдающейся в пресуицидальном периоде психической патологии (и даже при ее отсутствии). Однако при наличии депрессивного состояния роль любого из этих факторов существенно возрастает. Не случайно, что в рамках многоосевой диагностики и соответствующего суицидологического анализа значение того или иного фактора становится более понятным при его оценке с точки зрения наличия сниженного фона настроения. Именно в рамках депрессии самые, казалось бы, незначимые или индифферентные явления выполняют функцию своеобразного преципитирующего фактора развития суицидальных тенденций, нередко становясь «последней каплей», способствующей переходу суицидальных мыслей в намерения и совершению покушения на самоубийство. Это относится не только к суицидогенному влиянию среды, психосоциальному воздействию, но и к существенному изменению роли в возникновении суицидальных тенденций таких факторов, как сопутствующая соматическая болезнь, интоксикация и даже сама симптоматика депрессии.

Сказанное выше может быть проиллюстрировано покушением на самоубийство

тридцатилетнего инженера, который был госпитализирован в психиатрическую больницу после попытки самоповешения. Обстоятельства случившегося (отсутствие посторонних во время суицида, предсмертная записка о том, что «виноват во всем сам», случайность его обнаружения родителями), выраженная странгуляционная борозда, элементы антероградной амнезии после попытки самоубийства — все это говорило об истинности намерения покончить с собой.

В процессе сбора анамнеза выяснилось, что в юности, «проверяя чувства девушки», он нанес себе несколько самопорезов и заявил родителям, что «если она любит, то обязательно придет и в сумасшедший дом». Только после уговоров родителей отказался от обращения к врачам и госпитализации. Со слов матери, отмечались невыраженные колебания настроения. Осенью становился более раздражительным, говорил, что бросит институт, так как не видит перспективы на фоне происходящих в стране изменений, однако к весне становился активным, ухаживал за девушками, строил планы организации собственного бизнеса и «был душой общества». На последнем курсе института

женился, но отношения с женой были неровные: на фоне периодической и все усиливающейся алкоголизации жена несколько раз уходила жить к родителям и «даже отказывалась обсуждать тему будущего сына», если он не бросит пить. Алкоголизироваться начал после окончания института, когда «почти по специальности начал делать электропроводку в коттеджах у новых русских».

Однако работа носила непостоянный характер, так как он не владел строительными специальностями и мог заниматься только «электрическими сетями, т. е. работал *простым* монтером в бригаде шабашников-строителей». Переживал, что после окончания института может работать только «подсобником у работяг». Попытки «сделать бизнес на партии тушенки» не увенчались успехом: рассчитался с кредиторами только с помощью сбережений родителей, которые заявили, чтобы он в дальнейшем «ни в какие авантюры не пускался, так как больше никаких сбережений нет, а квартиру и машину они отдать не могут, иначе всем будет негде жить» (к этому времени, в связи с невозможностью платить за снимаемую квартиру, сын и его жена переехали жить к его родителям).

На протяжении пяти лет пациент сменил несколько строительных бригад, пытался торговать компьютерами и электротоварами, организовать свой бизнес и даже выезжал в Финляндию на сельхозработы. Все начинания терпели крах вследствие определенной авантюрности замыслов, периодической повышенной раздражительности и все усиливающейся алкоголизации. Начал пить в одиночку, на протяжении последнего года-двух мог пить по 3-5 дней. Похмелялся «только пивом». Для оправдания частого употребления алкоголя находил самые различные объяснения: сложные отношения с женой, невозможность найти работу по душе или с приличной зарплатой, «бардак во всем вокруг сверху донизу». За год до суицида осенью был раздражителен, после запоя и очередного ухода жены к родителям порезал себе руки и кричал, что «не может так жить». Самопорезы были поверхностные, с врачами по этому поводу не консультировался. Со слов жены, «вообще последний год стал очень истеричный: то кричал, то просил прощения, заламывал руки, плакал и говорил, что от такой жизни надо или идти в сумасшедший дом, или лезть в петлю». Соглашался на «кодирование от алкоголизма», но неожиданно сам на месяц прекратил алкоголизацию. Возобновил употребление алкоголя сразу после того, как взяли в бригаду шабашников-строителей.

Однако спустя некоторое время заказчик отказался от их услуг («не потому, что мы пили, это на работе не отражалось, а потому, что более выгодно было нанять черных»). Потеряв работу, алкоголиза-

цию не прекратил. После недельного запоя, достаточно неожиданно для окружающих, вместо обычной активности по поискам работы в октябре месяце стал залеживаться в

постели, не выходил из дома, ночью плохо спал, много курил. Начал обвинять себя в том, что он «ничего не может», вопреки обычным разговорам о «бардаке вокруг» и «сочувствии к делам отечества». Жаловался на тяжесть в груди, головные боли. Равнодушно отнесся к возвращению жены, стал спать отдельно от нее.

Такое состояние продолжалось около месяца. В это время не пил, очень мало ел, объясняя это диагностированным у него гастритом. Однако, несмотря на рекомендации терапевта, очень много курил («рано проснется и сразу полпачки выкурит»). Пробовал читать, но говорил, что «голова стала тупая от водки». Равнодушно относился к проводимому курсу общеукрепляющей терапии (витамины, глюкоза, ноотропы). «Что может помочь в моем положении!» В начале ноября перенес ОРЗ, сам по этому поводу каких-либо жалоб не предъявлял, на вопросы врача отвечал односложно, но бросил фразу: «Все скоро пройдет». Взяв у родителей деньги на сигареты, неожиданно пришел домой пьяный. Никому не сказал ни слова, молча лежал и много курил.

На упреки жены сказал, что «все объяснит потом». Возмущенная его поведением жена заявила, что может возиться с ним «только как с больным, а не как с пьяным», и снова ушла к родителям. Днем и вечером спал в состоянии опьянения, затем, проснувшись, как обычно на протяжении последнего месяца, рано утром, «окончательно понял, что надо умереть, так как водка совсем не сняла тоску и чувство тупика, в котором оказался». Со слов пациента (уже после суицида), мысли об этом «уже мелькали последние дни, но здесь все сложилось, и боялся только, что не хватит смелости». Вначале проверил, спят ли родители, а затем, считая, что у него «и самоубийство может не удас-ться, так как нет решительности и смелости», выпил принесенную ранее бутылку водки и, закрывшись в туалете, повесился на электропроводе, привязанном к вентиляционной решетке. Решетка вылетела из стены — и проснувшиеся родители обнаружили сына в петле.

После кратковременного пребывания в соматическом стационаре был переведен в психиатрическую больницу. На протяжении первой недели был вял, медлителен, на большинство вопросов не отвечал или отвечал односложно («да» или «нет»). На свиданиях с родителями и женой молчал, не оказывал какого-либо сопротивления лечебным мероприятиям (инъекциям, осмотру специалистами), съедал частично пищу из рациона и передач. Ничего не говорил о своем состоянии

и совершенном им суициде, на вопросы об этом отвечал формально и односложно. Попытку самоубийства объяснял тем, что «жить не хотелось». На вопрос о наличии суицидальных тенденций в настоящее время молчал или говорил: «Не знаю». Сожаления по поводу случившегося или в связи с тем, что остался жить, не высказывал («все равно»). На фоне проводимой терапии антидепрессантами постепенно, уже через полторы-две недели после поступления, стал контактировать с врачами и персоналом, но какое-то время оставался практически равнодушен к происходящему вокруг и нахождению в психиатрической больнице.

Только спустя месяц после поступления стал интересоваться своей дальнейшей судьбой, начал контактировать с больными, включился в трудовые процессы на отделении, просил «побыстрее выписать», так как хочет устроиться на работу. Свое состояние и сам совершенный им суицид объяснял возникшим у него еще за месяц до попытки самоубийства «чувством тоски и какой-то непонятной боли одновременно». Сообщил, что и ранее осенью были периоды плохого настроения, но «тогда все просто раздражало». Объяснение своему состоянию сниженного настроения находил в том, что, наверное, «все накопилось: и алкоголь, и ссоры с женой, и невозможность найти работу по душе или по зарплате». На свиданиях с женой и родителями вел себя адекватно, с их помощью активно занимался поисками работы. Общался преимущественно с больными-алкоголиками. О самоубийстве говорил достаточно свободно, сообщил, что мысли об этом возникали еще

недели за две до случившегося, но однажды утром понял, что «таким, как я, жить нельзя». С его слов, сам испугался этих мыслей и думал, что «если выпью, то они пройдут, но просто отрубился, а когда проспался, *то* стало еще хуже, решил для смелости выпить и разом кончить все».

Спустя два месяца, на фоне терапии антидепрессантами, был спокоен, сожалел о совершенной им попытке самоубийства, сам приводил различные доводы «преимущества жизни перед смертью». Высказывал реальные планы на будущее. Советовался с врачами, куда ему устраиваться на работу («есть работа по монтажу сетей, хорошо платят, но это разъезды, а значит, снова буду пить»). Временами, на фоне некоторой расторможенности и эйфории, цинично говорил, что «можно жить и на деньги жены», так как «ее, как и жену Васисуалия Лоханкина, зовут Варварой и у нее наряду с недостатками есть два достижения: большая белая грудь и служба». В ответ на слова врача о характере его юмора заметил, что «побывавший на том свете имеет право на черный юмор, но, наверное, вы правы». В целом, ситуацию и случившееся с ним оценивал вполне адекватно, беспокоился, что в случае его по-

становки на психиатрический учет могут возникнуть осложнения с работой по специальности, если он собирается работать в «солидных фирмах». В связи с этим соглашался принимать дома лекарства, наблюдаться и у наркологов, и у психиатра («у родителей есть знакомый специалист, он должен был меня смотреть в тот самый день, когда я повесил себя в туалете»).

После выписки устроился удачно на работу, прекратил употребление алкоголя, на протяжении двух месяцев принимал антидепрессанты и финлепсин. Выраженных колебаний настроения в течение двух последующих лет не отмечалось. Отношения с женой отличались относительной стабильностью, в семье появился ребенок.

Приведенный выше суицид, по нашему мнению, достаточно наглядно иллюстрирует уже упомянутый тезис о том, что все факторы, которые могут играть какую-то роль в возникновении суицидальных тенденций, в случае депрессии приобретают особое значение и должны рассматриваться как действующие в рамках состояния, имеющего своеобразный антивитальный потенциал. Здесь не просто совокупность суицидогенных факторов, каждый из которых принципиально мог выступать в качестве определяющего, но как раз именно в данном случае обнаружил свое действие только в контексте депрессивного расстройства. И хотя сам больной на первом этапе лечения пытается дать психологически понятное для себя объяснение и своего состояния, и суицида, по мере выхода из депрессии его понимание случившегося начинает носить все более адекватный характер.

Все социально-психологические факторы, все неблагоприятные воздействия среды (и трудности с работой, и размолвки с женой, и «бардак кругом», и алкоголизация) имели место и ранее на протяжении нескольких лет. Однако все упомянутые моменты никогда не приводили к суициду, психологический смысл которого состоит в отказе от жизни и по обстоятельствам его совершения свидетельствует о выраженности намерения покончить жизнь самоубийством. Нанесение себе самопорезов после очередного запоя и «неприятности» с женой — это истерическая реакция, не расцениваемая ни самим пациентом, ни его родителями как что-то имеющее отношение к действительному суициду (с учетом уже имеющегося опыта подобной реакции в юности). Изложенное выше диктует рассмотрение всех средовых факторов, а также алкоголизации и перенесенного соматического заболевания (ОРЗ) в плане их возможной роли в данном суициде только через «призму» развившейся у больного депрессии.

Единичный депрессивный эпизод по характеру психопатологии и длительности в данном случае должен быть охарактеризован как

тяжелый. Здесь присутствуют практически все необходимые критерии для подобной

диагностики (включая нарушения сна и суицидальные действия). Однако имелись определенные социально-психологические трудности для предположений (по крайней мере, родителей больного) о наличии в данном случае психической болезни. По существу, это первый развернутый приступ депрессии. Его развитию предшествуют чапой, неприятности с женой и работой. Затем на фоне уже отчетливой депрессии развивается банальная соматическая болезнь (ОРЗ). Все это, вместе взятое, объясняет для окружающих (в том числе и для посещающего врача) состояние больного, его психологический и физический статус, но одновременно является примером недооценки (или незнания) психопатологии.

Однако все признаки депрессивного состояния здесь налицо. К сожалению, адекватная оценка состояния скорее может быть произведена врачом, не знающим некоторых обстоятельств жизни пациента и поэтому не имеющим возможности объяснить все происходящее воздействием тех или иных внешних факторов. Подобный подход к состоянию депрессии (с позиции психологически понятных связей и неблагоприятного воздействия соматической болезни) является практическим аналогом весьма нередкого «понимания и объяснения» причин суицидального поведения вообще.

Отчетливая картина депрессии, выявляющаяся в условиях психиатрической больницы, вовсе не свидетельствует об отсутствии затруднений с нозологической оценкой депрессивного расстройства и понимания его этиопатогенетических механизмов. Развитию депрессивного состояния предшествует множество факторов: и отмечавшиеся на протяжении жизни невыраженные сезонные колебания настроения, и хронический алкоголизм, и ряд неблагоприятных психосоциальных воздействий (трудности с работой, характер семейных отношений, неудачи в бизнесе). Оценить влияние соматической болезни здесь весьма сложно, так как она протекает на фоне уже имеющейся депрессии, развившейся, в свою очередь, после недельного запоя.

Трудности нозологической оценки депрессивного расстройства усугубляются тем обстоятельством, что это первый развернутый приступ депрессии. Современная систематика психических расстройств (МКБ-10) облегчает возможности оценки подобных состояний. Но весьма удобная, с точки зрения статистической отчетности и терапии, диагностика не снимает необходимости понимания характера наблюдающегося заболевания для оценки прогноза и терапии после окончания приступа болезни. Для непосредственного суицидологического ана-

лиза нозологическая отнесенность данного депрессивного расстройства имеет второстепенное значение.

Здесь важен сам факт наличия не просто сниженного настроения, но клинически очерченного депрессивного синдрома. В то же время пациент не связывает попытку самоубийства непосредственно с самой депрессией. В постсуицидальном периоде, при заведомо критическом отношении суицидента к случившемуся, его анализ причин суицида не может выйти за рамки уже упомянутых выше «накопившихся», по его мнению, моментов: алкоголизация, трудности с работой, ссоры с женой. В отличие от больного врач в своем анализе обязан выходить за пределы этих «моментов». Подобный «выход» определяет характер лечения и мероприятия по профилактике повторного суицида.

В плане суицидологического анализа важно, что объяснение пациентом случившегося относится и к совершенному им суициду, и к состоянию депрессии. И то и другое объясняется стечением неблагоприятных обстоятельств. Уже сам больной чувствует невозможность разграничения этих «обстоятельств» и возникшего «чувства тоски и боли». При попытке оценить роль каждого из этих моментов в суициде возникают определенные трудности. Их индивидуальное рассмотрение никак не может вычленить ведущий, детерминирующий фактор в возникновении суицидальных тенденций. В данном анализируемом случае на первый план выходит само состояние больного в период

времени, предшествующий суициду. Депрессивное состояние, наблюдающееся в этот период, выступает, однако, скорее как цементирующий раствор в среде «суицидогенного множества» факторов, которые вовсе не носят характер случайностей и совпадений.

При сопоставлении данных приведенной выше таблицы и выявляющихся у больного суицидогенных факторов можно отметить достаточное число совпадений. Это и носящие демонстративный характер эпизоды самоповреждений, и служебные и финансовые трудности, и алкоголизм, и «неблагоприятные» особенности психического состояния: длительные нарушения сна, чувство вины и несостоятельности, начальный период депрессивного расстройства. Каждый из этих факторов связан с потенциальной угрозой суицида, хотя все они носят различный характер. Здесь и личностные особенности (с учетом колебаний настроения в прошлом и актов самоповреждения), и психосоциальные воздействия, и симптоматика депрессивного синдрома, носящего к тому же «открытый» характер, что и определяет легкость вовлечения средовых факторов. И наконец, в качестве непосредственного показателя наличия суицидальных тенденций выступает двусмысленная, но вполне определенная в свете случившегося потом суицида

фраза: «Скоро все кончится». К сожалению, здесь, как и при других суицидах, все упомянутые выше моменты чаще всего приобретают значение суицидогенных факторов только при ретроспективном анализе произошедшего.

Интересно, что в данном случае наличие аутоагрессивных тенденций в прошлом (демонстративные самопорезы) в рамках ретроспективного анализа выступает как один из факторов суицидального риска. С другой стороны, это же обстоятельство в период времени, предшествующий суициду, является моментом, затрудняющим адекватное восприятие окружающими тех или иных элементов суицидального поведения (даже на стадии непосредственной реализации суицидальных замыслов).

Внешне пресуицидальный период здесь выглядит относительно кратковременным. Проходит очень мало времени между решением суицидента уйти из жизни и непосредственным осуществлением этого намерения. Однако указать точное время перехода от депрессивных антивитальных переживаний к все более осознаваемому намерению совершить самоубийство не представляется возможным. Но двусмысленная фраза при осмотре врача по поводу ОРЗ, что «скоро все кончится», за несколько дней до суицида уже свидетельствует о наличии в сознании мыслей, по крайней мере, о возможности такого ухода из жизни.

Анализируемый суицид обнаруживает некоторые особенности, характерные, по наблюдениям автора, для состояния больного, при котором сочетаются несколько неблагоприятных психосоциальных воздействий и депрессия. В случае наличия нескольких зон, связанных с психотравмирующими моментами, и депрессивного расстройства жизненные обстоятельства и связанные с этим переживания (семья, родители, работа и проч.) уже не выступают в качестве антисуицидального фактора. По существу, здесь в качестве относительной временной задержки осуществления намерения выступают опасения, что у него «самоубийство может не удаться, так как нет решительности и смелости». *Подобные* переживания скорее вытекают не из особенностей личности, а из депрессивного состояния, наблюдающегося у больного.

Однако, *по* мнению многих исследователей, именно личность с ее нравственно-ценностными ориентациями чаще всего выступает как антисуицидальный фактор при депрессивных расстройствах. Но у анализируемого больного личность характеризуется некоторыми особенностями, свидетельствующими о дисгармонии: возбудимость, завышенная самооценка, недостаточная социальная зрелость. И все это сочета-

ется с определенным эмоциональным огрубением как проявлением сформировавшегося хронического алкоголизма. (Обсуждаемые выше особенности личности пациента

подтверждаются и обследованием психолога во время лечения.)
Можно отметить, что при наличии депрессивного расстройства алкоголь уже не может выступать как простой и легко доступный способ изменения отношения к неблагоприятно складывающейся ситуации. И хотя первой реакцией пациента на возникшие мысли о суициде было употребление алкоголя с целью избавления от эмоционально-смыслового переживания, неприемлемого с точки зрения сохранившихся личностных ориентации, «проторенная дорожка» эйфоризиру-ющего действия алкоголя уже не срабатывает. Поэтому повторное употребление алкоголя здесь (весьма часто и у других суицидентов) связано с желанием облегчить выполнение суицидального акта.
В целом, приведенное наблюдение пациента с депрессивным расстройством показывает и значение тех или иных факторов как показателей суицидального риска, и повышенную «суицидогенность» даже относительно привычных средовых воздействий. Психосоциальные факторы, существенно не нарушающие адаптации пациента вне депрессии, приобретая эмоциональную окраску в соответствии с имеющимся настроением, становятся смыслообразующим элементом суицидальных тенденций. Появление в сознании мыслей о самоубийстве определяется тем, что неблагоприятная ситуация требует определенного решения, выхода. Так как депрессия, по сути дела, всегда сопровождается соответствующей направленностью содержания мышления и эмоциональным фоном, то возможный выход из ситуации будет рассматриваться в самом неблагоприятном варианте. Вне депрессивного расстройства стрессогенное значение тех или иных средовых воздействий бывает различным, но в сознании человека могут быть представлены самые разные и прямо противоположные выходы (решения) из сложившейся ситуации. При депрессии нет возможности выбора, и поэтому ситуация становится тупиковой, а ее решение носит характер самоустранения.
В рассмотренном выше варианте ситуация становится тупиковой вследствие многократно упоминаемой выше «призмы индивидуального видения». Но если в рамках тех или иных личностных характеристик эта «призма» связана с наличием нравственно-ценностных ориентации, этнокультуральных или психофизиологических особенностей суицидента, то при депрессивных расстройствах на первый план выступает само состояние человека в период времени, предшествующий возникновению суицидальных тенденций. Однако далеко не все-

гда депрессия сама по себе может обусловить возникновение конкретных суицидальных мыслей. Появление в сознании мыслей о самоубийстве связано с необходимостью разрешения неблагоприятной ситуации. Поиск выхода из субъективно тупиковой ситуации обусловливает возникновение и дальнейшую динамику суицидальных тенденций.
В качестве субъективно тупиковой ситуации могут выступать самые различные явления: и объективно неразрешаемая (с точки зрения имеющихся установок) ситуация, и сама по себе болезнь (в случае ее психотравмирующего, нозогенного воздействия), и выраженность тех или иных симптомов депрессии, связанных как с физическими, так и с психическими страданиями больного. Отсюда вытекает многообразие внешних и внутренних причин и вариантов развития суицидальных тенденций в рамках депрессивных расстройств.
Исследователи суицидального поведения в границах депрессивных расстройств отмечают, что при относительно невыраженных депрессиях в качестве мотивов суицидального поведения чаще выступают те или иные психосоциальные моменты, в то время как тяжелая психопатологическая симптоматика при этом заболевании сама становится своеобразным суицидогенным фактором. Чаще всего это деление весьма условно, и относительно четкое вычленение детерминирующего фактора суицида можно провести на своеобразных полюсах депрессивных расстройств, связанных с тяжестью самой депрессии: дисти-мия или тяжелое меланхолическое состояние (длительность этих

расстройств здесь не учитывается).
Но и при относительно неглубоких депрессиях возможны колебания глубины депрессивного расстройства, вплоть до возникновения достаточно тяжелых по психопатологической симптоматике состояний. Для возникновения суицидальных тенденций вовсе не обязательны соматопсихические переживания типа сенестопатических, ипохондрических, деперсонализационных или алгических феноменов, воспринимаемых самими больными как почти физически ощущаемые явления. Как уже отмечалось, общее чувство безнадежности или беспомощности нередко является более значимым маркером суицидального риска, чем непосредственная тяжесть депрессии или выраженность отдельных психопатологических симптомов.
Понятно, что чувство беспомощности достаточно часто определяется и самим характером ситуации, трагическим стечением обстоятельств и невозможностью найти выход и каким-либо способом изменить жизнь. При этом первоначальный «крик о помощи» (личностный смысл суицида на этапе формирования суицидальных тенденций) при невозможности изменения ситуации превращается в достаточно

осознанное желание отказа от жизни. Изменение психологического смысла суицида, как правило, происходит на фоне углубления депрессии, что определяется как неблагоприятными психосоциальными воздействиями, так и внутренними механизмами развития депрессивного расстройства.
При возникновении депрессии в условиях выраженной психотрав-мирующей ситуации суицидогенное влияние последней сохраняется и при достаточной глубине депрессивного расстройства. По нашим наблюдениям, неблагоприятное воздействие психотравмирующей ситуации характерно не только для острых и отставленных реактивных депрессий, но и для депрессивных расстройств различного генеза (биполярных, инволюционных и других форм).
По мере углубления депрессии психологически понятный «крик о помощи» начального этапа (как возможный способ разрешения неблагоприятной ситуации) сменяется отказом от жизни, «логика» которого и связанное с этим суицидальное поведение определяются уже чувством безнадежности и бесперспективности и болезненно измененным мышлением. В этих случаях суицид нередко теряет свою «логическую обоснованность и понятность». Пожалуй, достаточно наглядно это обнаруживается в случае так называемого расширенного самоубийства, когда жертвой оказывается самый близкий человек, к которому нередко сохраняются чувства (даже в рамках апатической депрессии) и который, в соответствии с больной логикой, «должен умереть, так как без меня пропадет или будет так же мучиться».
В качестве иллюстрации можно привести пример подобного рода «расширенного» самоубийства. Пятидесятидвухлетняя женщина убивает свою мать, затем пытается отравиться сама, но, случайно оставшись в живых, сознается в содеянном. После прохождения судебно-психи-атрической экспертизы больная была направлена на принудительное лечение в психиатрическую больницу.
Каких-либо особенностей раннего развития у больной не отмечалось, тяжелых соматических заболеваний и злоупотребления психоактивными веществами на протяжении жизни не было. Окончила школу, институт. Около 20 лет работала по специальности (химик-технолог) в различных учреждениях. Была замужем, имеет взрослую дочь, проживающую отдельно со своей семьей. До 49 лет к психиатрам не обращалась, каких-либо странностей в ее поведении не отмечалось. Часто ездила к живущей в области матери, оставшейся после смерти мужа одной. Помогала ей по хозяйству и по дому. Последние годы ездила к матери каждую неделю в связи с ее частыми болезнями и необходимостью ухода. По характеру — несколько раздражительная

и ранимая, но «всегда с ней можно было найти общий язык». На протяжении жизни постоянно говорила, что самый близкий у нее человек — мать и она ее «никогда не бросит».

В 49 лет от инфаркта умирает муж больной, а спустя короткое время у больной начался климакс. Появились колебания артериального давления, сердцебиение, приливы, головокружение и головные боли. На этом фоне резко повысилась раздражительность, вступала в постоянные конфликты с дочерью и зятем («любого рода пустяк вызывал обиды, иногда крик и слезы»). После рождения внучки то активно ухаживала за ней, то заявляла, что если ее не слушают, то она не будет ни во что вмешиваться. Вскоре после появления климактерических явлений периодически начала обращаться к врачам различных специальностей.

С этого времени консультировалась терапевтами, невропатологами, психиатрами и другими специалистами и многократно лечилась в различных медицинских учреждениях с диагнозами: вегето-сосуди-стая дистония, климактерический невроз, инволюционная депрессия, дистимия, остеохондроз шейного отдела позвоночника и др. Когда больной исполнилось 50 лет, встал вопрос о возможности ее сокращения на работе. Тяжело переживала эту ситуацию, много плакала, периодически говорила, что «скоро все подохнем с голода», тревожилась, если дочь или зять долго не приходили домой с работы или из гостей («такое время, что все может случиться»). Больную не сократили, но через полгода в связи с отсутствием заказов было просто закрыто учреждение, где она работала. Тяжело переживала случившееся («вначале для нее это просто был шок»). Тогда впервые начала лечиться у психотерапевтов и психиатров (частным образом и в амбулаторной сети). Временами отмечалось некоторое улучшение состояния, но в целом настроение всегда было плохим, легко раздражалась, и «практически ее уже ничто не могло обрадовать».

Периодически устраивалась на работу в торговлю (уборщицей, продавщицей, фасовщицей). Со слов дочери, стала «какая-то равнодушная даже к внучке». Однако по-прежнему регулярно ездила к матери на субботы и воскресенья, вследствие чего не могла работать по графику и часто увольнялась. Из-за частых конфликтов в семье зять заявил, что он собирается снять квартиру для семьи, так как с тещей жить стало невозможно. В возрасте 80 лет мать больной, неожиданно упав с кровати, ломает шейку бедра. Когда больная приехала к матери, она застала ее ползающей возле кровати, а после приезда «скорой помощи» оскорбляла врача и даже пыталась совершить агрессию против него. Через несколько дней мать была выписана из боль-

ницы, и на протяжении последнего года ее жизни уход за ней осуществляла дочь.

Уже спустя несколько месяцев все сбережения больной были потрачены на врачей и попытки нанять кого-либо для ухода за матерью. Тяжесть ситуации была связана не только с необходимостью кормления, санитарного ухода и борьбой с пролежнями у достаточно грузной женщины, но и с усиливающимися у нее психическими расстройствами. На фоне выраженного склероза она временами становилась беспокойной, плохо спала по ночам, была неопрятна в постели и периодически просила «убить ее подпилком в висок», так как она «пережила свой век и никому не нужна». Никакие уговоры дочери, которая, по существу, никогда не оставляла мать одну, не останавливали подобные заявления. Однако дочь на первом этапе болезни матери относилась к ее поведению и заявлениям достаточно адекватно.

Всем своим поведением дочь старалась показать, что мать не просто нужна ей, а всегда будет рядом с ней. Однако спустя полгода заболела внучка больной, и дочь была вынуждена уволиться с работы. Две семьи жили на относительно небольшую зарплату зятя. С этого времени началась изнуряющая и трагическая история хождения больной по различным инстанциям с целью определения матери в какое-либо учреждение для

лечения и ухода (хотя бы временного). Необходимость этого диктовалась тем, что денег зятя «хватало только на оплату квартир, хлеб и воду». Покупать же какие-либо лекарства, организовать лечение оказалось невозможным. Даже вызов врача на дом («и по месту жительства») был сопряжен с такими трудностями, что «хотелось выть или стрелять в тех, кто придумал все эти реформы и перестройку».

Со слов больной и ее дочери, «крепилась, находила в себе силы и для ухода за матерью, и для обращений в различные инстанции и лично, и письменно». Жили с матерью впроголодь, денег не было на самое необходимое. Попытки устроиться на работу не удавались, так как в город ездить не могла («отменили почти все электрички»), а по месту жительства устроиться на работу практически не было шансов. Постепенно настроение становилось все хуже и хуже. Однажды после очередного отказа взять мать на временное лечение закричала: «Что же мне, вешаться, что ли!» С ее слов, мыслей о самоубийстве в то время не было. Постепенно исчезли слезы, и стала «как каменная».

За пару месяцев до случившейся трагедии на глаза больной случайно попался напильник («подпилок», как говорила ее мать). С этого времени стала бояться, что вдруг «в невменяемом состоянии» выполнит неоднократно повторяемую просьбу матери об ударе ее в висок.

Выбросила напильник, потом отвертки и еще какие-то инструменты, «хотя и знала, что никогда этого не сделает». В то же время порой чувствовала, что «сходит с ума». К трудностям засыпания присоединилось и раннее пробуждение, почти ничего не ела. Однажды приехавшая дочь больной застала мать «совершенно отрешенной», которая уже ни на кого не жаловалась, отвечала односложно и все время смотрела на нее. Однако на предложение поехать с ней к врачу больная ответила, что она просто устала, отдохнет и у нее «все будет в порядке». Дочь собиралась «любым способом» в ближайшее время все равно показать ее врачам (психотерапевту или психиатру). В это время больная уже прекратила обращения в различные инстанции («больше не было сил») и на протяжении последней недели перед совершенным ею расширенным самоубийством все чаще думала о том, что «надежды нет никакой, осталась только смерть, но останавливала мысль о том, что мать останется без помощи».

Со слов больной, если ранее не было сил («или боялась, что их не хватит»), то за неделю до случившегося «уже чувствовала себя мертвой и какой-то каменной». «Твердо знала, что умру, боялась только оставлять мать одну, хотя и к ней была просто жалость, а прежних чувств уже не было». За несколько дней до трагедии думала только о том, как ей умереть и что потом будет с матерью. Но за день до самоубийства на слова матери о том, что ее надо убить, «неожиданно», с ее слов, поняла, что им «надо умереть вместе». Сначала сама испугалась этой мысли, а спустя некоторое время («может, через несколько минут, а может, и часов, уже не помню, так как время тогда шло по-другому») стала говорить матери, что им надо умереть вместе. Однако не допускала мысли, что она может нанести матери какое-либо повреждение.

Мать сразу же согласилась с возможностью своей смерти, но пыталась все же некоторое время отговаривать дочь от самоубийства, заявляя, что та «еще молодая и здоровая». Однако после слов дочери, что она тоже «тяжело больна», согласилась («делай, как решила»). Вся подготовительная к самоубийству работа была проделана дочерью, так как мать не вставала с постели. Вначале больная хотела выпить вместе с матерью уксусной кислоты, но решила, что может быть просто ожог и мать будет долго мучиться. Поэтому, собрав все имеющиеся в доме лекарства (амитриптилин, феназепам, димедрол и еще «какие-то таблетки»), больная на протяжении какого-то времени («может, час, а может, и больше, помню только, что все происходило рано утром) давала их вместе с теплой водой матери. И только убедившись, что мать перестала реагировать на происходящее («может, потеряла со-

знание или заснула»), больная начала принимать оставшиеся таблетки сама «до тех пор, пока не отключилась».
В результате отравления мать умерла, дочь спасло чудо: больная забыла закрыть (или специально оставила открытой с какой-то целью?) дверь, и к ним зашла медсестра, эпизодически посещающая их. Она обнаружила двух женщин в бессознательном состоянии, множество оберток от лекарств и предсмертную записку, адресованную дочери больной: «Если сможешь, прости, хотя за то, что я сделала, никогда не будет прощения». В результате умелых действий медсестры, а затем и бригады «скорой помощи» больную удалось спасти. Ее мать же к приезду бригады «скорой помощи» уже не подавала признаков жизни. Первыми словами больной после выхода из коматозного состояния были: «Почему я осталась жива, ведь мы обе с матерью должны были умереть?» Затем больная сказала, что она все равно должна умереть, так как убила свою мать. Заявления об убийстве матери в дальнейшем больная повторяла неоднократно.
Еще находясь в реанимации, она подробно рассказывала об обстоятельствах смерти матери, обвиняя себя и в ее убийстве, и в том, что она не смогла «ничем другим ей помочь», была несколько медлительна, на вопросы, не связанные с убийством матери, отвечала односложно. Настроение было сниженным, отмечалось раннее пробуждение, ела выборочно, часто после уговоров персонала. Интереса к происходящему вокруг не обнаруживала. Не отрицала желания умереть, но каких-либо суицидальных действий не отмечалось.
С диагнозом «депрессивное состояние, суицид с убийством» была переведена в психиатрическую больницу, где было начато лечение антидепрессантами. С момента поступления и на протяжении нескольких недель нахождения в больнице состояние больной практически не изменилось. Выявлялся депрессивный синдром с идеями самообвинения («хотела убить, чтобы избавиться, так как не хотела ухаживать за тяжелобольной»). Однако идеи самообвинения распространялись и на отношения с семьей дочери и даже смерть мужа от инфаркта. После того как, со слов дочери, стало известно о том, что ее мать сама просила убить ее, больная впервые заплакала и сказала, что ей «все равно нет прощения ни перед людьми, ни перед Богом».
Была переведена на судебно-психиатрическую экспертизу, где признана невменяемой в отношении содеянного (с диагнозом «инволюционная меланхолия») и направлена на принудительное лечение. На протяжении первых месяцев повторного нахождения в психиатрической больнице по-прежнему была вяловата, заторможена, с окружающими контактировала мало. На вопросы врача о причинах ее малой

контактности говорила, что замечает презрение к себе со стороны окружающих, после того как она совершила «такое». За все время лечения со стороны больной никогда не звучали обвинения в адрес различного рода инстанций и начальников, не оказавших ей практически никакой помощи в лечении и уходе за тяжелобольной матерью. Хотя больная и рассказывала о «хождении по мукам» на протяжении нескольких месяцев перед совершенной ею попыткой расширенного самоубийства, сообщала об этом как-то отстраненно, как будто это происходило не с ней, а с кем-то посторонним.
В этом плане разительным контрастом звучали постоянные обвинения в адрес тех же инстанций со стороны дочери больной, которая даже пыталась обращаться сама в судебные инстанции, но, как и у матери, у нее ничего из этого не получилось. Больная на свиданиях с дочерью вела себя несколько формально, говорила, что теперь ее надо пожизненно держать в больнице, если она «сумасшедшая и убийца».
Наличие депрессивного расстройства в данном случае не вызывает сомнений. Однако нозологическая отнесенность данной депрессии вовсе не столь однозначна. Не случайно на протяжении последних трех лет у больной поставлено такое количество

психиатрических диагнозов. Можно отметить и несомненное значение в происхождении этой депрессии таких факторов, как инволюция, начинающиеся сосудистые изменения, выраженные психотравмирующие моменты (смерть мужа, потеря работы, болезнь матери и необходимость постоянного ухода за ней, материальные лишения, черствость и равнодушие различного рода инстанций и людей, к *которым* больная обращалась за помощью). Следует обратить внимание на то обстоятельство, что все это происходит на начальном этапе реформ, сопровождающемся крахом привычных ценностей и установок, потерей привычных жизненных ориентиров, необходимостью смены существовавших годами жизненных стереотипов и системы общественных отношений.

Здесь можно говорить и о так называемой эндореактивной депрессии, но закономерности течения и исключительная длительность этого болезненного состояния с возможностью относительной социально-трудовой адаптации на протяжении достаточно длительного времени скорее говорят о дистимии. Упомянутое хроническое депрессивное расстройство (невротическая депрессия, или дистимия, по МКБ-10) длится на протяжении нескольких лет и составляет фон, на котором формируется тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами (на *высоте* депрессии отмечаются бредовые идеи самообвинения и расширенное самоубийство). В данном случае уже

можно с большей определенностью подозревать реактивное, психогенное происхождение этого депрессивного психоза.

И хотя тяжелое психотическое состояние формируется постепенно, можно говорить о ведущей роли в его происхождении неблагоприятно складывающейся и все более усугубляющейся ситуации, выход из которой в условиях конкретной действительности найти оказалось невозможно. Несмотря на банальность этой ситуации, она выглядит как трагический тупик, и не только благодаря «призме индивидуального видения» больной в депрессии, но и при «взгляде со стороны» на сложившиеся обстоятельства. Наряду с лежащими на поверхности такими психотравмирующими моментами, как бездушие людей из различных инстанций, существующих именно для разрешения этих ситуаций, материальные лишения и проч., здесь существует и весьма специфический патогенный фактор. Не вызывает сомнений неблагоприятное (и даже в плане формирования суицидальных тенденций) воздействие постоянно повторяющегося раздражителя в виде слов матери о необходимости ее убийства, так как она «пережила свой век».

Хорошо известно, что именно реактивные депрессии среди всего контингента больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере, занимают первое место по выраженности суицидального риска (как уже отмечалось, при этой форме психических расстройств он в 100 раз выше, чем в общей популяции населения). Рассмотренный суицид как раз и обусловлен реактивной депрессией. Однако тяжесть имеющегося депрессивного психоза обусловливает и особенности данного суицида, носящего характер расширенного самоубийства с элементами взаимной индукции и «альтруистическим убийством». Уже характер совершенных больной действий, связанных с расширенным самоубийством, свидетельствует о тяжести анализируемого депрессивного эпизода.

Для целей суицидологического анализа важен характер развития в данном случае суицидальных тенденций. Их динамика позволяет в какой-то мере проследить участие в их формировании как неблагоприятных психосоциальных воздействий, так и связанной с этим и постепенно углубляющейся депрессии и ее психопатологической симптоматики. Естественно, что проводимое здесь разделение факторов формирования суицидального поведения носит искусственный характер, так как в переживаниях больной эти моменты взаимосвязаны и взаимозависимы. Но подобное разделение позволяет в какой-то мере проследить именно характер этой зависимости, зарождение суицидальных тенденций из «реальных тупиков», в которых оказывается человек со сниженным фоном настроения.

Состояние больной на протяжении последних лет перед самоубийством может быть оценено как дистимия. Имеются достаточно четкие сообщения дочери больной, что с какого-то времени ее «все перестало радовать». Конечно, дистимия вовсе не исключает кратковременных периодов улучшения настроения и относительной социальной адаптации на протяжении всего времени существования этого болезненного состояния. Однако большую часть времени больные с дистимией обнаруживают снижение настроения, мрачные размышления, отсутствие перспектив, постоянное чувство дискомфорта.

У анализируемой больной этот дискомфорт, тревога за будущее и отсутствие перспектив во многом определяются и совпадающим по времени с психотравмами инволюционным периодом жизни, и связанными с этим климактерическими явлениями, и начинающимися сосудистыми нарушениями, и остеохондрозом. Поэтому любой из упомянутых выше диагнозов при акцентуации тем или иным специалистом «своей» симптоматики будет и справедлив, и недостаточен.

Однако снижение фона настроения (при любом диагнозе любого специалиста) не вызывает сомнений. Это снижение и соответствующая симптоматика позволяют говорить о клинически очерченном депрессивном расстройстве, носящем первоначально легкий или умеренный характер и колеблющемся в своей интенсивности. На этом фоне на протяжении года больная постоянно сталкивается с трудностями лечения матери, а последние полгода — с потерей средств к существованию. Любого рода отказ в помощи со стороны тех или иных инстанций приводит к мучительному (на первом этапе) переживанию, невозможности найти выход из тупика, в котором она находится.

И в то же время прозвучавшее после очередного отказа восклицание: «Что же мне, вешаться, что ли!» — хотя и весьма эмоциональный, но скорее риторический ответ на случившееся, еще не говорящий однозначно о наличии суицидальных тенденций в тот период. Это стереотипное восклицание, весьма нередкое в ситуациях, выход из которых, по мнению человека, невозможен. Повышенная активность больной в плане поиска решения и выхода из сложившейся ситуации здесь еще сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью. С достаточными основаниями у больной может быть диагностирован в тот период астенодепрессивный синдром. Вместе с тем здесь отмечалось и весьма нередкое в условиях гиперактивности временное уменьшение и даже исчезновение соматовегетативной симптоматики.

Можно говорить о том, что за несколько месяцев (по крайней мере, за два) до суицида возникают вначале весьма неопределенные, а затем все более осознаваемые эмоционально-смысловые переживания,

связанные с возможностью самоубийства. Все это отмечается на фоне появления нового качества депрессивных переживаний («слезы высохли, стала как каменная», раннее пробуждение, резкое уменьшение приема пищи). Пока еще нет «зловещего покоя» пресуицидального синдрома, наблюдаемого после принятия окончательного решения о самоубийстве, но появляется страх выполнения просьбы матери об убийстве.

Этот навязчивый страх, с одной стороны, свидетельствует о несомненном изменении психофизиологического функционирования мозга, а с другой — о переключении характера переживаний больной с внешней активности, связанной с борьбой за изменение ситуации, на внутренние и близлежащие стимулы. Если ранее просьбы матери об убийстве воспринимались адекватно, то на этом этапе болезни с указанным выше «стимулом» уже связан навязчивый страх возможности осуществления этого. Сознание еще отвергает вероятность насильственного прекращения жизни, но в переживаниях больной все чаще зарождается и начинает приобретать осознаваемый характер тема смерти.

Изменению содержания переживаний и появлению темы смерти в психической жизни больной предшествует достаточно длительный период внешней активности, не

разрешающей, к сожалению, ситуацию. Каждое услышанное в очередных инстанциях «нет», с одной стороны, способствует еще большему снижению настроения, а с другой — сокращению числа возможных вариантов выхода из неблагоприятной ситуации. Если учесть, что существующая у больной дистимия и вне этой ситуации характеризуется прежде всего мрачным видением настоящего и пониманием бесперспективности будущего, то прекращение внешней активности — это своеобразный способ защиты от неблагоприятного воздействия, связанный со сменой объекта переживаний.

Смена объекта направленности психических переживаний в условиях неразрешенной неблагоприятной ситуации свидетельствует скорее о переходе интерперсонального конфликта в интраперсональный, нежели об исчезновении этого конфликта вообще. Но внутриличност-ный конфликт у больной в значительной степени определяется и наличием «другого Я»,— матери, постоянно просящей умертвить ее. Этот конфликт в первую очередь разыгрывается внутри, так как мать и ее болезнь, по существу, стали частью «Я» больной, хотя одновременно это еще и одна из сторон межличностного конфликта. Как это нередко отмечается в случаях интерперсонального конфликта, приводящего к покушению на самоубийство, суициденты нередко испытывают определенные затруднения в выборе объекта устранения конфликта (себя или другого).

В абсолютном большинстве случаев срабатывает механизм социализации, и возможная гетероагрессия заменяется на аутоагрессию. У анализируемой больной сознание до определенного времени вообще не допускало возникновения мысли о возможности убийства матери. И только качественное изменение психофизиологического функционирования приводит вначале к непроизвольному возникновению в переживаниях темы смерти и возможности убийства. Затем происходит своеобразное «снятие» этой темы и разрешение внутрипсихи-ческого противоречия путем устранения самой себя.

Одной из особенностей пресуицидального синдрома как состояния, непосредственно предшествующего покушению на самоубийство, у анализируемой больной *является* его относительная длительность и наличие весьма специфического дополнительного фактора в виде назойливо-стереотипных просьб матери о необходимости ее убийства. Отвергаемые сознанием до определенного времени просьбы в психозе легко переходят в свою противоположность — мысль о необходимости смерти матери через совместное самоубийство.

Как это характерно для пресуицидального синдрома, у анализируемой больной не только исчезает внешняя активность и в переживаниях возникает тема смерти, но и периодически наблюдаются состояния «отрешенности» (как наиболее четкая форма обращения к внутренним переживаниям). Однако и при «совершенной отрешенности» мать не исчезает из переживаний больной: «все время смотрела на мать». Изложенное выше говорит о том, что в данном случае мать — это не случайная жертва вследствие аффективно суженного сознания суици-дента, а существенный элемент внутри- и межличностного конфликта, реальное «разрешение» которого оказалось возможным только через расширенное самоубийство. Здесь мать — это часть самой больной.

Изложенные механизмы вовлечения матери в самоубийство, по мнению автора настоящей работы, — существенный, но далеко не единственный момент анализа совершенного больной суицида. В чисто клиническом плане важно, что формированию пресуицидального синдрома и непосредственным действиям по умерщвлению матери и самой себя предшествует переход от астенодепрессивной симптоматики к де-прессивно-деперсонализационным переживаниям («стала как каменная»). Отсюда вытекают и некоторые особенности самого расширенного самоубийства. Суицид, как это характерно для депрессивных больных, совершается рано утром. Для понимания состояния больной в тот период важно то, что на протяжении нескольких часов (по крайней мере, достаточно длительно, чтобы мать перестала реагировать на окружающее) больная совершает

убийство «самого близкого» ей че-

ловека, жизнь которого и определяет наличие психотравмирующей ситуации. Вне состояния измененной аффективности, определяемой понятием «болезненное бесчувствие», подобное «альтруистическое убийство» и последующее самоубийство (не имеющее личностного смысла самонаказания), по-видимому, невозможны.

Все обстоятельства случившегося, поведение больной до и после этого заведомо исключают какую-либо возможность понимания данной трагедии как связанного со злым умыслом (избавление от матери) преступления и последующего самонаказания. И чрезвычайная легкость сокрытия «преступления» в последующем (все известно только со слов самой больной), и характер предсмертной записки, и выраженность психопатологической симптоматики до и после случившегося — все говорит против любого рода предположений о «преступлении и наказании». Это вовсе не означает возможности самонаказания больной как во время самого депрессивного расстройства, так и после окончания болезненного состояния. С учетом появления после случившегося выраженной психотравмы лечение, включая психотерапию, здесь далеко не простое дело.

Не вызывает сомнений важная роль неблагоприятных психосоциальных воздействий в возникновении суицидальных тенденций у больных с депрессивными расстройствами. Однако целостный подход к рассматриваемым явлениям диктует необходимость использования для анализа суицида и оценки состояния больного принципов многоосевой диагностики. Поэтому оценка суицидогенного влияния психосоциальных факторов — это только одна из сторон (осей) анализа суицидальных феноменов при депрессии. Долевое участие неблагоприятных средовых влияний неодинаково и зависит от характера самого ситуационного фактора, особенностей клиники и личности суи-цидента. При этом суицидогенное действие личностного фактора при наличии депрессивного расстройства опосредуется имеющейся психопатологией.

Нередко при анализе депрессии и тех или иных суицидальных феноменов можно с уверенностью говорить о практическом отсутствии реальной психотравмирующей ситуации. Суть в том, что ситуация вначале создается в воображении суицидента и только в соответствии с особенностями его личности и психопатологическими расстройствами предстает как тупиковая, выход из которой, по мнению больного, возможен только через самоубийство. Приходится только удивляться, насколько ничтожным может быть тот или иной «факт», обстоятельство, которые обусловили принятие решения о самоубийстве. Но можно с достаточными основаниями говорить о том, что подобному «фак-

ту» всегда предшествуют такие особенности клиники и переживаний больного, которые делают формирование суицидальных тенденций в подобных случаях вполне закономерным.

Отдельные исследователи подчеркивают суицидогенное значение таких характеристик клинической картины, как чувство безнадежности, беспомощности (как самого больного, так и окружающих, помогающих человеку с депрессией). Эти характеристики могут выступать и как возможный интегративный показатель суицидального риска при депрессивных расстройствах, и как общая составляющая другой симптоматики, создающая своеобразный общий колорит картины заболевания в целом. Как уже отмечалось выше, по мнению таких авторов, как А. Бек и др., безнадежность и беспомощность имеют большее суицидогенное значение, чем сама депрессия. Понятно, что возникновение этих общих составляющих клинической картины (с различного рода оттенками и нюансами этих переживаний, носящих индивидуальный характер) во многом определяется преморбидными особенностями личности заболевшего. Поэтому знание личностных особенностей суицидента является существенным моментом суицидологического анализа в рамках депрессивного расстройства.

Роль личностных характеристик в формировании некоторых особенностей клинической

картины депрессивного расстройства и суицидальных тенденций в какой-то мере может быть проиллюстрирована на следующем примере.

Сорокалетний инженер-электрик в течение года дважды поступал в психиатрические больницы после попыток самоотравления. Из анамнеза обращало на себя внимание наличие депрессивных состояний у отца, который до настоящего времени периодически лечится у психотерапевтов и психиатров, хотя и продолжает работать. Развитие больного протекало без особенностей. Окончил школу, вуз. Женат, имеет дочь. Соматических заболеваний, за исключением простудных, на протяжении жизни не отмечалось. Алкоголь употребляет редко и в малых дозах. До настоящего времени работает по специальности.

С детских лет отличался робостью и нерешительностью. Всегда боялся, что «старшие ребята могут избить». С его слов, сказанных после выхода из болезненного состояния, «всегда был мнительный, робел до того, что после этого надо было приходить в себя». «С детства и до настоящего времени всегда испытывал состояние нерешительности, не знал, как поступать, и запинался по любому пустяку. Спросил у друга о чем-то, он ответил не то, что я ожидал, и я сразу замолчал, не зная, что ему сказать, хотя вопрос был пустяковый. Если

же задача сложная, то сразу запинаюсь и ухожу, а потом нерешительность и растерянность проходят, и прихожу в себя».

После окончания института уехал по распределению на Север. Там вскоре после начала работы по специальности, осенью, впервые возникло депрессивное состояние продолжительностью до двух-трех недель (более точно определить длительность этого приступа болезни пациент не смог). Но можно предположить и несколько большую длительность наблюдавшегося в тот период расстройства. Со слов больного, вскоре после начала работы появилась «нервозность, опасения за жизнь своих близких, потом опускались руки, не было желания работать, но заставлял себя, потом все прошло». К психиатрам не обращался, какого-либо лечения не получал. Как сообщал больной при поступлении в больницу спустя 16 лет после первого приступа болезни, «тогда на Севере не было желания жить, но мыслей о самоубийстве в то время не возникало». Через три года вернулся в Ленинград, и вскоре после возвращения вновь (осенью) отмечался кратковременный период «упадка сил и нежелание работать». К психиатрам не обращался. Начал работать по специальности, в работе отличался аккуратностью и педантичностью, считался хорошим специалистом. Спустя некоторое время был назначен руководителем группы.

Однако, со слов больного, периодически осенью болела голова и стал бояться холода. Летом эпизодически болела голова («в виде сверления в теменной и лобной области»), иногда отмечалась раздражительность. Все эти явления имели место на фоне колебаний артериального давления. Но в целом на протяжении 16 лет состояние было удовлетворительным, с работой справлялся, отношения с женой и дочерью были хорошими.

За несколько месяцев до совершения настоящего суицида и поступления в психиатрическую больницу купил подержанную машину. «В мае этого года голубая мечта превратилась в реальность. Но сразу же испугался, смогу ли содержать и машину, и гараж. Когда в октябре получил права, то стали мучить мысли, справлюсь ли». В сентябре-октябре появился непонятный и беспричинный страх («почувствовал себя мелким перед новыми русскими. Это как детский испуг перед взрослыми ребятами»). В октябре стало тяжело вставать по утрам, затем почувствовал, что стал менее сообразительным.

Со слов больного, с середины ноября «постепенно опустились руки, дошел до определенной степени усталости». Когда же у стоящей под окнами машины сняли номера, «произошел моральный обвал с потерей психических сил и апатией». «Физически ощущал моральную слабость и беспомощность, ни на что уже не надеялся. На работе дали

понять, что не справляюсь с обязанностями. Начальник сказал: «Мне мебель не нужна», что явно относилось ко мне, и перед этим были намеки. Да и работать уже не мог, не понимал, ставить или не ставить размеры на чертеже. Эти сомнения были всегда, но меньше. Полностью перестал вписываться в ритм жизни». В это время наблюдалась некоторая двигательная заторможенность, жаловался на «пустоту в голове и страхи». Считал, что он уже никогда не сможет работать и жить нормальной семейной жизнью. Вспомнил, что когда-то пытался обратиться к психиатру, но «по глазам врача понял, что ему помочь невозможно, и решил, что больше никогда к психиатрам не пойдет».

За неделю-две до совершенного больным суицида появились мысли, что он виноват перед женой, и значит, она может найти себе «более достойного человека». В тот период идеи самообвинения сочетались и с бредом отношения, вспоминал, что «еще летом» намекали, что у него «неладно с головой, всеми действиями показывали, что я не нужен, говорили про какие-то капельки, но я знал, что мне не поможет никакое лечение, так как идет сплошная тупость в голове, мякина, ничего не могу запомнить». Появились мысли, что он должен умереть, чтобы освободить жене место для более достойного человека.

Конкретное решение о самоубийстве и выбор способа смерти возникли непосредственно перед суицидом. Однако после появления мыслей о необходимости смерти лавинообразно стали нарастать «доказательства» его несостоятельности: полностью перестал справляться, по его мнению, с работой, не смог поставить машину в гараж и т. п. Обвинял себя в том, что зря купил машину, гараж, сдавал на права. Постоянно испытывал сомнения по поводу любого действия («даже по поводу самоубийства ничего не мог решить, считал, что надо еще подумать»). Отмечались трудности засыпания и раннее пробуждение, почти постоянно стал чувствовать сухость во рту. В первых числах декабря утром с целью самоубийства выпил пол-литра технического растворителя. Был обнаружен женой в бессознательном состоянии и направлен «скорой помощью» в токсикологический центр, а оттуда переведен в психиатрическую больницу.

В больнице на протяжении месяца был вял, заторможен, интереса к происходящему вокруг не обнаруживал, на большинство вопросов отвечал односложно. На фоне проводимой терапии антидепрессантами стал несколько более контактен. Совершенную им попытку самоубийства объяснял плохим самочувствием. На вопрос о наличии суицидальных мыслей сказал: «Думаю, что нет». Объясняя свое состояние, заявил, что у него «не проходит спад сколько уже времени».

В дальнейшем на протяжении месяца был спокоен, избирательно контактировал с больными, участвовал в различного рода работах и реабилитационных мероприятиях. О своих переживаниях говорил: «Психическое состояние стало более ровным, но оптимистических мыслей нет, не думаю, что найду место работы и смогу обеспечить семью». Однако постепенно настроение выровнялось, стал высказывать реальные планы на будущее (в том числе в отношении работы и семьи).

В середине марта, находясь в пробном отпуске, совершил повторный суицид. «Вначале мыслей о новом самоубийстве не было, хотя и не знал, как дальше буду жить и буду ли жить вообще. Однажды проснулся в 4 утра, лежал, думал, а около 10 вновь выпил растворитель». В течение недели находился в токсикологическом центре, а затем вновь переведен в психиатрическую больницу. В отделении в первые дни был несколько растерян, жаловался на скованность. Совершение повторного суицида объяснял вновь плохим самочувствием. «У меня отсутствие чувств, полное бесчувствие на один-два дня, а потом немного проходит. Я не могу это пережить и справиться, ничего не могу организовать. Был бы я калека и жил бы неизвестно на что. Но я всю жизнь был с депрессией и к людям относился с боязнью».

На отделении в течение первых двух месяцев был пассивен, вял, залеживался в постели. Пассивно выполнял просьбы и инструкции, принимал пищу и лекарства. Настроение было

резко сниженным. Свое состояние оценивал как «никакое». Временами был раздражителен, заявлял, что ему «все надоело», на короткое время становился тревожным и беспокойным. Но большую часть времени был равнодушен к происходящему вокруг. Спонтанно жалоб не высказывал, но при расспросах жаловался на слабость, апатию, говорил, что «в голову приходят только самые печальные воспоминания». Называл себя «неудачником во всем».

Однако постепенно настроение выровнялось, нормализовался ночной сон, исчезли отмечавшиеся ранее состояния тревоги и беспокойства. Стал заметно активнее, оживилась мимика. Появились адекватные эмоциональные реакции, с его слов, «снова стал чувствовать». Включился в трудовые процессы и реабилитационные мероприятия на отделении. Стал интересоваться сроками его пребывания в больнице, в дальнейшем все более активно просил о выписке. Критически оценивал перенесенное им болезненное состояние, сожалел о совершенных им суицидах. Объяснял покушения на самоубийство тем, что «не видел никаких перспектив для жизни и было очень тяжелое состояние». Беспокоился о возможности рецидива болезни, обещал принимать дома лекарства, выполнять указания врачей. На свиданиях

с женой вел себя адекватно, строил реальные планы на будущее. Спустя четыре месяца после совершенного повторного суицида и поступления в психиатрическую больницу был выписан домой под активное наблюдение психоневрологического диспансера по месту жительства.

Не вызывает особых сомнений наличие у описанного выше больного рекуррентного депрессивного расстройства, о чем свидетельствует присутствие в прошлом депрессивных эпизодов, имеющих сезонный характер. Но если ранее отмечавшиеся приступы могут быть ретроспективно оценены как легкие, то описанное выше весьма длительное состояние — это уже тяжелый депрессивный эпизод с пси-, хотическими симптомами. О тяжести этого состояния свидетельствует! не только выраженная психопатологическая симптоматика (включая конгруэнтный настроению бред самообвинения и отношения), но и| наличие повторных тяжелых суицидов в течение одного приступ* болезни. Однако в данном случае существенное значение в клиниГ ческой картине депрессивного расстройства и формировании суицид дальных тенденций имеют и отмечавшиеся уже в преморбиде личн» стные особенности больного. В соответствии с существующей в настоящее время систематикой (МКБ-10) эти особенности могут быть квалифицированы как ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.

Эти личностные особенности хорошо чувствует сам больной во время приступа болезни: «всю жизнь был с депрессией и боялся людей». Однако в целом на протяжении жизни он был достаточно адаптирован. Некоторые особенности его взаимоотношений с окружающими были связаны только с наличием тревожно-мнительного характера. За исключением легкого депрессивного эпизода вскоре после окончания вуза и повторившегося через три года кратковременного состояния «с упадком сил и нежеланием работать», отмечавшиеся на протяжении жизни сезонные колебания настроения, протекавшие с ухудшением самочувствия и головными болями, не оказывали существенного влияния на жизнь и возможности его адаптации. Да и личностные особенности скорее отражались на характере его переживаний после тех или иных «неприятностей», нежели препятствовали возможностям социально-трудовой адаптации. Здесь в первую очередь отмечался субъективный дистресс, а не выраженные нарушения интерперсональных отношений, психические и поведенческие расстройства.

Несмотря на вполне определенную сезонность колебаний настроения, можно отметить, что само их возникновение в какой-то степени связано с особенностями личности. Возникновение этих легких де-

прессивных эпизодов каждый раз протекает на фоне изменения условий жизни (начало работы после распределения, возвращение в Ленинград). Естественно, что смена жизненного стереотипа — это необходимость адаптации к новым условиям. Совпадающие по времени с сезонными колебаниями настроения, эти события, с одной стороны, выявляют скрытые в обычных условиях дефекты психофизиологической организации, а с другой стороны, выступая как стрессогенные факторы, способствуют формированию самого депрессивного расстройства. Однако до определенного времени и колебания настроения, и личностные особенности не приводят к возникновению психического расстройства.

Появлению тяжелого депрессивного эпизода предшествуют и различного рода ситуационные моменты типа покупки машины и гаража, получение прав. Однако расценивать эти и им подобные события в жизни больного как психотравмирующие факторы, приводящие к возникновению так называемой реактивной депрессии, не представляется возможным. Вместе с тем все эти «факты» и события начинают все больше фигурировать в переживаниях больного в рамках постепенно развивающегося и усиливающегося депрессивного расстройства. Но вовлечение этих, практически индифферентных, явлений действительности в круг болезненных переживаний определяется в первую очередь особенностями личности, которые в рамках депрессии создают воображаемые тупиковые ситуации.

Само чувство безнадежности и беспомощности, как уже отмечалось (по мнению ряда исследователей, эти особенности клиники выступают ведущим фактором суицидального риска в депрессии), здесь заведомо формируется не из ситуации, оказывающей неблагоприятное воздействие на человека, а из особенностей личности. Тревожно-мнительная личность при депрессивном расстройстве на фоне сниженного настроения, сочетающегося с чувством бесперспективности, получает возможность превращать в «тупики» любые происходящие события и жизненные явления. Пессимистическая оценка окружающего, отсутствие или мрачное видение будущего, характерные для депрессии, благодаря личностным особенностям достаточно быстро превращаются в переживание безнадежности.

Эти же личностные особенности способствуют формированию идей самообвинения, приобретающего все более масштабный характер. Появление в рамках депрессии идей отношения, конгруэнтных настроению, свидетельствует о несомненном нарастании тяжести депрессивного расстройства. Но исключить возможное участие в формировании этого психопатологического феномена тревожно-мнительного харак-

тера, по нашему мнению, было бы неправильно. Безусловно, искусственное вычленение того или иного фактора (личностных особенностей или измененного настроения) в рамках целостной психической жизни связано, прежде всего, с необходимостью учета каждого из этих моментов в формировании психопатологической симптоматики. Говорить же о своеобразном «долевом участии» этих факторов в том или ином феномене, по существу, невозможно в силу их практической неразделенное™ и взаимовлияния.

Однако для целей суицидологического анализа учет личностных особенностей в данном случае представляется абсолютно необходимым. Наличие конституциональных, присущих пациенту на протяжении всей жизни, особенностей личности обусловливает необходимость более осторожного и взвешенного подхода к лечению больного в постсуицидальном периоде. В данном случае суицидологическая своеобразная «поственция» связана не только с профилактикой возможного повторного возникновения депрессивного расстройства, но и с необходимостью определенной работы по возможной трансформации установок личности или обучению копинг-поведению. Поэтому здесь своеобразная антисуицидальная психотерапевтическая работа на этапе выхода из депрессивного состояния становится ведущим звеном профилактики повторного суицида.

Для этого назначить лечение только антидепрессантами с присоединением стабилизаторов настроения заведомо недостаточно. По нашему мнению, здесь необходимо непосредственное вовлечение пациента в активный анализ суицида.

Этот анализ связан с определением роли особенностей личности в возникновении суицидальных тенденций. Механизмы возникновения самого депрессивного расстройства (с учетом имеющегося фактора наследственной отягощенности) в данном случае вряд ли могут быть детально охарактеризованы с точки зрения этиопатогенеза болезни. Поэтому анализ здесь связан не столько с клиникой имеющегося эпизода тяжелой депрессии, сколько с механизмами включения личностных характеристик в формирование суицидального поведения в рамках депрессивного расстройства. Вычленение того или иного фактора всегда носит искусственный характер. Естественно, что сама по себе клиника депрессии, тяжесть наблюдающейся в данном случае симптоматики (типа болезненного бесчувствия, бредовых идей самообвинения и отношения и др.) — это тоже существенный момент переживаний, приводящий к возникновению чувства безнадежности.

Но если тяжесть нарастания психопатологической симптоматики в первую очередь определяется внутренними механизмами развития болезни, то роль личности в формировании суицидальных тенденций

далеко не однозначна. С учетом многообразия социальных связей, этно-культуральных и психофизиологических особенностей личность в рамках депрессивного расстройства чаще всего выступает как антисуицидальный фактор. Это обстоятельство подчеркивают многие исследователи (Краснов В. Н., 1982 и др.). С другой стороны, те или иные личностные характеристики могут служить своеобразным «кристаллизатором» как возникновения суицидального намерения, так и его реализации. В силу этого отнесение отдельных личностных констант к группе постоянно действующих суицидальных или антисуицидальных факторов вряд ли оправдано.

У анализируемого больного тревожно-мнительный характер, безусловно, способствовал формированию или усилению чувства безнадежности и беспомощности. И только на этапе возникновения мыслей о самоубийстве мнительность больного, возможно, в какой-то мере на короткое время задержала формирование четкого и однозначного решения о самоубийстве. Но в целом отрицательная («суицидогенная») роль ананкастной личности пациента в данном суициде очевидна. Постоянные сомнения, затруднения с принятием решения, приводящие ранее к субъективному дискомфорту, по мере развития депрессивного состояния способствуют нахождению все новых «фактов», доказывающих неспособность больного, его никчемность, тяжесть развившейся у него болезни и отсутствие каких-либо перспектив на выздоровление и дальнейшую жизнь и работу.

Естественно, подчеркивая выше значение фактора личности в формировании в данном случае суицидальных тенденций, нельзя игнорировать и роли других факторов. Но у анализируемого больного значение особенностей личности для возникновения и развития суицидальных тенденций выступает, по нашему мнению, достаточно наглядно. В какой-то мере эта наглядность объясняется отсутствием в данном случае реальной психотравмирующей ситуации или сопутствующего депрессивному расстройству соматического заболевания, что диктовало бы необходимость анализа и этих моментов в рамках многоосевой диагностики.

Отсутствие соматической болезни как самостоятельного заболевания вовсе не говорит о том, что в данном случае соматовегетативная симптоматика, обусловленная наличием самого депрессивного расстройства, не оказывала никакого влияния на возникновение антивитальных тенденций и мыслей о самоубийстве. Расстройства сна, головные боли, сухость во рту и другие проявления соматических признаков депрессии заведомо оказывают неблагоприятное воздействие на характер переживаний больного, не просто усиливая чувство дис-

комфорта, но и участвуя в формировании таких симптомокомплек-сов, как убеждение в наличии тяжелой, неизлечимой болезни безнадежности и беспомощности. Чувство безнадежности и беспомощности существенно усиливается с возникновением таких феноменов как мучительно переживаемое болезненное бесчувствие тягостное чувство отсутствия мышления и памяти, бреда самообвинения и отношения. Включаясь в контекст целостных переживаний тревожно-мнительной личности, отмеченные выше и связанные с депрессией сома-товегетативные и психопатологические феномены еще в большей степени усиливают чувство бесперспективности и безнадежности

Несомненное значение как в возникновении, так и в своеобразной стойкости суицидальных тенденций у анализируемого больного по мнению автора настоящей работы, имеет такой фактор, как затяжной характер относительно малопрогредиентного депрессивного расстройства. Уже само формирование чувства беспомощности и безнадежности, возможно, связано не столько с выраженностью депрессивной симптоматики, сколько с длительностью ее существования и отсутствием динамики психопатологических феноменов. Отмеченное выше положение о суицидогенной роли фактора длительности депрессивного состояния вовсе не является чисто умозрительным выводом и своеобразной психологической интерпретацией психопатологии оно совпадает с наблюдениями исследователей суицидального поведения при депрессивных расстройствах.

Изложенное выше диктует необходимость учета такого внешне не имеющего прямого отношения к суицидальному поведению фактора, как уровень социальной адаптации в течение истекшего года (ось У многоосевой диагностической системы). Именно возможности адаптации являются показателями тяжести депрессивного расстройства. И если в одних случаях наличие симптомов депрессии только затрудняет, но вовсе не лишает больного трудоспособности и возможности поддержания нормальных взаимоотношений с окружающими (включая семью), то в других - уже выраженный субъективный дистресс оказывается серьезным препятствием для выполнения работы и общения с близкими. Отсюда вытекает значение для суицидологического анализа оценки уровня социального функционирования как в пре-, так и в постсуицидальном периодах.

У анализируемого больного не вызывает сомнений наличие субъективного дистресса, в том числе и связанного с выполнением привычной работы в период времени, предшествующий суициду Однако до определенного времени зона переживаний, выявляющих формирующиеся депрессивные феномены, лежит скорее в бытовой нежели

в производственной сфере. Привычные производственные операции в меньшей степени включаются тревожно-мнительной личностью в психопатологические переживания, обычные бытовые «радости» (покупка машины, гараж, получение прав и проч.) становятся своеобразным психотравмирующим моментом. И хотя содержание бредовых идей самообвинения и отношения связано в первую очередь с производственной сферой, «суицидообразующие» симптомокомплексы, такие как чувство безнадежности и беспомощности, по-видимому, скорее формируются в повседневной внеслужебной деятельности больного. Нарушение адаптации в семейной и обычной бытовой деятельности в период времени, предшествующий суициду, здесь не вызывает сомнений.

Очевидно, в данном случае суицид выступает не просто как признак болезни, окончательно выявляющий наличие депрессивного расстройства, но и как важнейший показатель резкого ухудшения социальной адаптации больного. Характер суицида, его тяжесть и возможные последствия как для здоровья суицидента, так и для его социально-трудовой адаптации — это существенный критерий многоосевой диагностики. Но оценка адаптации выступает как компонент оценки тяжести болезни, а при наличии суицидальных тенденций — как еще и один из своеобразных показателей возможного

сохранения этих тенденций уже после попытки самоубийства. Поэтому анализ адаптации в постсуицидальном периоде является одним из факторов профилактики повторного суицида.

В анализируемом суициде достаточно, на наш взгляд, рельефно выступало значение личностного фактора для формирования суицидальных тенденций в рамках депрессивного расстройства. Вместе с тем, как и все суициды, рассматриваемые в настоящей главе, этот случай показывает, что сами по себе такие факторы, как психотравмирующая ситуация или особенности личности, обнаруживают свое «суицидогенное» действие прежде всего в условиях формирования депрессии и через психопатологические симптомы, связанные с депрессивным расстройством. Эти симптомокомплексы определяются как наличием отдельных признаков депрессии, так и своеобразной «отрицательной» окрашенностью симптоматики депрессивного состояния, связанного с наличием соответствующего эмоционального фона.

При достаточной выраженности психопатологических расстройств нередко сама депрессия выступает как определяющее звено формирования суицидальных тенденций. В ряду психопатологической симптоматики депрессии имеется ряд симптомокомплексов, играющих роль наиболее значимых факторов суицидального риска. Многие исследо-

ватели подчеркивают неблагоприятное суицидогенное значение таких признаков болезни, как длительная мучительная бессонница, наличие тревожно-ажитированного состояния, бреда самообвинения, греховности, ипохондрического и др., чувства безнадежности, отчаяния, беспомощности и других феноменов. Значение той или иной симптоматики меняется в зависимости от стадии развития депрессии и других обстоятельств.

Одним из таких обстоятельств является наличие при аффективных расстройствах смешанных состояний, связанных с элементами маниакального синдрома в рамках депрессии. Суицидогенное значение отмечавшихся здесь тревожно-ажитированных состояний резко возрастает. Особое значение тревожных состояний, сочетающихся с усилением двигательной активности, во время формирования суицидальных тенденций обнаруживается в начальных стадиях развития болезни. У больных нередко можно отметить своеобразное сочетание (а чаще очень быстрые переходы) суицидальных тенденций, обусловленных как психотическими расстройствами, так и реакцией личности на развивающуюся болезнь. Эта реакция (как ответ личности на периодически частично осознаваемое начинающееся психическое расстройство) чаще всего в переживаниях больного выглядит как «страх сойти с ума». Подобный «страх» и связанное с этим суицидальное поведение по характеру переживаний отличаются от реакции здоровой личности на болезнь в ремиссии.

В качестве иллюстрации сказанного ниже приводится описание приступа болезни и суицида, совершенного двадцатилетней студенткой факультета экономики и менеджмента.

Из анамнеза пациентки можно отметить следующее. Родители рано разошлись. Росла и воспитывалась матерью и отчимом, отношения с которым на протяжении последних лет достаточно конфликтные. Раннее развитие протекало без особенностей. В школе до 9-го класса училась хорошо, занималась бальными танцами, участвовала в самодеятельности. В старших классах успеваемость резко снизилась, так как «увлекалась мальчиками и дискотеками». Однако школу закончила и поступила в институт.

Из перенесенных заболеваний отмечаются простудные, частые ангины, острый цистит, в детстве — аллергический бронхит и дерматит, в юношеском возрасте — гиперплазия щитовидной железы. Алкоголь употребляла эпизодически и в умеренных дозах. Однажды на дискотеке приняла героин и затем периодически вдыхала его 2-3 раза в неделю на протяжении полугода. С ее слов, «было влечение, но без ломки». В это время сожительствовала с парнем, оказавшимся наркома-

ном. После того как ее сожитель был осужден, употребление героина прекратила. Отмечалась одна беременность, закончившаяся абортом.

Спустя два месяца после прекращения употребления героина, в конце сентября, стала чувствовать себя «уставшей», периодически жаловалась на слабость, считала себя «простуженной», беспокоили головные боли, чувство дурноты, головокружения, страх упасть в обморок в транспорте. Затем прекратились менструации и появились боли в животе. Лечилась и обследовалась у самых различных специалистов: терапевта, гинеколога, эндокринолога и др. Ни один из них не находил патологии, объясняющей состояние пациентки. Однако в дальнейшем (в ноябре) стала чувствовать, что она «плохо соображает», а «мысли то скачут, то сбиваются в кучу и останавливаются». Настроение было неустойчивым: тревога, порой доходящая до паники, сменялась «какой-то приподнятостью и даже восторгом, но это очень быстро проходило». В начале декабря состояние резко ухудшилось. Прекратила занятия, дома не находила себе места, порой начинала метаться по квартире. Настроение было сниженным, тревога сменялась безразличием, но «успокоиться все равно не могла, все время двигалась». Чувствовала, что «не владеет своими мыслями, сходит с ума». Эти переживания еще больше усиливали состояние паники. Возникли мысли о том, что она «пожизненно обречена на психиатрическую больницу». Неожиданно подумала, что, «чем попасть в психушку, лучше умереть». С этой целью приняла 30 таблеток фена-зепама.

Сразу после приема таблеток «наступило успокоение и умирать уже не хотелось». Сама промыла себе желудок, чувствовала себя удовлетворительно. Но настроение по-прежнему было сниженным, и «с головой было не в порядке». Сама попросила родителей направить ее к психоневрологу. Лечилась амбулаторно амитриптилином и галоперидолом. Во время лечения настроение было сниженным, чувствовала, что «весь мир вокруг был чужим и черным, ничего не было родного». Было ощущение пустоты в голове, не могла сосредоточиться, время от времени снова ощущала, что сходит с ума. Временами было переживание ускоренного течения времени, глядя в зеркало, замечала, что она изменилась и «никогда не поправится». Вновь возникли мысли о самоубийстве, приняла с этой целью цикл од ол (50 таблеток).

Была обнаружена родителями в бессознательном состоянии и направлена в реанимационное отделение, а оттуда переведена в психиатрическую больницу. В больнице в первые дни была доступна контакту, но выглядела встревоженной и возбужденной, временами в беседе

легко раздражалась, начинала плакать. Наличие суицидальных мыслей и обманов чувств отрицала, но сообщила, что «после циклодола дома видела сцены войны». Жаловалась на периодически возникающую тревогу и снижение настроения, отмечала эпизодические навязчивые мысли, сопровождающиеся тревогой. Постепенно настроение выровнялось, наладился сон, появилась критика к болезни в целом и отдельным ее проявлениям. Сожалела о совершенных ею попытках самоубийства, высказывала реальные планы на будущее. Находилась в психиатрической больнице полтора месяца и выписалась домой в хорошем состоянии. Катамнестическое наблюдение в течение трех лет не обнаружило выраженных колебаний настроения, галлюцина-торно-бредовых переживаний или симптомов эмоционально-волевого дефекта. Учится и работает.

Сложность диагностики характера психического расстройства у анализируемой больной не вызывает сомнений. Однако в рамках проводимого нами анализа важнейшее значение имеет не столько нозологическая отнесенность описанного выше приступа болезни, сколько оценка характера психопатологической симптоматики, на фоне которой больная дважды пытается покончить с собой. И хотя выделение и четкая квалификация ведущего синдрома в условиях своеобразной «турбулентной фазы» начала приступа болезни здесь

далеко не простое дело, можно с достаточной уверенностью отметить, что в данном случае на первый план выступают изменения эмоциональности с ведущим депрессивным компонентом в полиморфной симптоматике заболевания.

Трудности оценки болезни определяются не только полиморфной симптоматикой приступа болезни, но и наличием ряда анамнестических вредностей, по-видимому, сыгравших свою роль на этапе формирования психического расстройства. И если уже в самом начале болезни достаточно выраженную неврозоподобную симптоматику весьма сложно связать с каким-то определенным фактором, то дальнейшее течение и отчетливые тревожно-депрессивные переживания позволяют говорить об аффективном расстройстве. Однако неустойчивость настроения («какая-то приподнятость»), периодическое речедвигатель-ное ускорение (до степени ажитации), ускорение течения времени, деперсонализационно-дереализационные и навязчивые феномены дают основания расценивать это состояние как смешанное.

Поэтому, оставляя в стороне возможные варианты нозологической отнесенности наблюдающейся болезни (шизоаффективный психоз? циркулярная шизофрения? атипичный МДП? острое полиморфное психотическое состояние без симптомов шизофрении? и проч.), в пла-

не задач нашей работы следует остановиться на суицидологическом анализе представленного выше наблюдения. Этот анализ тем более необходим, так как рассматриваемый здесь суицид, с одной стороны, является следствием усиливающихся психических расстройств, а с другой — выступает как фактор выявления психопатологической симптоматики. Только после суицидов и для самой больной, и для ее окружения наличие психических расстройств, требующих лечения, не вызывает сомнений. Суицид как бы переводит субъективно переживаемые нарушения психического функционирования в разряд объективно обнаруживаемых нарушений социальной адаптации.

По остроте развития суицидальных феноменов, скорости перехода появившихся замыслов в конкретные действия по самоуничтожению первый совершенный больной суицид может быть отнесен к разряду «молниеносных». Однако не вызывает сомнений, что «скоротечный» по темпу возникновения и исчезновения суицидальных намерений суицид имеет четко выраженную «предысторию». Ему предшествует вполне определенная психопатологическая симптоматика, суицидо-генное значение которой не вызывает сомнений. По-видимому, для формирования суицидальных тенденций определенное значение имело наличие признаков смешанного состояния, включающего и разноплановую симптоматику, и возможность быстрой смены характера переживаний. Не случайно выше уже писалось о возможной оценке этого суицида как реакции здоровой психики на частично осознаваемую болезнь. Однако подобная оценка — скорее метафорическое выражение, нежели действительное объяснение механизмов возникновения в данном случае суицидальных феноменов.

Среди факторов, способствующих формированию суицидальных тенденций у анализируемой больной, наряду с упомянутыми выше клиническими особенностями, важнейшую (если не решающую) роль играет наличие тревожно-ажитированного состояния. Однако возникновение в данном случае ажитации в определенной степени облегчается наличием маниформной симптоматики, речедвигательным ускорением, частой сменой знака эмоционального фона. Наличие навязчивых феноменов и калейдоскопическая смена характера мыслительной деятельности (скачки идей, наплывы и остановки мыслей), с одной стороны, мучительно переживаются больной (исчезает чувство возможности управления психикой; «схождение с ума»), а с другой — способствуют «мгновенному» решению переживаемой ситуации, воспринимающейся как непреодолимый тупик.

Однако найденный больной выход в виде «молниеносного суицида», по нашему мнению,

свидетельствует не о реакции здоровой лич-

ности на болезнь (возможность подобной оценки упоминалась выше), а скорее о выраженных нарушениях психофизиологического функционирования мозга в рамках смешанного аффективного эпизода. По-видимому, постоянно меняющийся характер этих нарушений, частая смена состояния больной и клинической симптоматики в какой-то мере могут объяснить и такое же «молниеносное» исчезновение суицидальных тенденций сразу же после попытки самоубийства. Но принципиально нельзя исключить и начинающееся проявляться вскоре после приема лекарств противотревожное действие больших доз феназепама, дальнейший токсический эффект которого был предотвращен самой больной успешно проведенными мероприятиями по спасению самой себя. В данном случае совершенный суицид способствует своеобразному осознанию больной наличия у себя психического расстройства, требующего лечения. Существующий ранее субъективный дистресс сменяется достаточно адекватной оценкой нарушений социальной адаптации, связанных с психической болезнью.

Совершенный больной повторный суицид, по всей видимости, в наибольшей степени связан с тяжестью постепенно усиливающейся психопатологической симптоматики. Характер этой симптоматики затрудняет нозологическую оценку болезни в целом даже после выхода из болезненного состояния и при относительно длительном катамнестическом наблюдении в дальнейшем. Однако не вызывает сомнений, что самые разнообразные психопатологические феномены здесь наблюдаются на фоне четкого снижения настроения. Более того, большинство этих психопатологических симптомов (типа дереализационно-деперсонали-зационных) должны быть расценены как конгруэнтные основному фону настроения (депрессии).

Если в самом начале болезни наблюдалась преимущественно сома-товегетативная симптоматика, то по мере развития заболевания можно констатировать сдвиг симптоматики в сферу психических переживаний. В данном случае этот сдвиг только усиливает субъективную тяжесть испытываемых больной переживаний. Эта тяжесть определяется в первую очередь снижением настроения у больной, которое, в свою очередь, формирует ведущий симптомокомплекс наблюдающегося у нее аффективного расстройства. Все переживания больной имеют четкую депрессивную окраску. Однако по-прежнему отмечаются элементы смешанного состояния: ускоренное течение времени, наплывы мыслей, периодическое двигательное беспокойство. Но на первый план все более отчетливо выступает депрессивная симптоматика, обусловленная динамикой болезни.

Непереносимость испытываемых больной переживаний, по-видимому, связана не только с тяжестью и многочисленностью психопатологических феноменов, но и с отсутствием опыта «сосуществования» с ними. Подобный «опыт» приобретается по мере повторения приступов болезни. Не случайно, как отмечают многие исследователи проблемы «суицид и депрессия», наибольший суицидальный риск характерен для первых двух приступов рекуррентных депрессивных или биполярных аффективных расстройств.

Анализ повторного суицида не позволяет расценивать формирование суицидальных тенденций в рамках психологически понятной реакции на психическое заболевание. В отличие от наблюдающихся в ремиссиях (интермиссиях) суицидов психически больных, связанных с психотравмирующим (нозогенным) действием факта наличия тяжелой психической болезни, здесь возникновение суицидальных феноменов определяется тяжестью симптоматики и невозможностью, в силу болезненного видения ситуации, найти адекватный выход.

В данном случае нет реакции на болезнь как психотравмирующего фактора, есть

реагирование человека с депрессивным (аффективным, с учетом наличия элементов смешанного состояния) расстройством на тяжесть испытываемых им переживаний, сопровождающихся чувством беспомощности и безнадежности. Как и в случае первого суицида, во втором можно говорить о суициде как способе разрешения, выхода из своеобразного субъективного тупика, обусловленного непереносимостью испытываемых переживаний и невозможностью избавиться от них. Однако следует отметить относительно большую выраженность и субъективную тяжесть симптоматики, предшествующей второму суициду, что определяется углублением самой депрессии и сдвигом психопатологии в сферу психических переживаний.

В целом, представленное наблюдение показывает, что различного рода психопатологические феномены при депрессивных расстройствах могут сами по себе выступать как вполне определенный суицидоген-ный фактор. В рамках смешанных аффективных расстройств наличие выраженного депрессивного компонента в картине болезни тоже способствует формированию суицидальных тенденций. Отдельные психопатологические симптомы маниформного круга не препятствуют возникновению суицида при наличии сниженного фона настроения, в особенности связанного с тревожно-депрессивными и деперсонали-зационно-дереализационными переживаниями.

Однако снижение настроения в рамах депрессивного синдрома может обусловливать возникновение суицидальных тенденций и вне отмечавшейся выше психопатологической симптоматики, тяжесть ко-

торой как бы «оправдывает», по крайней мере, делает «психологически понятным» совершение суицида. (Выше уже писалось о том, что подобные суициды ни в коей мере нельзя расценивать как реакцию здоровой личности на частично осознаваемую болезнь, поэтому не случайно слова «психологическая понятность» здесь могут употребляться только в кавычках.) По существу, снижение настроения в рамках депрессий любого типа (тоскливой, тревожной или апатической) может определить возникновение суицида и при отсутствии выраженных личностных расстройств или психотравмирующей ситуации. Своеобразный микросоциальный конфликт здесь создается болезненно измененным восприятием привычных и повседневных явлений.

Внешне подобного рода покушения на самоубийство выглядят как маломотивированные или безмотивные действия, нередко носящие характер «молниеносных суицидов», при которых период от зарождения суицидального замысла до его реализации отличается исключительной кратковременностью. Внешняя «безмотивность» подобных суицидов объясняется относительной невыраженностью депрессивной симптоматики, отсутствием жалоб на тяжелые, непереносимые переживания, упорядоченным поведением и даже отсутствием нарушений функциональной адаптации до момента совершения суицидальной попытки. И только суицид выявляет (естественно, при соответствующей направленности обследования в постсуицидальном периоде) наличие депрессивного расстройства, проявлявшегося ранее в чувстве дискомфорта, соматизированной и неврозоподобной симптоматике. Как уже писалось выше, подобный суицид выступает как своеобразный «проявитель» скрытой ранее болезни и сам по себе является показателем тяжести депрессии, протекавшей ранее без так называемых классических признаков депрессивного синдрома.

Иллюстрацией подобного рода суицида, совершенного в депрессивном состоянии, служит следующее наблюдение.

Студентка технического вуза, 21 год, впервые поступила в психиатрическую больницу переводом из токсикологического центра, где находилась в связи с отравлением (с целью самоубийства приняла 35 таблеток димедрола). Из анамнеза пациентки известно следующее.

Данных о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Когда пациентке было 2 года, родители разошлись, мать оставила ее отцу (впервые встретилась с

матерью в 16 лет, отношения формальные, контактируют эпизодически). Воспитывалась отцом и мачехой, которая злоупотребляла алкоголем и после скоропостижной смерти мужа (отца пациентки) была лишена родительских прав. С 16 лет проживает у тети (сестры отца), отношения с которой «очень

хорошие». Кроме простудных заболеваний и обычных детских инфекций, тяжелых соматических болезней не отмечалось. Росла общительной, училась хорошо. Обучалась вначале в школе с гуманитарным уклоном, а затем поступила в подготовительный класс технического института (продублировав 10-й класс). На период поступления в психиатрическую больницу была студенткой 3-го курса. Половая жизнь — случайные связи, последние полгода имела регулярные отношения с одним из сокурсников.

Впервые признаки психического расстройства обнаружились весной за год до поступления в стационар. Постепенно снизилось настроение, появились головные боли и своеобразное чувство периодически возникающего напряжения. Временами думала о бессмысленности жизни, ничего не хотелось делать, чувствовала, что «стало трудно думать», не могла сосредоточиться. Было трудно читать, обдумывать учебный материал. Головные боли носили характер приступов и часто сопровождались «чувством жара или озноба».

Периодически возникающее состояние напряжения иногда становилось «нетерпимым» и резко уменьшалось после физической боли, связанной с нанесением себе повреждений. Мыслей о самоубийстве в тот период никогда не возникало. Однако трижды наносила себе относительно неглубокие самопорезы (ножом или бритвой) на бедрах и предплечье. «Практически после порезов напряжение исчезало, и даже настроение становилось лучше». *Со слов* больной, описанное выше состояние сниженного настроения с чувством напряжения и дискомфорта, снижением активности, затруднениями мыслительной деятельности продолжалось две-три недели, но «точно срок установить невозможно, так как границы этого периода размыты». К врачам в это время не обращалась, продолжала посещать институт, но «толком учиться тогда не могла, а потом все наверстала».

Летом чувствовала себя удовлетворительно, но «не самым лучшим образом». В том же году осенью «возникла легкость душевная и физическая и продолжалась всю зиму». «Всего хотелось, и все успевала: и учиться, и гулять. Потеряла девственность, заразилась гонореей, вылечилась. Мало спала, для сна пила водку, разбавленную соком. Лучший период в моей жизни продолжался почти полгода, а потом веселая жизнь кончилась, и весной снова начался спад».

Со слов больной, за две-три недели до настоящей госпитализации постепенно начало снижаться настроение и вновь периодически стала болеть голова. Во время приступа болезни головные боли отличались большей интенсивностью: «в затылочной и височной области как будто обливали горячим, потом были озноб и потливость, в ушах звенело,

и даже зрение портилось». Вначале отмечались состояния напряжения, но наносить себе самопорезы боялась, так как помнила, что последний раз, год назад, порезала себе вену и очень испугалась. Ощущала сухость во рту, все время хотелось пить. К трудностям засыпания присоединились ранние пробуждения.

Настроение постепенно снижалось все больше, стала чувствовать постоянную усталость, трудно усваивать учебный материал, во время чтения книг «ничего не понимала». Несмотря на это, пыталась ходить на занятия, но никого не хотела видеть и даже с тетей разговаривала мало. В дальнейшем «вообще уже ничего не хотелось, наступило безразличие». Заниматься не могла вследствие головной боли и «невозможности думать». Потеряла аппетит, пыталась заставлять себя есть, но из-за этого еще больше падало настроение.

Вернувшись в один из дней с занятий, почувствовала себя усталой, хотелось спать, «хотя знала, что все равно не усну». «Дальше, о чем бы ни подумала, все выходило плохо: с

подружкой в ссоре, с молодым человеком отношения не получаются, надо расставаться. Хотела спать, но вспомнила, что надо ехать на отработку. Чувствовала усталость, а не имела права на отдых. Все надоело. Решила покончить все разом и отдохнуть». Начала искать лекарства, которые принимали тетя и она сама. Затем написала предсмертную записку, адресованную тете: «Извини меня. Никто не виноват, устала. Больше так жить не хочу. Не хороните, а кремируйте». Затем приняла 35 таблеток димедрола и запила их водой.

Вскоре после того, как пациентка приняла таблетки, к ней пришел ее молодой человек. «В это время начала уже осознавать, что умираю. Ничего ему не сказала, попросила уйти, сославшись на плохое настроение». После его ухода легла в постель и начала засыпать. Но неожиданно у пациентки возникла рвота, в связи с чем она пошла в туалет, а затем вновь легла и уснула.

Пришедшая с работы тетя обнаружила грязь в туалете и пошла в комнату племянницы, чтобы сделать ей «внушение». Однако, обнаружив обертки от лекарств и предсмертную записку, вызвала токсикологическую бригаду. В токсикологическом центре, придя в себя, девушка начала плакать, высказывала сожаление, что ее спасли, причин суицида не объясняла. Через три дня была переведена в психиатрическую больницу с диагнозом: депрессивный синдром.

В больнице при поступлении плакала, была несколько депримиро-вана. Но уже через несколько дней и на протяжении всего периода лечения в целом вела себя упорядоченно. Речедвигательной заторможенности не отмечалось. Охотно контактировала с врачами. С ее слов,

только через несколько дней нахождения в больнице стала «обдумывать проблему, стоит жить или не стоит». «Наверное, потому, что изменилось настроение, сейчас жалею о сделанной глупости. Думаю, что этого никогда не повторю». Общалась с больными и персоналом, но была заносчива и высокомерна. На отделении пыталась быть в центре внимания, охотно принимала ухаживания мужчин и сама стремилась завести «романы» (находилась на реабилитационном отделении со смешанным составом больных), в поведении отмечалась манерность. Активно участвовала в различного рода реабилитационных и психотерапевтических мероприятиях, проводившихся на отделении.

Контактируя с врачами, хотела вызвать сочувствие, рассказывала о «множестве проблем», которые ей «приходится решать». Среди этих проблем определенное место занимала подтвержденная на отделении беременность (ранние сроки), но заявила, что это «лучше решать вне стен психиатрической больницы». В высказываниях и общем рисунке поведения периодически отмечались некоторые бравада и легкомыслие. Достаточно свободно сама сообщала о повышенной алкоголизации и половых контактах во время «веселой жизни зимой». По существу, пребыванием в психиатрической больнице не тяготилась, но в то же время просила о выписке («надо разбираться с беременностью и с учебой»). За время нахождения в больнице активного психофармакологического лечения не получала (за исключением феназепа-ма в течение нескольких дней после поступления). Активно общалась с тетей и своим молодым человеком, находясь в домашнем отпуске; занималась решением своих «проблем», обещала дома выполнять советы врача. Спустя месяц после нахождения в больнице была выписана домой под наблюдение психоневрологического диспансера.

За время нахождения в больнице дважды обследовалась психологом (сразу после поступления и за несколько дней до выписки). Обнаружена склонность к циклоидным колебаниям настроения, неуверенность и впечатлительность, повышенная самокритичность. Повторное обследование выявило улучшение умственной деятельности и эмоционального состояния, признаков депрессии не отмечено.

Анализируя характер психических и поведенческих расстройств пациентки, следует отметить, что наличие колебаний настроения в данном случае не вызывает сомнений. И

если до определенного возраста четких данных о циклоидном характере личности нет, то за год до совершенного пациенткой суицида можно с уверенностью говорить о возникновении хронической нестабильности настроения с периодами легкой депрессии и приподнятости, отличающихся сезонностью. В силу относительной невыраженности симптоматики повышенного

или сниженного настроения до определенного времени эти состояния, безусловно меняющие поведение и субъективные переживания больной, практически не замечаются окружающими и протекают ам-булаторно. Сама больная расценивает как проявление болезни только короткий период депрессивного состояния (на высоте развития депрессии). Продолжающееся на протяжении зимы состояние «легкости душевной и физической» с алкоголизацией, беспорядочными половыми контактами и другими «атрибутами» субмании никак не может быть расценено ею как признак болезни.

Наверное, и депрессивное расстройство переживается пациенткой как болезнь (а не психологически понятное снижение настроения, хандра и проч.) не в силу таких ее проявлений, как затруднения мышления, размышления о бессмысленности жизни, нежелание что-либо делать, а по причине выраженных соматовегетативных феноменов: жар, озноб, интенсивные локальные головные боли, чувство напряжения, снимаемое нанесением самоповреждений. Объяснить генез этих расстройств достаточно сложно. (Больной были даны рекомендации по дальнейшему обследованию после выписки из стационара — КТ? МРТ? Наблюдение в динамике невропатологом и другими специалистами.)

Однако не вызывает сомнений факт появления этих расстройств одновременно с достаточно четкими признаками депрессии. Поэтому интенсивность и общая депрессивная «окрашенность» этой, по форме — диэнцефальной, симптоматики говорит о несомненной связи этих переживаний с наблюдающимся в это время состоянием сниженного настроения. Выраженность соматовегетативной симптоматики здесь столь велика, что пациентка связывает возникающий у нее в тот период субъективный дистресс только с наличием этих явлений.

Со времени возникновения первого периода снижения настроения и на протяжении года у пациентки нет нормального и стабильного состояния. Наблюдаются периоды весеннего спада и осенне-зимнего подъема с отсутствием очерченных границ между ними, что отмечается и самой пациенткой. Даже во время нахождения в больнице нестабильность настроения больной отчетливо обнаружилась в быстром переходе от депримированности к «легкости физической и душевной». Только что совершившая суицид и сожалеющая о том, что ее спасли, больная пытается заводить «романы», держится высокомерно, не тяготится пребыванием в психиатрической больнице, не озабочена «внеплановой» беременностью и перерывом в учебе. О нестабильности состояния больной говорит и динамика показателей психологического обследования: неуверенность и повышенная самокритичность

сменяются отсутствием признаков депрессии со склонностью к колебаниям настроения.

В целом, можно с достаточной определенностью говорить о том, что симптоматика наблюдаемого периода развития аффективных расстройств позволяет оценить их как проявления циклотимии. Об этом говорят и невыраженность объективных признаков снижения и повышения настроения, отсутствие так называемых светлых промежутков и грубых нарушений социальной адаптации в состояниях измененной эффективности. Естественно, что описанные выше особенности поведения в субманиакальном состоянии никак не свидетельствуют о сохранении в тот период свойственных пациентке форм социальной активности и взаимоотношений с окружающими. Но усиление алкоголизации, повышенная половая активность, сочетающиеся с достаточно успешной учебой в вузе,

вряд ли могут быть расценены как заведомо неадекватные поступки, тем более как проявления болезни.

Оценка имеющегося психического и поведенческого расстройства на настоящем этапе его диагностики как циклотимии не исключает в дальнейшем возможности определенной коррекции этой диагностической оценки в плане возможного «утяжеления» диагноза. При большей выраженности психопатологической симптоматики, появлении более очерченных приступов измененного настроения болезнь может быть диагностирована и как биполярное аффективное расстройство, но в настоящее время, на этапе возникновения первых недостаточно выраженных приступов аффективных расстройств, для этого диагноза нет достаточных оснований. Дальнейшая динамика имеющихся расстройств позволит судить с большей определенностью и о наличии и характере органического поражения головного мозга, с чем, возможно, связаны атипичность и своеобразие клинической картины болезни в целом.

Естественно, что в плане задач настоящей работы важна не столько диагностическая оценка наблюдающегося психического расстройства, сколько суицидологический анализ совершенного больной покушения на самоубийство. А с точки зрения рассматриваемого в данной главе вопроса о взаимоотношениях суицидального поведения и депрессивных расстройств, решающим моментом выступает факт наличия у пациентки в период времени, предшествующий суициду, состояния депрессии. Несмотря на относительную невыраженность психопатологической симптоматики депрессивного расстройства, роль переживаний, связанных с депрессией, в формировании суицидального поведения не вызывает сомнений.

ГЛАВА 7

Внешне «молниеносный суицид», совершенный больной, выглядит как некий легкомысленный или, по крайней мере, недостаточно продуманный поступок, который совершен скорее в субманиакальном, нежели в депрессивном состоянии. Но и описание больной имеющихся в тот период переживаний, и рассмотрение самого суицида делают такого рода оценку неправомерной. Легкость возникновения мысли о необходимости «покончить все разом», возможно, определяется не только связанной с аффективным расстройством неустойчивостью настроения, но и колебаниями состояния, связанными с беременностью и интенсивностью соматопсихических переживаний. Однако этот последний фактор как раз и не фигурирует в объяснении мотивов суицида больной. Поэтому связать совершенный больной суицид с тяжестью и непереносимостью алгических и других соматовегетативных ощущений не представляется возможным.

Более того, в период времени, непосредственно предшествующий покушению на самоубийство, эти ощущения и переживания вообще не фигурируют в психической жизни пациентки. Здесь на первый план выступают собственно психические компоненты состояния: невозможность думать, чувство усталости и безразличия, пессимистическая оценка происходящего, бессонница. И хотя непосредственная «логика» («последняя капля» в принятии решения о суициде) выглядит как нечто инфантильно-капризное, личностный смысл совершенного покушения — скорее отказ от жизни, нежели желание изменения ситуации и «крик о помощи».

О выраженности намерения покончить с собой свидетельствуют обстоятельства совершенного суицида (знание или незнание смертельной дозы того или иного лекарства здесь не является критерием). Отсутствие посторонних, нежелание информировать пришедшего уже после приема лекарств молодого человека, предсмертная записка («кремируйте») и даже поведение после возвращения сознания — все это однозначно говорит о недвусмысленности желания уйти из жизни.

Внешне достаточно безобидная формулировка («усталость», желание «отдохнуть» и «покончить все разом») в данном случае оказывается чувством субъективного тупика, связанного с невозможностью выйти из круга депрессивных переживаний, а не так называемым «па-расуицидальным перерывом». Для понимания этого суицида важна

именно оценка субъективного мира больной, а не влияние ситуационного фактора, которого здесь, по существу, нет (необходимость ехать на отработку — внешне «последняя капля» — не рассматривается в дальнейшем как мотив для суицида и психотравмирующая ситуация и самой больной).

Поэтому так называемый микросоциальный конфликт как условие формирования суицидальных тенденций в данном случае — это чисто внутрипсихическое образование. Здесь суицид формируется только вследствие и под влиянием существующей психопатологии депрессивного расстройства. Ситуационный фактор как смыслообразующий элемент переживаемого депрессивным больным тупика в суициде фактически отсутствует. И даже «призма индивидуального видения» больной не превращает в данном случае никакие внешние обстоятельства в субъективно непереносимую ситуацию.

Это покушение на самоубийство выступает как одна из характеристик клиники болезни, непосредственно обнаруживающей наличие у больной аффективного расстройства. Одним из факторов повышенного суицидального риска может являться наличие в пресуицидаль-ном периоде беременности, связанной с повышенной эмоциональной лабильностью. По-видимому, к этим же факторам могут быть отнесены и наблюдавшиеся задолго до суицида аутоагрессивные тенденции (снятие эмоционального напряжения путем нанесения себе самопорезов без цели самоубийства). Возникающий при воспоминании об этих действиях страх повреждения вен и кровопотери снимается по мере углубления депрессии и появления «чувства безразличия».

В целом, представленное наблюдение показывает, что суицидальные тенденции могут формироваться в рамках аффективных расстройств различной нозологической отнесенности при наличии психопатологической симптоматики, существенно различающейся как по содержанию, так и по степени выраженности. При этом болезненные феномены, обусловленные наличием депрессивного расстройства, могут и вне какой-либо психотравмирующей ситуации привести к формированию на фоне антивитальных переживаний суицидальных намерений и их реализации, которая легче возникает в условиях эмоциональной лабильности и элементов аутоагрес-сии в прошлом.

В данном случае для возникновения суицидальных тенденций болезненные феномены, связанные с депрессивным расстройством, не формируют каких-либо субъективно-ситуационных конструктов, мотивирующих («оправдывающих») суицид. С другой стороны, как это нередко бывает при депрессивных расстройствах, здесь нет объективно существующей психотравмирующей ситуации. Не случайно совершенный больной суицид выглядит как безмотивный поступок, как демонстративный «каприз» психопатической личности с инфантильными и истероидными чертами. Но какой-либо демонстрации, «крика о помощи» здесь нет, суицид не обращен к окружающим, а отражает

только болезненные переживания в рамках субъективного мира депрессивной больной.

Однако депрессивные переживания (в рамках депрессивных или иных расстройств) могут создавать мысленные конструкты, выступающие, с одной стороны, как дополнительная психопатологическая симптоматика, а с другой — как непосредственный мотив суицидального поведения. В этих случаях возникает необходимость разграничения формулируемого самим больным мотива суицидального поведения от его действительных причин, зачастую не осознаваемых не только суицидентом, но и его окружением и даже контактирующим с ним врачом. С клинической точки зрения это разграничение определяется необходимостью выбора симптома (синдрома) — мишени для терапии. С точки зрения суицидологического анализа понимание действительных причин формирования суицидальных тенденций — это основа работы по предупреждению повторного суицида.

В качестве иллюстрации развиваемых выше положений можно привести следующее наблюдение.

Речь идет о 62-летнем мужчине, музыкальном работнике. Его брат-близнец с дочерью неоднократно лечились в психиатрических больницах. Каких-либо особенностей раннего развития пациента на протяжении достаточно длительного времени не отмечалось. Окончил школу и музыкальное училище, служил в армии, затем работал на производстве, а последние 30 лет является музыкальным работником. Женат, имеет взрослую дочь, проживающую вместе с родителями. Взаимоотношения в семье неровные вследствие алкоголизации больного. В последние годы диагностированы гипертоническая болезнь (И ст.), стенокардия, ИБС. На протяжении последних 20 лет злоупотребляет алкоголем, сформировался выраженный абстинентный синдром, пьет запоями до двух-трех недель. В связи с алкоголизацией возникали конфликты дома и на работе. Неоднократно лечился у наркологов, кодировался, однако ремиссии носили кратковременный характер.

Около года тому назад, перед госпитализацией в психиатрическую больницу в связи с суицидом, лечился в хирургическом отделении после аналогичной попытки самоубийства. Каждый из суицидов совершался после выхода из двухнедельного запоя. Через несколько дней после прекращения алкоголизации на фоне абстинентных явлений постепенно снижалось настроение, плакал, говорил, что он во всем виноват, просил прощения. Затем начинал говорить, что их всех «ничего хорошего не ждет, так как жена больна раком и должна умереть». (За полгода до первого суицида жена была прооперирована по поводу фибромиомы матки. Гистологическое исследование показало отсутствие зло-

качественной опухоли. До настоящего времени жена работает и чувствует себя хорошо.)

Спустя несколько дней после появления мыслей о «раке» больной с целью самоубийства нанес себе несколько самопорезов в области локтевого сгиба, а затем открыл газ на кухне. Однако жена и дочь почувствовали запах газа, а в дальнейшем обнаружили самопорезы у больного, который сообщил, что он открыл газ с целью самоубийства, потому что жена «тяжело больна и должна умереть». Был направлен в хирургическое отделение, где после наложения швов врачи в процессе обследования по поводу имеющейся соматической патологии упорно «убеждали» больного, что «никакого рака у его жены нет», и даже демонстрировали результаты гистологического исследования. Какого-либо психофармакологического лечения больной в это время не получал и, с его слов, «все время думал, что ничего хорошего не ждет и все равно надо умереть, но в больнице это не дадут сделать».

Дома по-прежнему сохранялись мысли о бесперспективности дальнейшей жизни, но спустя месяц настроение постепенно выровнялось, а переживания по поводу несуществующего рака у жены исчезли. Начал работать, около месяца не пил, а затем вновь началось запойное пьянство, сопровождающееся конфликтами в семье и на работе. Спустя год после первого суицида, весной, на выходе из очередного запоя вновь снизилось настроение («то молчал, то начинал плакать»). Жене и дочери объяснял свое состояние тяжелой болезнью жены («разубедить его в том, что никакого рака нет, никак не удавалось»). Спустя неделю после прекращения запоя, находясь дома один, вновь открыл газ и нанес себе несколько самопорезов на руке. Перед этим оставил приколотую на дверь квартиры записку: «Никого не винить». Эта записка спасла его, так как соседи, обнаружив ее, вызвали милицию и «скорую помощь». На этот раз больной был госпитализирован в психиатрическую больницу.

В больнице в первые дни плакал, ни с кем не контактировал, отказывался от пищи, говорил, что «жена тяжело больна и должна умереть». Свое состояние и совершенный им суицид объяснял тем, что он «переживает за жену». Продолжал периодически плакать, настроение оставалось сниженным, несмотря на неоднократные посещения его женой и дочерью и ссылки врача на цветущий вид жены, ее хорошее самочувствие и данные гистологии. Спустя неделю после поступления у больного развился делирий,

продолжавшийся почти две недели. Атипичность делирия состояла не только в его относительной длительности, но и в стереотипном характере возникающих в ночное время

делириозных переживаний: он находится дома и периодически начинает чувствовать, как брат душит его, а потом видит жену и дочь с розами. Вне состояний дезориентировки был вял, астенизирован, продолжал говорить о тяжелой болезни жены.

На фоне проводимой интенсивной терапии делириозные переживания исчезли, но на протяжении месяца настроение оставалось сниженным. На вопрос о жене или причинах суицида плакал, был немногословен, по-прежнему считал, что у жены рак. Несколько оживлялся только при вопросах об употреблении алкоголя, достаточно подробно сообщал о различных видах напитков, дозировке, друзьях и других атрибутах алкоголизации. Постепенно настроение выровнялось, но вместе с тем обнаружились достаточно грубые интеллектуально-мнести-ческие расстройства.

Сохранял ориентировку в месте, времени, собственной личности. Но не мог объяснить причин его настоящей госпитализации в психиатрическую больницу, говорил, что год тому назад хотел умереть («травился газом и резался»), а «сейчас просто прошел слух, что раньше пытался отравиться». О своем поведении перед госпитализацией сказал, что «в связи со слухами решил попробовать и включил газ, а записку оставил на тот случай, если бы умер». По-прежнему говорил о том, что жена больна, но отрицал желание умереть во время нахождения в больнице и перед госпитализацией. Не находил никаких противоречий в своем рассказе о «слухах и пробе на включение газа», отрицал посещение его в больнице женой и дочерью. На отделении поведение было упорядоченное, но оставался вял и безынициативен. Не мог сформулировать каких-либо планов и перспектив дальнейшей жизни, но мнимый рак жены уже никак не отражался на его будущем. Сожаления по поводу совершенного им ранее и перед настоящей госпитализацией суицида не обнаруживал, достаточно равнодушно говорил, что «хотел умереть, так как жена тяжело больна, у нее рак». Психологическое исследование подтвердило наличие грубого интел-лектуально-мнестического дефекта.

Диагностика характера психического расстройства на заключительной стадии интоксикационного поражения головного мозга не вызывает особых сложностей (иное дело — лечение). Вместе с тем можно предполагать, что в формировании этой энцефалопатии существенное значение имеют и гипертоническая болезнь, и начинающийся атеросклероз сосудов головного мозга. В любом случае наличие *у* анализируемого больного признаков органического поражения головного мозга несомненно. Выраженный интеллектуально-мнестический дефект, выявляющийся после исчезновения достаточно острой психотической

симптоматики, и даже картина затянувшегося делирия — все свидетельствует в пользу органического расстройства.

Не вызывает сомнений и наличие депрессивной симптоматики, формирующейся после прекращения запоя на фоне выраженной абстиненции. Картина развивающихся в это время психических расстройств такова, что можно с достаточными основаниями, в соответствии с современной классификацией (МКБ-10), диагностировать эту болезнь как «состояние отмены с психотическим расстройством преимущественно с депрессивными симптомами». У больного отмечается не просто снижение настроения в состоянии абстиненции, возникающее у абсолютного большинства больных в этом периоде, а психическое расстройство с ведущими аффективными нарушениями, объединяемыми понятием «депрессивный синдром». Естественно, что часть симптоматики депрессии выступает здесь как проявление абстиненции, что затрудняет своевременное распознавание и диагностику депрессивного расстройства.

В данном случае эта диагностика важна и с точки зрения адекватной терапии, и для

возможного предотвращения формирования суицидальных тенденций. Понятно, что любого рода терапия никогда не может дать абсолютной гарантии предотвращения суицида. Суицидологический анализ случившегося с больным уже перед первой госпитализацией (в хирургическое отделение) мог бы привести к адекватной оценке состояния пациента. Однако на этапе лечения и обследования в соматической больнице имеющаяся у больного депрессия не была своевременно распознана, но дело вовсе не в недостаточных знаниях врачей общего профиля психиатрии (эти знания действительно оставляют желать лучшего), а в характере клинической картины депрессии и своеобразии мотивировки больным совершенного им суицида. Заявления больного о «раке у жены», взятые вне контекста суицидального поведения, могут быть вполне расценены как проявления когнитивного дефицита, как ошибка суждений, а не связанная с депрессивными переживаниями заведомо болезненная переработка реально существующего факта.

И только сопоставление высказываний больного о «раке у жены» с совершенным им суицидом позволяет не просто адекватно оценить оба эти явления, но и связать их друг с другом. Целостный подход к психическим и поведенческим расстройствам наблюдающегося у больного исключает оценку данного суицида как обусловленного только ошибкой суждений, а клиническая симптоматика предстает уже не как проявления абстиненции, а как признаки депрессивного синдрома. Суицид, таким образом, выступает здесь как показатель тяжести

депрессии, а его мотивировка — это заведомо мысленный конструкт, обусловленный как депрессивными переживаниями, так и расстройствами памяти. В данном случае изначально отсутствует реальная пси-хотравмирующая ситуация и депрессивные переживания «подставляют» на ее место «мнимую действительность», связанную с обманами памяти. Переживания, в действительности связанные с выраженным психотравмирующим фактором (реальные опасения семьи по поводу «онкологии» в связи с предстоящей операцией), отмечались полгода назад, а после этого, до момента возникновения депрессивного расстройства, каких-либо реакций, обусловленных «тяжелой болезнью жены», у больного не обнаруживалось.

В целом, представленное выше наблюдение показывает возможность создания в рамках депрессивных расстройств чисто мысленных конструктов, эмоционально-смысловых образований, определяющихся характером психических переживаний, выступающих в качестве своеобразных «заместителей» реальных психотравмирующих ситуаций. Тем не менее эти конструкты выступают для больного как мотивировочная составляющая возникновения суицидальных тенденций. Подобного рода высказываемые больным мотивы суицида делают внешне психологически понятным совершенное покушение на самоубийство, что может вводить в заблуждение врачей, оценивающих случившееся с пациентом во время оказания ему помощи.

Адекватная оценка как самого суицида, так и наблюдающегося состояния — залог адекватной терапии и мероприятий по предотвращению повторного суицида. Но как раз у анализируемого больного совершенный им суицид не был понят как проявление депрессивного расстройства. Представленное наблюдение — еще одно доказательство того, что только правильное соотношение в диагностическом мышлении врача нозо- и нормоцентрического подходов к анализу суицидального поведения позволяет избежать ошибок одностороннего подхода в оценке суицида. Этот односторонний подход приводит к чисто психологическому объяснению психопатологических феноменов или, наоборот, игнорированию ситуационных влияний в случае психических расстройств.

В соответствии с заявленными в предисловии задачами клинического раздела работы в настоящей главе были проиллюстрированы отдельные аспекты взаимоотношений суицидального поведения и депрессивных расстройств и показаны трудности

диагностики, связанные со сложностью адекватной оценки как суицидов, так и депрессии. Путем анализа отдельных клинических наблюдений (обычная работа врача по оценке больного) рассматривались не столько общие клинико-ста-

тистические закономерности, сколько трудности индивидуальной диагностики каждого случая суицида. При этом каждый суицид рассматривался как с точки зрения влияния на его формирование депрессивного расстройства, так и с позиции значения суицидального поведения для диагностики депрессии и оценки ее тяжести.

Естественно, что и индивидуальный анализ каждого случая суицида, рассматриваемого в условиях нахождения больного в психиатрическом стационаре, является одновременно и иллюстрацией факторов суицидального риска в рамках общих закономерностей, установленных исследователями проблемы взаимоотношений суицидального поведения и депрессии. И хотя анализ отдельных наблюдений имеет другие задачи и не связан с установлением общих закономерностей, можно отметить, что наши данные не противоречат достаточно устоявшимся представлениям и выводам, опубликованным ранее в работах по этой проблеме.

В наших наблюдениях четко прослеживается роль в формировании суицидального поведения таких факторов, как этнокультуральные, психофизиологические и личностные характеристики суицидентов, наличие аутоагрессивного поведения в прошлом, алкоголизма, психо-травмирующей ситуации, характера психопатологии в рамках депрессивного или иного психического и поведенческого расстройства, протекающего с симптомами депрессии. Понятно, что в каждом конкретном случае роль того или иного фактора существенно меняется. И только индивидуальный подход к совершенному больным суициду и наблюдающемуся у него депрессивному расстройству позволит, с одной стороны, оценить роль того или иного фактора, а с другой — найти правильное соотношение нормо- и нозоцентрических подходов в оценке анализируемых явлений.

Глава 8
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Хорошо известно, что в среднем половину психиатрических коек занимают больные шизофренией (это усредненные показатели по всем странам). Уже этот факт определяет необходимость изучения характера взаимоотношений суицидального поведения и болезни, отличающейся исключительной полиморфностью клинических проявлений и течения. С учетом существующих различий в понимании этого диагноза и наличия множества так называемых коморбидных заболеваний с шизофреноподобной симптоматикой, значение проблемы «суицид и психические расстройства шизофренического спектра» многократно возрастает. Однако настоящая глава не отражает изучение тех или иных конкретных аспектов этой проблемы в целом, чему посвящено множество публикаций. В этой главе автор попытался, в первую очередь путем суицидологического анализа отдельных клинических наблюдений, проиллюстрировать трудности и значение оценки суицидального поведения, возникающего в рамках шизофренических и коморбидных расстройств.

Необходимость изучения проблемы «суицид и психическая патология шизофренического спектра» диктуется уже тем обстоятельством, что, по усредненным данным различных исследователей, один из десяти больных шизофренией погибает в результате самоубийства. Среди состоящих на учете и наблюдающихся в психоневрологических учреждениях амбулаторной сети на первом месте по численности стоят именно больные шизофренией. Суицидальный риск у этих больных в 32 раза выше, чем в общей популяции населения. По данным американского руководства по психиатрии Г. И. Каплана и Б. Дж. Сэдока (1994), приблизительно 50 % больных шизофренией за 20-летний период времени совершили суицидальные попытки, из которых 10 % оказались

завершенными (по данным других исследователей этой проблемы, последняя цифра увеличивается до 13 %). Таким образом, смерть вследствие суицида у больных шизофренией становится сопоставимой с аналогичным показателем пациентов с депрессивными расстройствами (15 %).

Как причина смерти самоубийства и несчастные случаи у больных шизофренией встречаются в два раза чаще, чем в общей популяции (Гусева Л. Я, 1969). Но, как и в оценке частоты депрессивных расстройств у суицидентов, разброс показателей достаточно велик: диагноз шизофрении среди психически больных, совершивших покушение на самоубийство, встречается в 10-40 % случаев (Антохин Г. А., 1977). А при сопоставлении данных различных исследователей этот разброс выглядит еще более демонстративным (от 1 до 60 %).

Однако смерть больных шизофренией вследствие самоубийства — далеко не единственный аспект сложной проблемы «суицид и расстройства шизофренического спектра». Одним из аспектов этой проблемы является изучение своеобразной «выявляющей» роли суицидального поведения в диагностике упомянутых выше психических расстройств. Изучение этого вопроса, по нашему мнению, в первую очередь связано с необходимостью оценки различных характеристик как клинической картины болезни, так и суицидальных феноменов. Именно необходимость нахождения на настоящем этапе работы некоторых критериев суицидологического и клинического анализа изучаемых явлений определяет индивидуальный подход к анализу каждого отдельного наблюдения, одновременно выступающего и как иллюстрация тех или иных уже известных положений и выводов.

По данным различных исследователей, суицидальные феномены гораздо чаще встречаются на начальных этапах шизофрении и других расстройств шизофренического спектра. Наиболее суицидоопасными являются первые 3 года с момента начала болезни (Попова П. М., Самсонова И. В., 1979). Косвенным подтверждением большей «суицидогенности» начальных этапов болезни является тот факт, что среди амбулаторного контингента больных шизофренией суицидальный риск в 3,5 раза выше среди поставленных на учет в текущем году, нежели ранее состоящих на учете (Амбрумова А. Г., 1980). По данным американских исследователей, у больных шизофренией суицидальный риск выражен в наибольшей степени на протяжении года после первой госпитализации. Однако многие авторы отмечают возможность совершения покушения на самоубийство у больных с расстройствами шизофренического спектра и на более поздних этапах заболевания. Анализ 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией показал, что их максимум у женщин приходится на 3-4-й и 7-8-й годы от начала заболевания, у мужчин — через год, 4 и 9 лет, после этого частота суицидальных попыток уменьшается (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989).

Неоднородность клинической симптоматики как острых приступов болезни, так и наблюдающихся в рамках этих расстройств состояний

ремиссии, влияние на формирование суицидальных феноменов многочисленных дополнительных факторов (этнокультуральных, личностных, ситуационных и др.) определяют и сложность суицидологического анализа. Не меньшая сложность существует и в диагностике самой болезни, и в оценке роли тех или иных неблагоприятных средо-вых воздействий в генезе покушений на самоубийство. Суицидальные тенденции у психически больных (в том числе и страдающих шизофренией) отражают как клинические, так и психосоциальные факторы. Достаточно часто предъявляемые больными мотивы (не причины!) связывают суицидальные тенденции с неблагоприятным воздействием среды.

Как и при изучении суицидального поведения, сочетающегося с другими формами психической патологии, при расстройствах шизофренического спектра возникает

необходимость опоры на принципы многоосевой диагностики, включающей оценку состояния больных и основного клинического синдрома. Понятно, что существенную роль могут играть и другие критерии и характеристики болезни, ее генезиса и социального эффекта (включая опасность больного для самого себя и окружающих и уровень функциональной адаптации).

Одним из аспектов проблемы взаимоотношений суицидального поведения и шизофрении является роль совершенного пациентом суицида как фактора выявления протекавшего ранее скрытно заболевания. Развитие болезни «за занавесом» отмечается не только в продро-ме заболевания, на этапе астеноневрозоподобных и психопатоподоб-ных проявлений. Термин «за занавесом» используется для оценки периода болезни, не сопровождающегося выраженной социальной дезадаптацией, когда окружающие (включая близких родственников или контактирующих с пациентом врачей) даже выявляющиеся особенности поведения и переживаний заболевшего не расценивают как проявления психического расстройства. И только совершенная пациентом попытка самоубийства достаточно часто переводит понимание и объяснение окружающими наблюдающихся у пациента явлений в плоскость клинических оценок.

По аналогии с так называемым «первичным деликтом» больных здесь можно говорить о выявлении начинающихся психических расстройств шизофренического спектра «первичным суицидом». При этом как сам факт совершения суицида, так и его характер, включая такую составляющую суицидального поведения, как его мотивировка и объяснение случившегося в дальнейшем (принципиально они могут не совпадать), могут быть не просто фактором, выявляющим наличие болезни вообще, а существенным элементом его диагностической оценки.

Как известно, в начальных стадиях самых различных заболеваний чаще всего на первый план выступают эмоциональные нарушения, в частности тревожно-депрессивные переживания. В то же время сам по себе совершенный пациентом суицид выступает нередко как психо-травмирующий фактор, определяющий сниженный фон настроения, поэтому адекватная оценка случившегося и диагностика болезни в этих случаях требуют знаний не только психопатологической симптоматики, но и особенностей суицидального поведения при самых различных психических и поведенческих расстройствах.

Трудности диагностики и оценки могут быть связаны с тем, что в одних случаях анализируемый суицид обусловлен имеющейся психопатологической симптоматикой, а в других определяется внекли-ническими явлениями даже при наличии достаточно выраженных признаков психического расстройства. Еще одним из факторов, затрудняющих адекватную оценку случившегося, может быть особый характер переживаний, испытываемых больными шизофренией. Эти переживания нередко качественно отличаются от психических актов в рамках здоровой психики, но сообщить о них больные могут только в терминах, отражающих обычную психическую жизнь. Как правило, невозможность адекватно выразить испытываемые больными переживания характерна для начальных периодов болезни. Здесь же достаточно часто встречаются и тревожно-депрессивные переживания, и состояния растерянности, и возникающие на этом фоне чувства безнадежности, беспомощности и страха, выступающие основой формирования суицидальных тенденций.

В качестве примера подобного рода суицидального поведения, возникающего в начальной стадии психического заболевания и фактически выявляющего болезнь, можно привести одно клиническое наблюдение. Речь идет о 19-летней девушке, нанесшей себе с помощью ножа и бритвы множество порезов шеи и лучезапястных суставов и поступившей в психиатрическую больницу с диагнозом: депрессивный синдром, суицидальная попытка.

Из анамнеза известно следующее. Старшая сестра ее матери после совершения суицидальной попытки лечилась у психиатров. Мать больной неоднократно лечилась в психиатрических больницах с диагнозом «шизофрения», последние годы имела II группу

инвалидности. Неоднократно сообщала дочери о воздействии на нее «голосов» («в голове шли разговоры, что дочь станет убийцей или проституткой»), говорила об Апокалипсисе и о «воскрешении в третьем тысячелетии уже умерших». Последняя госпитализация в психиатрическую больницу продолжалась более года (несмотря на интенсивную терапию, перио-

дически была агрессивна, совершала нелепые поступки). Спустя несколько дней после выписки в возрасте 50 лет неожиданно для детей и мужа (были в разводе, но жили в одной квартире) ночью повесилась в дверном проеме. Девушке в это время было 14 лет, и она участвовала в снятии трупа матери и организации похорон.

Больная родилась в срок, третьим ребенком в семье, беременность протекала без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечались детские инфекции, простуды, пиелонефрит. В школу пошла своевременно, училась хорошо. После окончания 11 классов в течение двух лет училась на курсах секретарей-референтов. Одновременно с учебой на протяжении последнего года искала работу, вначале по специальности, затем «любую, лишь бы платили», но по месту жительства ничего устраивающего ее не было. Жила вдвоем с отцом на его пенсию, братья жили отдельно со своими семьями. Со слов отца, дочь переживала в связи с невозможностью найти работу, «обычно спокойная, последние месяцы стала какой-то резкой, грубила, иногда плохо спала». За полгода до настоящей госпитализации съездила к родственникам на юг, где некоторое время находилась в интимных отношениях с молодым человеком, а «вернувшись, стала еще более нервной». Отец связывал эту «нервность» с двумя моментами (поиски работы и «неудачная любовь».)

Однако вскоре после возвращения домой у больной появляются весьма необычные переживания и мысли. «Вначале временами просто не понимала происходящее вокруг, а потом стала чувствовать, что что-то должно случиться со мной, как будто я к чему-то готовлюсь, и становилось то ли тревожно, то ли просто не по себе. Видела, что со мной что-то происходит, какие-то изменения, но ничего не могла понять». Постепенно все больше залеживалась в постели, прекратила поиски работы («все равно нигде ничего нет»), очень мало и неохотно занималась домашними делами: приготовлением пищи, уборкой и проч. На обращенные к ней вопросы отца и знакомых молчала или отвечала односложно. Почти перестала выходить на улицу.

Периодически начала чувствовать, что люди могут узнать ее мысли и то, что окружающие могли считать ее «беременной» (никакой беременности у пациентки никогда не было). Непонятное для самой больной напряжение постепенно усиливалось, чувствовала внутри «панику». Самое большое беспокойство было связано с переживанием, что «вдруг кто-то сможет читать мои мысли». Периодически чувствовала внутри «сжимающую пустоту».

За два месяца до госпитализации средний брат больной неожиданно для окружающих выбросился из окна 5-го этажа. («Вроде говорил

о преследовании», но детально характер переживаний, связанных с этим суицидом, выяснить не удалось. «Остался жив, ампутированы ноги, все еще лежит в больнице».) С этого времени больной все чаще и чаще (а в последние дни практически ежедневно) стала сниться мать. Переживала это как «кошмары». «Сначала сны становились все более и более реальными, особенно часто повторялась картина того, как она висит. А потом она стала приходить и звать к себе. Переживала ее как находящуюся дома, хотя и во сне знала, что она умерла. Последние дни она приходила в жутких обличьях — коричневая и как в «ужастиках». Во снах все больше и больше было страшных зрительных картинок, особенно висящая мать, но все нереально цветное».

За одну-две недели до госпитализации временами чувствовала, что за ней наблюдают и дома, однажды услышала детский плач на улице и почему-то очень испугалась этого. За несколько дней до госпитализации два дня по вечерам слышала голос матери: «Почему ты

не идешь за мной?» «Голос был похож на голос матери, но какой-то загробный». Стала вспоминать, что неделю-две назад отец зачем-то точил нож, потом мать однажды позвала ее в час ночи со словами: «Я жить не хочу, звони в больницу». «Не знаю для чего, в последний вечер стала точить нож сама, хотя сначала о самоубийстве не думала». На вопрос отца о самочувствии сказала: «Оставь меня одну!»

В час ночи «поняла, что другого выхода нет и надо умереть». С этой целью начала наносить себе многочисленные порезы шеи, чтобы «разрезать сонную артерию». Вначале резала себя ножом, а затем сменила нож на бритву и наносила порезы как на шее, так и на обоих предплечьях. Несмотря на то что была вся в крови, продолжала наносить себе порезы. Чудом осталась жива, так как некоторые самопорезы на шее находились в 1-2 см от сонной артерии. После нанесения самопорезов «ждала смерти». Отец, обнаружив ночью окровавленную дочь, вызвал «скорую помощь», и больная была госпитализирована после осмотра хирурга в психиатрическую больницу.

В больнице при поступлении была плохо доступна продуктивному контакту, на вопросы отвечала односложно, периодически начинала плакать. Своего состояния не объясняла, характер болезненных переживаний не раскрывала. Предоставленная самой себе, сидела в скорбной позе, не проявляя интереса к окружающему. Совершенной ею суицидальной попытки не объясняла, но сообщила, что и «сейчас есть мысли что-либо сделать с собой», просила окружающих «навсегда усыпить» ее, так как она «не хочет жить». На отделении была плохо доступна контакту, большую часть времени проводила в постели, с больными и персоналом не контактировала, ела выборочно. Однако

уже спустя несколько дней, после начала терапии, заметно оживилась. Одновременно стали отчетливо проявляться галлюцинатор-но-бредовые переживания, сопровождавшиеся выраженной тревогой. Временами к чему-то прислушивалась, затем вскакивала и бежала к двери, стремилась открыть ее, кричала, что «там кто-то есть». В дальнейшем стала говорить, что все происходящее вокруг имеет к ней «какое-то отношение», в частности разговоры больных и персонала между собой. Отказывалась выходить на прогулки, заявляя, что ее «преследуют, подслушивают и записывают разговоры». Эта же симптоматика выявлялась и на фоне проводимой терапии гало-перидолом и сонапаксом, начатой сразу после поступления пациентки в больницу.

Однако постепенно тревога исчезла, стала спокойнее и доступнее контакту. Заявила, что теперь она «уже хочет жить». В беседах с врачами все более подробно начала рассказывать о характере имевшихся у нее ранее переживаний. (Почти все приведенное выше о начале болезни получено со слов больной.) Сообщила, что она не может точно указать начало болезни, но «все началось еще раньше, задолго до падения брата из окна». Объяснить причины совершенного ею суицида в деталях не могла («было такое состояние, но и сейчас ничего не понимаю, что происходило тогда, был страх, и сходила с ума»).

На фоне проводимой терапии нейролептиками галлюцинаторно-бредовые переживания и тревога исчезли, но критика на протяжении всего оставшегося периода нахождения в больнице была достаточно сдержанной и несколько формальной. Скорее соглашалась с врачами (все происходящее с ней — это болезнь), чем в действительности расценивала те или иные переживания психотического характера как проявления болезни. Постепенно включилась в трудовые процессы на отделении, начала контактировать с больными своего возраста, помогала персоналу в уходе за беспомощными больными.

На свиданиях с отцом вела себя адекватно, тепло его встречала, интересовалась его и брата здоровьем, домашними делами. Высказывала реальные планы на будущее, прежде всего в отношении поиска работы. Сожалела о совершенном ею суициде, однако объяснить случившееся с ней не могла. Вместе с тем обещала принимать дома лекарства, выполнять все указания врачей и обращаться к ним за помощью при ухудшении

состояния и появлении мыслей о нежелании жить. В пробном домашнем отпуске вела себя адекватно. На протяжении месяца психическое состояние больной в целом было стационарным. Настроение было ровное, психотических явлений не наблюдалось. Спустя 2,5 месяца после поступления была выписана домой под ак-

тивное наблюдение психиатра по месту жительства на поддерживающей терапии нейролептиками.

В представленном наблюдении ретроспективная оценка имеющегося заболевания не вызывает затруднений. В пользу диагноза шизофрении в данном случае говорит и выраженная наследственная отяго-щенность, и особенности продрома болезни, и так называемые симптомы первого ранга в клинической картине заболевания на этапе его манифестирования. Но диагностика с учетом ретроспективного знания достаточно специфического продрома и переживаний в дебюте болезни, раскрываемых больной в процессе выхода из острого психотического состояния, естественно, существенно отличается по своим возможностям от оценки этого состояния непосредственно на этапе его формирования. Поэтому, несмотря на обнаружившуюся вскоре ошибочность первоначального диагноза «депрессивный синдром», его постановка в тот период, даже при ретроспективной оценке, выглядит достаточно убедительной. Тем более что наличие выраженных эмоциональных нарушений не вызывало сомнений. Еще один аргумент оправдывающего характера: снятие тревожного компонента способствовало своеобразному «расщеплению» сложного синдрома с выявлением (а возможно, и некоторой активизацией) гал-люцинаторно-бредовых переживаний, выступающих в качестве основных так называемых «симптомов-мишеней» для адекватной терапии.

Затруднения в диагностике острого периода болезни, сопровождающегося суицидальным поведением и заведомо неадекватными поступками, не идет ни в какое сравнение со сложностью идентификации психического расстройства (болезни вообще) в продромальном периоде, связанной не только с тем, что в продроме характер имеющихся у больной переживаний непонятен для нее самой, но и с «психологической понятностью» для окружающих внешних проявлений болезни.

Оценка продромального и инициального периодов болезни возможна только в плане ретроспективного анализа имевшихся в тот период переживаний и только в рамках сведений, сообщаемых самой больной. Следует отметить весьма специфический и в чем-то парадоксальный факт: определенное диагностическое значение в данном случае имеет уже то обстоятельство, что на протяжении нескольких месяцев болезнь, по существу, проявляется только в сфере субъективных переживаний на фоне относительно упорядоченного поведения. Практически это означает, что реальное обнаружение болезни окружающими и тем более его адекватная диагностика врачами невозможны (даже при обращении больной).

Субъективные изменения психического функционирования, ожидание того, что «что-то должно случиться... как будто к чему-то готовлюсь», и другие переживания слишком калейдоскопичны, невыразительны (почти «эфемерны») и вряд ли могут служить «серьезным» основанием для регистрации того или иного психопатологического синдрома. И хотя наиболее часто продром у больных шизофренией определяют астеноневрозоподобные проявления, настоящей четкой симптоматики астенического характера здесь нет. В рамках общепринятой систематики регистров психопатологических синдромов адекватная оценка переживаний больной вряд ли возможна. Это скорее асиндромальное состояние.

Однако в рамках феноменологических представлений, оценивающих происходящее с больными с точки зрения субъективных переживаний с позиций гештальтпсихологии,

наиболее адекватный термин для оценки этих состояний был предложен К. Конрадом в его монографии «Начинающаяся шизофрения» (1957). В этой работе автор рассматривает стадии развития целостных психических переживаний начала болезни, включая продром и непосредственно период манифестирования, так как в контексте динамики субъективных переживаний их разграничение практически невозможно. Эти стадии **(трёма, апофения и апокалипсис)** — развитие расстройства самосознания от чувства несвободы к полной фрагментации «Эго» (для последнего состояния автор настоящей работы в одной из своих публикаций предложил использовать термин **«аперсонализация»).** Апофения и апокалипсис характеризуют субъективный мир больного на стадии возникновения и дальнейшего развития бреда, что дает достаточно оснований для адекватной оценки этого периода болезни и его проявлений в рамках известных психопатологических синдромов. Однако в рамках трёмы подобный переход от мира субъективных переживаний к адекватной синдромальной оценке этого периода вряд ли возможен.

Поэтому взятый К. Конрадом из сценического лексикона термин «трёма», по нашему мнению, необходим для оценки переживаний начального этапа шизофрении, характеризующегося, прежде всего, специфическим характером восприятия внутреннего и внешнего мира, утратой их единства. Наиболее выразительным и в чем-то даже специфическим названием для этого состояния является термин «трёма». Этим словом актер часто обозначает состояние напряжения, возникающее перед выходом на сцену. Трёма не идентична страху, это своеобразное ожидание «лихорадки при свете». Здесь важен не просто момент ожидания того, «что случится» перед выходом «на подмостки», а чувство (скорее, ожидание) раскрытое™, связанное с начинаю-

щейся потерей закрытости мира субъективных переживаний, психической жизни субъекта для других. Это начинающаяся утрата границ «Я», утрата независимого существования объектов внешнего мира, с последующим формированием на этой основе переживаний отношения, лежащих в основе бредового мировосприятия.

Если возвратиться к анализу переживаний начального периода болезни, то, по нашему мнению, наиболее адекватно отражает состояние больной именно термин «трёма». Чувство ожидания у больной — не столько страх, сколько подготовка к чему-то неизвестному. Очень важен момент периодического непонимания происходящего вокруг. Этот феномен отмечался рядом авторов (Каменева Е. Н., 1938, и др.) в начальном периоде формирования бреда в рамках так называемых незаконченных параноидных феноменов. По мнению исследователей, именно переживание «непонимания» зачастую предшествует непосредственному формированию «бредового понимания», бредовой трактовке происходящего вокруг. И чувство ожидания, подготовки к чему-то, и непонимание происходящего — все переживается больным на этом этапе как изменения, происходящие с самим заболевшим.

Однако выразить в адекватных терминах изменения, проявляющиеся в особой окрашенности психических актов, лежащие у самой границы психического в сфере мировосприятия и оцениваемые клинически как нарушения самосознания, больная заведомо не может. Относительно невыраженные объективные признаки изменения состояния больной в тот период (большая «нервность», лежание в постели, периодические нарушения сна и др.) не оцениваются как самой больной, так и окружающими как проявления болезни. Это определяется их абсолютной неспецифичностью и тем более вполне понятной психологической «обусловленностью» четкими психотравмирующи-ми моментами (трудности с работой, «неудачная любовь»).

Постепенно меняющийся характер восприятия окружающего мира и собственных психических актов определяет собой переход от переживаний в рамках нормальной психики к психопатологическим симптомам. Своеобразное предчувствие неизвестного переходит в чувство беспокойства по поводу возможного чтения мыслей больной,

отрывочные бредовые идеи отношения и преследования. Объектом болезненных переживаний становится «наиболее закрытая для окружающих» тема — мысли по поводу беременности, которая могла случиться полгода назад и которая заведомо не может здесь выступать как реальный психотравмирующий фактор в инициальном периоде заболевания.

Практически невозможно разграничение продромальных явлений и непосредственного периода дебюта заболевания, если продром рассматривается с позиций целостного субъективного переживания, а не внешних проявлений болезни. Последние, а это отмечается и у анализируемой больной, сплошь и рядом весьма не выражены и чаще всего объясняются как самой больной, так и окружающими как результат внешних воздействий, но ни в коем случае не связываются с изменениями психофизиологического функционирования мозга и с болезнью. И хотя качественные изменения субъективных переживаний еще не говорят о непосредственном содержании психической жизни, этот (феноменологический) подход к анализу начального периода болезни позволяет в какой-то мере связать динамику формирования конкретной психопатологической симптоматики с продромом.

Непосредственной манифестации болезни предшествует выраженная психотравма. При этом важное значение имеет не просто факт покушения на самоубийство, а характер суицидального акта. Исключительно «жесткий» способ подобного самоубийства — это заведомо эмоциогенный фактор для окружающих, и в первую очередь для родственников самоубийцы. Влияние суицида, совершенного братом, на характер психической жизни больной не вызывает сомнений. Однако это влияние не имеет столь однозначного характера, как это отмечается в рамках реакций, возникающих на фоне здоровой психики.

У анализируемой больной характер переживаний вовсе не отражает содержания психотравмирующей ситуации. Трагедия брата никак не фигурирует в ее переживаниях. Изменив психофизиологическое функционирование мозга (сразу после этого суицида резко учащаются сновидения весьма специфического содержания), психотравма как бы отходит на «закадровый уровень», не фигурируя ни в сновидениях больной, ни в ее самоощущениях или высказываниях (сны отражают другой трагический факт, но пятилетней давности).

Переживания больной, непосредственно предшествующие манифестированию болезни, внешне не отличаются от того, что встречается в рамках здоровой психики. Однако здесь можно заметить и все нарастающие качественные отличия не только содержания сновидений, но и отношения больной к этим психическим явлениям. У нее появляются не просто навязчивые реминисценции трагических картин прошлого, что характерно для посттравматического стрессового расстройства, но происходит своеобразное превращение психических феноменов в психопатологические: сны становятся все более и более реальными, а их содержание приобретает все более угрожающий характер.

Качественное изменение сновидений предшествует возникновению собственно психопатологической симптоматики. Сначала в сновидениях мать начинает переживаться как находящаяся дома с одновременным знанием того, что она умерла. Затем она начинает звать к себе, вначале в сновидениях, потом в галлюцинаторных переживаниях. Картины сновидений становятся все более устрашающими и все больше выходят за границы переживаний здоровой психики («нереально цветная» висящая мать). Характер и динамика психических переживаний больной непосредственно перед манифестированием болезни отражают все более усиливающиеся нарушения психофизиологического функционирования мозга в рамках «саморазвития» болезненного процесса вне каких-либо внешних влияний.

Период манифестирования болезни — это одновременно и своеобразный

пресуицидальный синдром. Дело здесь не во временном совпадении, а в наличии практически всех признаков состояния, непосредственно предшествующего суициду: резкое ограничение внешней активности, обращенность к внутреннему миру, появление в сновидениях и других формах психической жизни темы смерти. Однако не вызывает сомнений, что практически все составляющие пресуицидаль-ного синдрома здесь — это одновременно и явления психопатологии, обусловленные начинающейся болезнью.

Характер имеющихся переживаний, включающих не просто тему смерти, а непосредственный «загробный голос» самоубийцы-матери: «Почему ты не идешь за мной?» — как бы «подводит» больную к самоубийству, показывая совершенный ею суицид как некий закономерный итог развития определенного этапа заболевания. Этот суицид, безусловно, несет своеобразный отпечаток, свойственный суицидальному поведению больных шизофренией. На возникновении суицидального замысла и действиях, связанных с покушением на самоубийство, лежит отпечаток импульсивности. Суицидальные тенденции формируются здесь «за кадром», в подсознании.

Это «закадровое» формирование решения о самоубийстве и придает анализируемому суициду характер импульсивности. Непосредственно в сознании больной не отмечается столкновения суицидальных и антисуицидальных тенденций, борьбы мотивов за и против самоубийства (по крайней мере, пациентка не сообщает об этом после выхода из острого психотического состояния). Вся внутренняя «логика» самоубийства проходит без активной работы сознания и без участия личности. (Больная точит нож, но мыслей о самоубийстве у нее в это время нет.) Однако не вызывает сомнений наличие здесь другой «логики» формирования суицидальных тенденций: несомненная связь

суицида с содержанием психических переживаний, приобретающих, с одной стороны, все более психотический, а с другой — все более «суицидогенный» характер (вплоть до непосредственного вопроса-призыва самоубийцы-матери).

Отмеченные особенности суицида вряд ли носят характер общих закономерностей, присущих всем больным шизофренией с суицидальными тенденциями. И в то же время состояние, непосредственно предшествующее покушению на самоубийство у анализируемой больной, существенно отличается от пресуицидального синдрома в случаях «молниеносного суицида» лиц с пограничной психической патологией и психически здоровых. Аффективному сужению сознания у этих лиц не предшествуют психопатологические феномены и «закадровая работа психики», обусловливающая появление суицидального замысла и непосредственного покушения. Естественно, что относительно длительный пресуицидальный синдром (как это может быть при депрессивных расстройствах) — это тоже внутрипсихическая деятельность по формированию «логики» суицида, однако там это происходит как в подсознании, так и в рамках осознаваемых переживаний и участия личности.

Одной из особенностей анализируемого суицида является факт отсутствия его непосредственной связи с ситуацией, включающей несомненные психотравмирующие обстоятельства. Здесь и трудности поиска работы, и «неудачная любовь», и покушение на самоубийство брата весьма «впечатляющего» характера, и даже события пятилетней давности — непроизвольно «вторгшаяся» в психическую жизнь «нереально коричневая» висящая мать (далеко не ординарная сцена повседневной жизни). И тем не менее ни один из указанных выше моментов не фигурирует как прямой или косвенный мотив совершенного суицида. Объяснение больной показывает, что здесь суицид переживается как выход из своеобразного внутреннего тупика, обусловленного потерей «Я» — способности управления психической жизнью.

Поэтому, несмотря на обилие четко выраженных психотравмирую-щих факторов, назвать этот суицид ситуационным не представляется возможным. Здесь те или иные неблагоприятные ситуационные моменты никак не предъявляются больной в качестве мотивов совершенного покушения на самоубийство. И в то же время средовые факторы,

безусловно, включаются как в клиническую картину болезни, так и в его динамику, участвуя в формировании механизмов ее запуска и развития. Однако на определенном этапе течения заболевания на первый план начинают выходить механизмы саморазвития болезненного

процесса и неблагоприятные факторы среды никак не отражаются на клинике.

Хотя в целом анализируемый суицид может быть определен как психотический вариант суицидального поведения, связать его генез непосредственно с теми или иными психотическими переживаниями не удается (по крайней мере, как причина суицида у больной не фигурирует даже «загробный голос матери»). В первую очередь трудность установления связи между какой-то психотической симптоматикой и суицидальным актом связана с тем, что наблюдающиеся психопатологические феномены на этом этапе заболевания относительно мало структурированы, не объединены в рамках достаточно определенного клинического синдрома (еще ранее это состояние было названо асиндромальным). Отдельные галлюцинаторные или бредовые переживания в период манифестирования болезни носят нестойкий характер и выступают как изолированные симптомы.

Суицид, совершаемый в так называемой турбулентной фазе заболевания, хотя и отнесен нами в соответствии с общепринятым делением суицидального поведения в разряд психотических, слишком отличается от самоубийств, совершаемых вследствие того, что «замучили голоса» или как «единственный» способ избавления от «преследования». Суицидальное поведение, «логически» вытекающее из характера галлюцинаторно-бредовых переживаний, — это тоже ситуационный тупик, хотя сама по себе ситуация здесь создается самим больным.

Иное дело — отсутствие «выхода» у человека, неспособного контролировать собственные психические акты («сходящего с ума», по выражению больных). Здесь на стадии становления психопатологического феномена «тупик» носит истинный характер, что связано с переживанием невозможности контроля над ранее подвластными психическими актами. Именно это обстоятельство делает период становления, формирования психопатологии наиболее суицидогенным.

Внешне совершенный анализируемой больной суицид даже не имеет мотива как «логического» основания для совершения конкретных действия, направленных на прекращение жизни. В значительной степени внешне безмотивный характер суицида возникает вследствие того, что здесь покушение на самоубийство не может быть четко отнесено к одному из выделяемых вариантов суицидального поведения у больных шизофренией **(психогенному, аутистически-мировоззренче-скому, бредовому).** При этом «бредовой вариант» является у многих исследователей практически синонимом слова «психотический». Однако и в рамках этого варианта суицидального поведения чаще всего можно проследить внутреннюю «логику» суицида: угроза жизни, не-

справедливое отношение, преследование, крайне неприятное содержание «голосов» и другие проявления болезни, заставляющие больных прибегать к столь радикальному способу избавления от них.

Несколько иначе выглядит суицид на стадии формирования психопатологической симптоматики. Переживание собственной измененно-сти, ожидание чего-то неопределенного, периодическое непонимание окружающего, «мерцающий» характер бредовых переживаний (вносящих пусть на короткое время, но «ясность» в происходящее вокруг) не позволяют больной (да и анализирующему этот суицид врачу) остановиться на каких-то определенных переживаниях, приводящих к «логическому» следствию — суициду. Вместе с тем не вызывает сомнений, что суицидальное поведение здесь обусловлено болезнью.

Однако решающим моментом возникновения суицидального поведения в данном случае выступает не столько факт наличия болезни и конкретной психопатологической симптоматики, сколько то обстоятельство, что заболевание находится в стадии становления. По нашему мнению, в этом суициде не столь важно суицидогенное значение отдельных психопатологических феноменов. На первый план выступают трудности перехода на уровень патологической адаптации, возникающей при сформировавшейся структуре психического расстройства.

В отличие от суицидов, совершаемых больными шизофренией и в инициальной стадии заболевания, но при наличии достаточно структурированной психопатологии, подобные суициды могут быть определены как **первичные,** или **манифестные.** Эти понятия вовсе не связаны со стремлением выделить «свой» вариант (подтип) психотического суицидального поведения. Скорее это определяется необходимостью подчеркнуть некоторое своеобразие внутренней картины суицида, совершаемого на самом раннем этапе инициального периода болезни, при отсутствии определенных психопатологических симптомов и синдромов, в самом начале их формирования.

Выделение этого подтипа, варианта (название здесь несущественно) — не просто аналогия с так называемым первичным деликтом больных шизофренией, выявляющим начинающуюся болезнь, но и попытка привлечь внимание к возможному клинико-диагностическому значению суицидального поведения в инициальном периоде заболевания. Это значение определяется тем обстоятельством, что внутренняя картина суицида, его мотивационная составляющая, может быть своеобразным показателем наличия и степени сформированнос-ти психопатологических феноменов. В подобных случаях на первый план выступает решающее социальное значение суицида: выявление

болезни и определение опасности больного для самого себя, что диктует необходимость обязательной госпитализации в психиатрическую больницу.

В целом, представленное наблюдение суицида, совершенного больной в начальной стадии шизофрении, показывает наличие определенных характеристик суицидального поведения и связанных с этим обстоятельств, наблюдающихся в рамках самых первых проявлений болезни. Суицид, совершаемый в инициальном периоде заболевания, с одной стороны, выступает как фактор, выявляющий болезнь, а с другой — как феномен, имеющий клинико-диагностическое значение. Важно, что суицидальное поведение на этой стадии по ряду определенных характеристик отличается от аналогичных феноменов на более поздних этапах шизофрении в условиях сформировавшейся психопатологической симптоматики. Суициды в инициальном периоде болезни — не столько следствие психотических переживаний, сколько отражение трудностей перехода на патологический уровень адаптации, связанный с психофизиологическим функционированием мозга, протекавшим при наличии болезненного процесса.

Первичный (манифестный) суицид инициального периода выступает как момент ее развития, переводящий субъективные переживания продрома и этапа формирования психопатологических феноменов в плоскость социального эффекта начинающегося психического расстройства. Подчеркивание своеобразия одного из видов суицидального поведения больных шизофренией на начальных этапах болезни определяется его возможным клинико-диагностическим значением. Подобный суицид как способ выхода из тупика, носящего чисто внутри-психический характер, существенно отличается от покушений на самоубийство, связанных с неблагоприятными факторами среды у больных в состоянии ремиссии или с «тупиковой ситуацией», обусловленной «призмой индивидуального сознания» при галлюцинатор-но-бредовых переживаниях.

В качестве иллюстрации приводится наблюдение, включающее суицид, совершенный больным шизофренией в начальной стадии заболевания.

Речь идет о 23-летнем сотруднике охранного предприятия. Из анамнеза известно следующее. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, но отец

злоупотреблял алкоголем. Раннее развитие больного протекало без особенностей. На протяжении жизни тяжелых соматических заболеваний не отмечалось. В школе учился средне. После школы учился в ПТУ, затем работал с отцом в бригаде строителей. После службы в армии женился. Некоторое время вновь работал

строителем, а потом брат жены помог устроиться охранником. Был доволен работой, алкоголем не злоупотреблял, взаимоотношения в семье, со слов жены, были нормальные.

Каких-либо странностей в поведении или неадекватных высказываний на протяжении первых полутора лет работы охранником не отмечалось. Однако вскоре после рождения сына и в дальнейшем на протяжении нескольких месяцев, предшествовавших совершению суицида, *со слов* жены, «стал какой-то непонятный, ничего не объяснял, что с ним происходит и чего он временами боится». Попытки жены выяснить у брата, работавшего вместе с ним, что случилось с мужем, не прояснили происходящее («радоваться надо, что сын родился, а он, наоборот, ни с кем не разговаривает, хотя работает нормально»). Со слов больного, на протяжении нескольких месяцев он «чувствовал», что про него «что-то могут узнать и в чем-то обвинить, хотя никакой своей вины не мог вспомнить».

Затем, по разговорам сотрудников, «понял», что они считают его гомосексуалистом («рассказывали анекдоты, смеялись, глядя на него, намекали, что ребенок не его, так как он другого цвета и ничего по мужской части не может» и т. п.). Относил к себе любого рода разговоры и взгляды. «Приготовился давать отпор при попытке изнасилования, но дальше намеков и наглого смеха ничего не было». Постепенно стал замечать, что и на улице на него смотрят «не так, как раньше, наверное, считали, что если служил в армии, то знаю какие-то секреты». «Не мог понять, зачем установлена слежка».

За несколько дней до суицида «понял, что просто хотят уничтожить, так как по действиям людей на улице видел, что знают мои мысли и то, что я догадался о слежке». Появился страх, хотя временами были мысли, что, «может, и не преследуют, а просто следят, а может, вообще я ошибаюсь». Плохо спал ночью, часто курил. На слова жены отвечал, что сам еще не все понимает, а потом объяснит, просил оставить его в покое и «лучше смотреть за ребенком». Утром не пошел на работу.

Как только жена попыталась его накормить, больной с криком «Понял!» бросился из квартиры и, взбежав этажом выше, выпрыгнул в открытое окно 3-го этажа. С ушибом головного мозга, переломом основания черепа и правой руки был доставлен в нейрохирургическое отделение. При первой же встрече с врачом, объясняя случившееся, больной заявил, что «хотел умереть, так как другого выхода не было». В дальнейшем, по мере улучшения соматического состояния, стал раскрывать характер психических переживаний, имевших место на протяжении последних месяцев перед совершенной им попыткой самоубийства. В первые дни говорил, что «может быть, не надо было вы-

[1] брасываться из окна, а просто уехать, но в тот момент показалось, что другого выхода нет, если уж жену вовлекли в это дело».

Сообщил о появлении периодических состояний тревоги, о «на-
[смешках и намеках» товарищей по работе в течение нескольких меся-
| цев. «Но преследование началось только за несколько дней до самоубийства, а почему преследовали, не знаю и сейчас, но уверен, что

1 вокруг вертелись разные люди не просто так. А в отношении жены я ошибся, пища не была отравлена, а она просто жалела меня и сама боялась, не зная, что делать». Отрицал желание умереть с момента поступления в больницу и на протяжении всего периода лечения. Объяснения причин своего суицида носило весьма однообразный характер: «Другого выхода не было». Не находил противоречий между заявлениями об ошибке в отношении участия жены в преследовании его и «отсутствием выхода» («жена ни при

чем, мне показалось, но то, что происходило на улице, ничем другим не могло кончиться»).
Отрицал «преследование и слежку» во время нахождения в отделении. Спустя некоторое время, на фоне комплексной терапии (включая и психофармакологическую), стал соглашаться с врачами, что, возможно, ему все происходившее с ним «казалось». Однако не соглашался, что это могло быть связано с болезнью («просто ошибся, так как почему-то все время думал, что со службой в армии связаны секреты, а ребята и там, и на работе говорили о новом оружии, но я его не видел в глаза»). Категорически отказывался обсуждать тему «гомосексуальных насмешек и намеков»: «Они действительно шутили, но говорить об этом не хочу, считайте, что ничего не было». На отделении общался с больными и персоналом, с женой и родственниками, почти постоянно дежурившими возле него (в первые две-три недели почти не оставался один), вел себя адекватно. Интересовался сыном, проявлял живую эмоциональную реакцию, когда жена приносила его. Постепенно стал говорить, что в дальнейшем никогда не сделает «такой глупости», как самоубийство («у меня есть сын, и я его люблю»).
За время нахождения в нейрохирургическом отделении регулярно наблюдался психиатром, проводилось лечение транквилизаторами и нейролептиками. И хотя критика к психотическим переживаниям, предшествовавшим покушению на самоубийство, была достаточно сдержанной, можно было отметить четкую редукцию тревожно-бредовой симптоматики. Исчезла бредовая интерпретация происходящего вокруг, отношение к лицам, окружавшим больного (включая жену), стало адекватным, обнаружилось эмоциональное отношение не только к сыну, но и к совершенному суициду. Раскаивался в том, что «сделал глупость, надо было во всем разобраться и посоветоваться с врачами,

как говорила жена». На фоне достаточной эмоциональной сохранности стал высказывать реальные планы на будущее: вначале лечиться, выполнять все, что скажут врачи, потом, в зависимости от самочувствия, пытаться работать («если не возьмут снова в охрану, то на строительство или сторожем»).
Тяжелых неврологических последствий черепно-мозговой травмы, к счастью, на настоящем этапе ее течения не обнаружилось. После обсуждения вопроса о месте дальнейшего лечения, с учетом необходимости восстановительного периода после тяжелой черепно-мозговой травмы и в связи с отсутствием актуальной психотической симптоматики и суицидальных тенденций, наличием критического отношения к суициду и реальных планов на будущее было принято решение о выписке больного домой с рекомендацией лечения и активного наблюдения у психиатра по месту жительства на поддерживающей терапии нейролептиками.
Указать точное время начала заболевания здесь не представляется возможным. Однако не вызывает сомнений, что уже за несколько месяцев до суицида у пациента отмечаются изменения психической жизни, охарактеризовать (а тем более понять) которые не может ни он сам, ни его жена («какой-то непонятный!»). Интересно, что эта «непонятность», оцениваемая как проявление болезни, только ретроспективно возникает также после определенного воздействия ситуационного фактора — рождения в семье ребенка. Однако вряд ли кто усомнится в том, что рождение здорового сына у молодых родителей, не испытывающих больших материальных трудностей, не может считаться неблагоприятным психосоциальным воздействием. Здесь, как это нередко отмечается в случае начинающейся шизофрении, важен факт самого изменения ситуации, а не ее психотравмирующее влияние с появлением отрицательных эмоций.
Личностные изменения в продроме болезни в виде замкнутости — это единственные внешние проявления начинающегося заболевания. Все остальное весьма неопределенно (хотя и понятно при ретроспекции); «что-то могут узнать». Ясно, что подобные переживания не исключены и в рамках здоровой психики. Четкие проявления болезни

начинаются со времени возникновения так называемой «гомосексуальной паники», нередко встречающейся в начальном периоде шизофрении. Обращает на себя внимание то, что на первом этапе возникновения бредовых переживаний речь идет не столько о «преследовании», сколько о своеобразном чувстве собственной измененности и в какой-то мере формирующемся на этой основе бреде отношения. Эти переживания существенным образом не ме-

няют поведение больного, что, безусловно, затрудняет выявление болезни.

Определенная трансформация фабулы бредовых переживаний и даже «вынесение бреда на улицу» до определенного времени также не отражается на поведении больного. Несмотря на все большую систематизацию бреда и своеобразный переход от идей отношения к непосредственной «слежке», появившиеся психотические переживания на первом этапе формирования бредовой системы не сопровождаются тревогой и заведомо неадекватным поведением. Цель «слежки», несмотря на ее мифический характер, находит какое-то объяснение в прошлом больного, т. е. связывается им с собственной личностью.

И только появление за несколько дней до суицида переживаний преследования, сочетающихся с чувством открытости мыслей, приводит к возникновению тревоги. Трансформация фабулы бреда здесь одновременно и своеобразная объективизация цели «слежки и преследования». Несмотря на относительную нестойкость тревожно-бредовых переживаний на этапе их становления («может, ошибаюсь»), это не просто нахождение цели преследования, но и определение ее «носителей». Таким образом, создается новая, бредовая реальность, адаптация к которой возможна только в условиях изменения личности больного и относительной стабилизации болезненного процесса, препятствующей дальнейшей экспансии бреда с вовлечением в психотические переживания все новых и новых элементов действительности.

Однако именно этой стабилизации и не происходит у анализируемого больного. Можно отметить, что бредовая система здесь уже достаточно сложилась, но стабилизации бреда, как ведущего, определяющего признака болезни, еще не наступило. Страх, тревога выступают, с одной стороны, как логическое следствие бредовых переживаний, принявших угрожающий характер, а с другой — как показатель трудности окончательного перехода на новый уровень адаптации.

Совершаемый в этот период суицид выступает как своеобразное следствие характера психотических переживаний. Однако существенное значение имеет не только содержание бреда, но и то обстоятельство, что бредовая система все еще находится в стадии становления. Этим в значительной степени определяются острота переживаний больного, специфическое эмоциональное сопровождение бреда в виде тревоги на протяжении нескольких дней и выраженный страх во время расширения круга «преследователей» с включением в их число жены. Созданный болезненными переживаниями «тупик», из которого нет «выхода», связан не только с включением в число преследователей жены, но и с конкретизацией характера преследования («отравление»).

Конкретный характер действий, направленных на его «убийство», определяет остроту переживаний и совершение «молниеносного» суицида. Однако развитие острого состояния в данном случае «подготовлено» предшествующими психотическими переживаниями. Поэтому суицид никак не может в данном случае пониматься ни как импульсивный акт, ни как действия, не связанные с «логикой» бредового поведения. Пресуицидальный период, имеющий в данном случае исключительно кратковременный характер, отражает только остроту и выраженность тревожно-бредовых переживаний, но сам по себе факт самоубийства понятен и даже «логичен».

В этом существенное отличие представленного выше **психотического** (бредового) варианта суицида, совершаемого больным шизофренией, от описанного ранее так

называемого первичного (манифестного) суицида в инициальной стадии заболевания, при отсутствии сформировавшейся активной психопатологической симптоматики. При наличии достаточно структурированной психопатологии суицидальное поведение чаще всего предстает как крайний способ выхода из тупика, носящего внешний (ситуационный) характер, хотя эта ситуация и создается болезненным воображением больного (в первую очередь бредовыми переживаниями).

Однако любой суицид в инициальной стадии заболевания всегда выступает как выявляющий болезнь признак. В момент суицида прекращается развитие болезни «за занавесом». Наличие психического расстройства после покушения на самоубийство практически не вызывает сомнений у лиц из ближайшего окружения больного. Термин «за занавесом» в рамках настоящей работы, как уже отмечалось выше, достаточно часто используется в расширенном (в чем-то почти житейском) понимании, а не в рамках его относительно узкого значения, относящегося только к продромальному периоду, предшествующему непосредственному началу болезни (собственно инициальной стадии заболевания).

Представленный выше психотический (бредовой) вариант суицида может встречаться не только в инициальной стадии шизофрении. И хотя суицидальное поведение чаще наблюдается на начальных этапах болезни (в первые 5 лет), исключить возможность суицида даже спустя десятилетие после начала заболевания не представляется возможным. Следует, однако, отметить, что в целом самоубийства на отдаленных этапах болезни встречаются относительно редко. В этих случаях нередко и сам суицид может отражать не только галлюцинаторно-бредовые переживания, но и нарушения самых различных составляющих психики (эмоционально-волевые расстройства, нарушения мышления).

И хотя наиболее отчетливо расстройства мышления и эмоционально-волевой сферы выступают в случаях так называемого **аутистиче-ски-рационалистического** (мировоззренческого) варианта суицидального поведения, более характерного для вялотекущих форм, отмеченная выше патология может обнаруживаться и при более злокачественном течении заболевания. Связанные с нарушениями мышления аутистические построения, «объясняющие» суицид «пессимистическое мировоззрение» чаще встречаются в рамках простой шизофрении, психопатоподобных, псевдоневротических и других пограничных форм, объединяемых в настоящее время в рубрику «шизотипическое расстройство».

Здесь «инакомыслие» (понимаемое исключительно в узкоклиническом смысле), различного рода резонерские и аутистические построения могут обусловить формирование своеобразной «утраты смысла жизни». А переход от чисто мысленных конструкций к совершению конкретных действий по самоуничтожению облегчается сопутствующими нарушениями эмоционально-волевой сферы. Подобная утрата «смысла жизни» носит первичный характер и ни в коей мере не является следствием измененного настроения и связанного с ним мироощущения, что характерно для депрессивных расстройств. Подобные суициды встречаются редко и имеют высокую вероятность летального исхода.

Однако и в рамках так называемых классических форм шизофрении суицид, совершаемый больными с четко представленными галлю-цинаторно-бредовыми переживаниями, может также отражать и несомненные нарушения мышления. Этим объясняется встречающееся на более поздних этапах шизофрении отсутствие «логики» в суицидальном поведении. Подобные суициды не имеют четко прослеживаемой связи с психотическими переживаниями, что определяет их специфическую «окраску».

В качестве примера сказанного ниже приводится следующее наблюдение.

Речь идет о больной шизофренией, поступившей в психиатрическую больницу из токсикологического центра, где она находилась на протяжении двух дней после

отравления нейролептиками с целью самоубийства. Больной 35 лет, настоящая госпитализация восьмая по счету. Точное время начала болезни установить не удается, но известно, что впервые госпитализировалась в возрасте 26 лет, вскоре после родов, с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Лечилась около двух месяцев, с последующей выпиской через дневной стационар. Затем на протяжении двух лет наблюдалась в психоневрологи-

ческом диспансере, но лекарства в связи с хорошим самочувствием не принимала и даже некоторое время работала по специальности.

Однако через два года стала говорить, что ее «пытаются вовлечь в какой-то заговор путем прослушивания ее мыслей, сделать ее «подставной фигурой в разборках между группировками». Стала постоянно упрекать мужа в том, что он «не просто отдалился от нее, но ведет себя странно», пыталась совершать агрессивные действия против него. В связи с неадекватным поведением муж вначале ушел от больной, затем развелся и забрал себе ребенка (на протяжении всего дальнейшего периода болезни больная практически не интересовалась сыном и говорила о том, что ребенок живет с отцом, весьма равнодушно). После агрессии против мужа, в связи с нелепыми высказываниями и поведением вновь была госпитализирована. Лечилась в психиатрической больнице свыше 3 месяцев, была переведена на II группу инвалидности.

В дальнейшем еще несколько раз госпитализировалась с галлюци-наторно-бредовой симптоматикой. Постепенно сформировался отчетливый эмоционально-волевой дефект. На фоне проводимой терапии нейролептиками у больной исчезали «голоса», она соглашалась с врачом, что испытываемые ею переживания — это проявление болезни. Однако не интересовалась сроками выписки, не строила каких-либо планов на будущее. В то же время достаточно активно работала в отделении, ухаживала за ослабленными больными. Родители больной сами забирали ее домой, несмотря на то что она их также не просила о выписке. Дома лекарства принимала нерегулярно, не проявляла какой-либо инициативы в домашних работах, но если ее просили, то «делала почти все». Последние несколько лет весьма активно увлекалась нетрадиционной медициной, астрологией и нумерологией, делала различные выписки и создавала «схемы жизненного пространства».

Перед настоящей госпитализацией, связанной с суицидом, находилась дома на протяжении пяти месяцев. Вскоре после выписки прекратила прием лекарств. Посещала диспансер только в том случае, если ее туда отводили родители. Заявляла, что лекарства ей не нужны, так как она «особый человек, подключенный к мировому разуму, но враждебные силы пытаются остановить ее мозг и говорят, что она ничего сделать не сможет». В качестве «враждебных сил» у больной фигурировали соседи, КГБ и бывший муж. Периодически сидела на кровати в позе йога с тюрбаном на голове («это облегчает соединение с мировым разумом»). Говорила, что «преследование и воздействие продолжается, но оно уже вышло из ее жизненного пространства».

За две-три недели до суицида больная тайно от родителей отправила в Академию наук «предложения по коренной реконструкции взаи-

модействия мозга и общества». Ждала ответа, родителям говорила, что «теперь заинтересованные лица оживятся и будут вредить» ей, но причин этой «заинтересованности» не раскрывала. Параллельно с помощью нумерологии вела «исчисления жизненной судьбы». В процессе этих вычислений «все цифры сошлись» на том, что у нее рак мозга и она «должна умереть еще до конца текущего месяца». С ее слов, понимала, что это «судьба», но стала думать о том, как тяжело умирают раковые больные. За два дня до окончания «вычисленного срока жизни», зная, что «от судьбы не уйдешь», решила умереть и с этой целью приняла все имеющиеся у нее лекарства.

В коматозном состоянии была обнаружена родителями и направлена в токсикологический центр, а оттуда, после проведения дезинтоксикации и нормализации жизненных функций,

переведена в психиатрическую больницу. В отделении в первые дни была вяла, сонлива. С момента поступления и на протяжении всего периода нахождения в больнице суицидальных тенденций не обнаружила и даже высказывала сожаление по поводу совершенного суицида («все должно быть естественно, и вмешиваться в предначертанную судьбу и жизненное пространство никому нельзя»). Однако адекватной эмоциональной реакции по случаю спасения не обнаруживала, рассказывала о переживаниях, предшествовавших суициду, как о чем-то несущественном.

В дальнейшем постепенно стала активнее, включилась в трудовые процессы на отделении. Принимала лекарства, контактировала с больными. Активно-бредовых идей не высказывала, в поведении галлюцинаторно-бредовых переживаний не обнаруживала. Однако при расспросах говорила о «подключении к мировому разуму», о периодической остановке мозга «враждебными силами», о своем «предназначении и предложениях в Академию наук».

В данном случае оценка как заболевания в целом, так и характера психопатологии, наблюдающейся у больной, не вызывает трудностей. Речь идет о парафренном синдроме с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями и идеями величия и о выраженных эмоционально-волевых изменениях, свидетельствующих о появлении признаков шизофренического дефекта. Сложнее дать оценку суициду, совершенному больной. Дело не только в том, что покушение на самоубийство совершается при достаточно сформировавшемся шизофреническом дефекте на отдаленных этапах заболевания и при одновременном наличии галлюцинаторно-бредовых переживаний. Следует отметить, что подобного рода суициды у больных шизофренией относительно редки. Но именно анализ этого суицида позволяет, на наш взгляд, достаточно наглядно показать значение в суицидальном поведении

не столько галлюцинаторно-бредовых переживаний, сколько нарушений мышления и эмоциональности, характерных для этого заболевания.

И упомянутые выше так называемые аутистически-рационалис-тические суициды, несомненно, несут отпечаток свойственных расстройствам шизофренического спектра аномалий мышления и эмоций. Однако не случайны и весьма нередки диагностические споры и неоднозначность оценок совершаемых покушений на самоубийство. Аутистические построения, выступающие как свойственное человеку на протяжении жизни мировоззрение, и характерные особенности эмоциональности, в зависимости от диагностических взглядов и установок врача-психиатра, могут быть расценены как личностная патология и «инакомыслие», находящееся вне рамок психических расстройств. В МКБ-10 диагностическая рубрика «шизотипическое расстройство» не рекомендуется для общего пользования.

Необходимость анализа различных вариантов суицидального поведения больных шизофренией и рассмотрение некоторых особенностей наблюдающихся здесь суицидов и обусловили стремление найти «опоры» на строго очерченные (по крайней мере, не вызывающие диагностических споров) формы расстройств шизофренического круга. Именно в рамках так называемых классических форм шизофрении расстройства мышления или изменения эмоциональности, особенно у больных с большой длительностью заболевания с симптомами эмоционально-волевого дефекта, не вызывают разногласий у большинства психиатров, независимо от используемых диагностических критериев (знаменитые четыре «А» автора термина «шизофрения» Блей-лера, симптомы первого ранга К. Шнайдера, временные параметры в МКБ-10 и проч.).

У анализируемой больной диагноз шизофрении не вызывает сомнений, как не вызывает сомнений наличие галлюцинаторно-бредовых переживаний. Однако этот суицид, совершенный, безусловно, при наличии бреда и галлюцинаций, вряд ли может быть отнесен в рубрику «психотических» (бредовых). Внутренняя «логика» этого суицида

(если можно говорить о наличии действительной логики во «внутреннем обосновании» суицидального поведения вообще и в данном случае в особенности) никак не связана ни с подключением к «мировому разуму», ни с «остановкой мозга враждебными силами», ни с «преследованием и воздействием».

Заведомо никак не может «обосновать» суицид и наличие у больной нелепых идей величия и изобретательства. Письмо в Академию наук с «предложениями по коренной реконструкции взаимодействия

мозга и общества» и ожидание ответа скорее могут быть расценены как своеобразный антисуицидальный фактор (в рамках здоровой психики аналогичные явления чаще всего и выступают в таком качестве). Но у больной действительно «распалась связь времен», и различного рода психотические переживания и построения больного разума оказываются никак не связанными между собой. А главное, внутрипсихи-ческие переживания самого различного круга здесь перестали быть мотивирующим звеном поведенческого акта.

Произошло «расщепление», распад психической жизни больной не только в рамках одномоментного содержания и участия в этом различных составляющих психики, но и временной взаимосвязи отдельных актов и переживаний. Об этом «схизисе» говорит уже факт отсутствия какого-либо влияния на решение о самоубийстве заявленного больной ожидания ответа из Академии наук. Уже само «предложение о реконструкции мозга и общества» понять в рамках любого рода «логики» невозможно, так как сама эта идея никак не вытекает из нумерологии или «исчисления жизненной судьбы». О грубых нарушениях мышления свидетельствует и факт «диагностики» с помощью нумерологии рака мозга и вычисления даты смерти.

И как полностью лишенное какой-либо логической связи предстает так называемое разорванное мышление («шизофренический выверт» — по терминологии старых авторов) — решение больной покончить жизнь самоубийством за два дня до окончания «вычисленного срока жизни» при одновременном знании того, что «от судьбы не уйдешь». Здесь нет и какого-либо намека на отчаяние, связанное с «фазой бунта» онкологических больных, на непереносимость сложившейся ситуации, нет ничего похожего на суицид-призыв. Здесь решение об отказе от жизни связано только с построениями больного разума.

У анализируемой больной нет системы взглядов («мировоззрения»), обусловливающего суицидальное поведение, суицид обосновывается «разовым вывертом» мышления, одномоментным нелепым умозаключением. Но если решение о самоубийстве — это специфический продукт нарушенного мышления, то непосредственное совершение действий, направленных на самоубийство, по нашему мнению, было бы невозможно без нарушений других сфер психики. Речь идет прежде всего о характерных для шизофрении нарушениях эмоционально-волевой сферы. Как известно, эта патология в наибольшей степени выражена на более поздних этапах заболевания.

Совершаемый больной суицид отличается не только тем, что он «обоснован» не вызывающими сомнения нарушениями мышления, но и исключительной кратковременностью пресуицидального перио-

да. Если решение о суициде — «выверт» мышления, то сам акт покушения на самоубийство здесь — это тоже своеобразный «выверт» волевой деятельности (парагномен). В данном случае нарушения мышления и парабулия идут параллельно, но вместе они позволяют рассматривать совершенный больной суицид как импульсивный акт. «Молниеносный суицид» в данном случае не является следствием быстро развивающегося аффекта, а выступает как показатель отсутствия характерных для волевого акта в условиях нормального функционирования борьбы мотивов в процессе принятия решения. Однако рисунок суицидального поведения в данном случае свидетельствует не только о грубых нарушениях мышления и волевой деятельности.

Можно с достаточными основаниями считать, что вне специфических изменений эмоциональной сферы подобный суицид вряд ли возможен. И только в условиях характерного для шизофрении эмоционального снижения вопрос «быть или не быть» решается легко и быстро. Сам характер суицида, отношение больной к случившемуся позволяют считать, что в данном случае речь идет об эмоциональной тупости. Здесь отсутствует своевременное включение эмоционального компонента психического функционирования, что в условиях нормальной психики приводит к тому, что далеко не всякие построения логики становятся мотивом для деятельности. У анализируемой больной сохраняющиеся знания об особенностях финального этапа онкологических больных не сопровождаются адекватной эмоциональной реакцией применительно к «вычисленному» ею собственному «раку мозга». Больная думает о том, как умирают раковые больные, но какого-либо эмоционального реагирования ни на этот факт, ни на «знание» времени собственной смерти нет.

В целом, это покушение никак не может быть отнесено к категории психогенных суицидов. Здесь нет ни нозогенного воздействия факта диагностики тяжелого заболевания, ни непосредственного страдания умирающих раковых больных. Участие ситуационных моментов в данном суициде не прослеживается ни в малейшей степени, даже если «ситуация» создавалась бы болезненным воображением больной. С другой стороны, связать этот суицид с имеющимися у больной психотическими переживаниями также не представляется возможным. Поэтому термин «психотический» или «бредовой» как характеристика варианта суицидального поведения больных шизофренией здесь может быть применен только с известными оговорками.

По выявляющимся в рамках суицидологического анализа нарушениям психики, обусловливающим совершение покушения на самоубийство, здесь, пожалуй, наиболее адекватным выглядел бы несколько

вульгарный термин «шизофренический суицид». В наиболее полном виде в суицидальном поведении проявляются характерные для шизофрении и во многом специфические нарушения эмоционально-волевой сферы. Однако известная вульгарность слова «шизофренический» в данном контексте диктует необходимость поиска термина, отражающего наиболее существенные особенности данного варианта суицида у больных шизофренией. По нашему мнению, в какой-то мере для подобных вариантов суицидального поведения подходит название **«аутистически-атактический суицид».** Это название позволяет отличить суициды, совершаемые на различных (чаще более поздних) стадиях заболевания, как от **аутистически-рационального** (мировоззренческого), так и от **психотического** варианта суицидального поведения при шизофрении.

Необходимость выделения различных вариантов суицидов, совершаемых больными шизофренией, с терминами и понятиями, в наибольшей степени отражающими, по нашему мнению, специфические особенности тех или иных типов суицидального поведения, связана в определенной мере с задачами клинического раздела настоящей монографии. Эти задачи определяются не только необходимостью рассмотрения особенностей суицидального поведения при различных видах психических и поведенческих расстройств, но и с определением клинико-диагностического значения отдельных характеристик суицидов. При подобном подходе те или иные параметры суицидального поведения не только становятся важными в плане суицидологического анализа и профилактики повторного суицида, но и являются определенным подспорьем (свидетельством) для оценки психопатологии, включая нюансы симптоматики или определения степени выраженности дефекта.

Клинические наблюдения показывают, что большинство суицидов, совершаемых больными шизофренией, достаточно часто имеют определенную «шизофреническую»

окраску. Именно это обстоятельство позволяет использовать анализ суицидального поведения больных в клинико-диагностических целях. Для различных вариантов этих суицидов предлагаются разные названия, каждое из которых несет определенную смысловую нагрузку. Естественно, что эта «нагрузка», в первую очередь связана с мотивационной стороной суицида, она включает и такие характеристики суицида, как особенности пресуицидального периода, отношение к случившемуся после покушения на самоубийство и проч. Ни в коей мере те или иные варианты не отражают такие важные моменты, как способ самоубийства, время, место и другие характеристики суицида.

Следует оговориться, что в словосочетании «шизофреническая окраска» суицидов автор в первую очередь видит эту «окраску» не столько в выборе больными особо жестоких или странных способов самоубийства (по нашим наблюдениям, и в рамках шизофрении подобное встречается относительно редко), сколько в своеобразии тех или иных стадий суицидального акта, чаще всего совершаемого весьма привычными и наиболее распространенными методами. Среди этих методов у лиц с психическими расстройствами за последние годы преобладают, по нашим наблюдениям, отравления используемыми для лечения психотропными препаратами.

Поэтому так называемый **«патологический суицид»** (термин, нередко используемый рядом авторов для характеристики отдельных актов самоубийства у больных шизофренией) автор настоящей работы не считает удачным с точки зрения его отнесения только к определенной категории суицидентов.

Некоторые «нюансы» характеристик суицидального поведения при отдельных видах психической патологии неоднократно подчеркивались автором. При этом специфическая «окраска» отдельных параметров суицида наиболее характерна для шизофрении.

Практика показывает, что достаточно часто больные шизофренией совершают суициды, не отличающиеся по своим характеристикам от самоубийств, совершаемых другими группами суицидентов, в том числе психически здоровыми и лицами с пограничными формами психической патологии. Естественно, в первую очередь подобные покушения на самоубийства встречаются у больных шизофренией, находящихся в ремиссии или в продроме заболевания, и при вялотекущих формах расстройств шизофренического круга. Здесь речь идет о так называемых психогенных или ситуационных суицидах, которые по основным своим характеристикам не имеют какой-либо связи с психопатологической симптоматикой. Подобный суицид не имеет отмеченной выше весьма нередкой у больных шизофренией специфической окраски, даже если этот диагноз непосредственно фигурирует в переживаниях суицидента.

В качестве примера приводится суицид, совершенный 25-летней больной шизофренией в состоянии ремиссии вскоре после выписки из больницы.

Речь идет о живущей в общежитии работнице завода. Из ее анамнеза известно следующее. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась в сельской местности. Серьезных соматических заболеваний и других анамнестических вредностей в детстве и в зрелом возрасте не отмечалось. После окончания средней школы

приехала в Ленинград поступать в вуз, однако не прошла по конкурсу и начала работать на заводе, где окончила курсы монтажниц. Работает по специальности на протяжении шести лет. Очень хорошо освоила основную и смежные профессии, была назначена бригадиром. В общежитии работала помощником коменданта и получила отдельную комнату. Алкоголь употребляла редко и в малых дозах. С 20 лет вела половую жизнь (случайные связи), однако на протяжении последнего года перед поступлением в больницу поддерживала постоянные отношения с молодым человеком, тоже работающим на заводе, с которым собирались пожениться и строили планы на совместную жизнь.

Психически заболела достаточно остро. Однако за две-три недели до манифестирования

болезни отмечалось неустойчивое настроение. Со слов ее подруг, «то плакала, то смеялась без всякой причины, но чаще была какая-то задумчивая». Объясняя свое состояние, говорила, что не знает, как они будут жить, когда поженятся. Однако продолжала работать, в общежитии вела себя упорядоченно. Вместе с тем, со слов ее жениха, даже с ним вела себя так, что ее поведение было непонятно («как девчонка, выпившая первый раз, хотя она вообще не пьет»). За несколько дней до госпитализации почувствовала особое отношение к себе окружающих.

Перед госпитализацией ночью плохо спала, утром поняла, что с ней происходят какие-то изменения, что она становится в центре происходящего вокруг. Большинство людей смотрели на нее как на царицу, призванную спасти мир от ядерной войны, но замечала и недоброжелателей, «взгляд которых выражал презрение». «Почти летала» по улицам, пыталась обращаться к прохожим со словами, что «катастрофы не будет», замечала «необыкновенную красочность мира». Настроение было восторженно-приподнятое. Вернувшись в общежитие, пыталась собрать всех «на митинг» и была госпитализирована «скорой помощью» в психиатрическую больницу.

При поступлении и в первые дни нахождения в больнице была беспокойна, плохо удерживалась на месте, говорила о своем «предназначении», о том, что «дворец», в котором она находится, «является центром», в больных видела своих знакомых или «новообращенных». Говорила о «голосах», о том, что ее мысли «управляют миром». Порой становилась недоступной контакту, застывала на месте, во что-то всматривалась. На фоне проводимой интенсивной терапии стала спокойнее, доступнее контакту, исчезли неадекватные поступки и высказывания, состояние обездвиженности, но в течение месяца сохранялись «голоса». Некоторое время была вяловата, говорила о плохом

настроении, объясняя это фактом попадания в психиатрическую больницу, просила «побыстрее выписать».

Появилась критика к психотическим переживаниям острого периода болезни, хотя в целом уклонялась от обсуждения этой темы. Сообщила, что некоторые переживания, имевшие место после поступления, она не помнит, временами считает, что находится во дворце и даже видела «украшения». Постепенно включилась в трудовые процессы на отделении, контактировала с больными и персоналом, на свиданиях с подругами и молодым человеком вела себя адекватно. Настроение выровнялось. Спустя два месяца нахождения в больнице была выписана под активное наблюдение психоневрологического диспансера *по* месту жительства. Перед выпиской обещала принимать дома лекарства, выполнять указания врачей, аргументируя это тем, что она «знает свой диагноз».

После выписки приступила к работе на прежнем месте, в общежитии вела себя упорядоченно, вновь начала общаться со своим женихом. Две недели находилась в отпуске у родителей. Со слов окружающих ее людей (в том числе и родителей), на протяжении всего этого периода каких-либо странностей в поведении или высказываниях не отмечалось. Месяц принимала лекарства, интересовалась их влиянием на возможную беременность.

С целью выяснения этого вопроса и характера ее заболевания купила книгу по психиатрии, прочла все о шизофрении и была в целом расстроена возможностью рецидивов болезни. Интересовалась этим у врача диспансера. Получив разъяснения, что шизофрения может протекать по-разному, успокоилась, продолжала работать, встречалась с женихом. Последний, обнаружив случайно у нее книгу по психиатрии, попросил почитать. Спустя некоторое время после этого заметила определенное охлаждение к ней жениха. «Убедил подождать со свадьбой, стал реже приходить, ссылаясь на занятость, спешил побыстрее уйти и т. п.». Происходящие изменения отношений переживала очень тяжело, хотя и понимала причины этого: наличие у нее «хронической психической болезни шизофрении». Однако продолжала работать, контактировала с окружающими.

После одного разговора с женихом, сказавшим, что об их дальнейших отношениях и свадьбе «надо еще думать», стала задумываться о перспективах ее дальнейшей жизни. Жениха, не сказавшего ни «да», ни «нет», ни в чем не винила («он не муж, и сам выбирает свою судьбу»), больше думала об имеющейся у нее «шизофрении». Резко упало настроение, и «сразу поняла, что нет никаких перспектив, так как снова попаду, как другие, в больницу, а потом стану дурой». Не видела

«смысла жизни», все перестало интересовать, «почему-то вспомнилась больная, которая находилась в отделении после отравления лекарствами и говорила, что с диагнозом шизофрении жить не имеет смысла». Периодически стали появляться мысли о самоубийстве, но «жалела родителей или вспоминала, что шизофрения не обязательно сделает дурой», не находила у себя «признаков болезни».

Продолжала работать, но по вечерам «все время вертелась мысль, стоит ли дальше жить». Чтобы лучше засыпать, сама увеличила себе дозу азалептина («наглотаюсь и как проваливаюсь»). Однако в один из вечеров «мысли о самоубийстве пошли непроизвольно, уже ничего не останавливало их», и больная, окончательно решив, что «лучше умереть», написала предсмертную записку матери с просьбой простить ее и приняла все имеющиеся у нее лекарства. Находилась в коматозном состоянии, когда ее подруга вместе с женихом взломали дверь и вызвали «скорую помощь». Несколько дней находилась в токсикологическом центре, а затем была переведена в психиатрическую больницу. В больнице в первые дни была вяла и сонлива, но сожалела о совершенной ею попытке самоубийства. В дальнейшем охотно контактировала, помогала персоналу в уходе за ослабленными больными. Галлюцинаторно-бредовых переживаний за время нахождения в больнице не обнаружила. Настроение было ровным.

На свиданиях с подругами, матерью и женихом вела себя адекватно. Совершенный ею суицид объясняла тем, что «как-то особенно остро стала переживать наличие у себя шизофрении после изменения отношений с женихом». С ее слов, уже очнувшись в токсикологии, сожалела об этой «глупости» и сейчас также считает, что даже в отношениях с женихом еще не все ясно, а что будет дальше с болезнью — «тем более». О психотических переживаниях, имевших место во время прошлого поступления в больницу, говорила более охотно, чем непосредственно после выхода из острого состояния, относилась ко всему происходившему с ней тогда критически, но заявляла, что не может в этом разобраться, так как «был какой-то сумбур: и голоса, и считала себя царицей, видела и поклонение, и презрение людей, и мысленно управляла миром». По-прежнему предъявляла амнезию на некоторые переживания того периода.

Несмотря на известную неопределенность будущих отношений с женихом (по-прежнему не говорившим больной ни «да», ни «нет»), высказывала вполне адекватные планы на будущее при любом варианте развития событий. Обещала в случае обострения болезни или появления «плохих мыслей» обсудить их с родителями или врачом диспансера, прежде чем «так бить близким людям по мозгам». Эмоцио-

нально представлялась достаточно сохранной. За время нахождения в больнице настроение оставалось ровным, признаков депрессии не обнаруживала. Охотно посещала групповые занятия по психотерапии на отделении. При обследовании психолога качественных нарушений мышления, снижения фона настроения и суицидальных тенденций не было выявлено. Спустя три недели после поступления была выписана на лечение в дневной стационар с последующим активным наблюдением психоневрологического диспансера и рекомендацией продолжения психотерапевтических занятий.

В данном наблюдении, независимо от возможных расхождений диагностической оценки острого психотического состояния, следует в первую очередь отметить наличие у больной несомненного состояния ремиссии во время совершения суицида. И хотя поставленный

больной диагноз шизофрении в целом выступил как выраженный психогенный (ситуационный) фактор, его психотравмирующее (нозоген-ное) влияние в полной мере определяется наличием состояния ремиссии без каких-либо признаков эмоционально-волевого дефекта. Форма реагирования больной на «диагноз» показывает его «значение» для нее. Если для врачей «острое шизофреноподобное психотическое расстройство», «циркулярная шизофрения» или «шизоаффективный психоз» нередко выступают как синонимы, то данный суицид показывает, что «словом можно убить», если это слово — «шизофрения».

Сказанное выше позволяет считать, что с точки зрения суицидологической превенции (как одно из мероприятий профилактики суицидов, подобных описанному выше) введение в последней Международной классификации (МКБ-10) временных параметров и обязательности наличия определенной психопатологической симптоматики для диагностики шизофрении имеет несомненное положительное значение. Такое же значение имеет и введение рубрики «острые и транзи-торные психотические расстройства», включающей различные виды этой патологии, в *том числе* и «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». В этом плане современная систематика психических расстройств позволяет достаточно успешно, в случае каких-либо сомнений в характере первого приступа заболевания, избежать обязательной постановки диагноза шизофрении, учитывая психотравмирующее (нозогенное) влияние возникающего в ремиссии осознания факта наличия тяжелой хронической болезни.

Возвращаясь к анализу, можно говорить о наличии некоторых симптомов шизофрении во время острого приступа болезни. Однако относительно острое начало, наличие на высоте приступа состояний измененного сознания (онейроида) с последующей амнезией характера

переживаний того периода, достаточно быстрый выход с хорошей ремиссией позволяют на данном этапе ограничиться диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». С другой стороны, продолжительность психотического состояния более месяца (установить длительность конкретной симптоматики шизофрении, как это часто бывает в острых состояниях, не представляется возможным) делают понятным и постановку диагноза, сыгравшего роковую роль в совершении больной суицида после первой выписки из больницы.

Однако независимо от характера диагноза и возможных споров по диагностике подобных состояний (эти больные составляют основной контингент для различного рода диагностических «разборок») здесь важен именно факт наличия хорошей ремиссии (практического здоровья) после перенесенного приступа болезни. В данном случае суицидологический анализ случившегося выступает на первый план: важна оценка детерминирующих факторов, мотивации суицида, особенностей переживания в пре- и постсуицидальном периоде, отношение больной к случившемуся, мероприятия по возможной профилактике повторного самоубийства. Даже допуская гипотетические изменения личности после первого перенесенного приступа болезни, здесь не удается отметить какого-либо участия «шизофрении» (под каким угодно названием) или каких-то ее симптомов в формировании суицида на любом этапе суицидального акта.

Не вызывает сомнений, что основным (детерминирующим) фактором формирования суицидальных тенденций здесь является психотрав-мирующее воздействие ситуации, связанной с наличием у больной психического заболевания — шизофрении. Следует говорить именно о нозогенном влиянии диагностируемой болезни, а не о каком-либо реагировании на конкретные психотические переживания неприятного или угрожающего характера. Естественно, что в каждом случае факт диагностики тяжелой болезни в сознании заболевшего преломляется в зависимости от конкретных обстоятельств жизни, характера болезни, ее возможных последствий для жизни и работы.

Обстоятельства жизни пациентки таковы, что болезнь выступает как вероятное

препятствие дальнейшим отношениям и браку, однако на первый план в переживаниях выступает само заболевание, а не возникшая неопределенность взаимоотношений с женихом. Безусловно, заведомо отрицательную роль здесь играло и знакомство больной с книгой по психиатрии, в которой шизофрения была представлена в ее самых неблагоприятных последствиях. Следует отметить, что тактика врачей с точки зрения деантологии не может вызвать каких-либо

нареканий на протяжении всего периода общения с больной. Задним числом, с учетом совершенного больной суицида, можно говорить о недостаточной психотерапевтической и реабилитационной работе по «адаптации» пациентки к диагнозу и его возможным психосоциальным последствиям. Естественно, что подобная работа должна проводиться и с близкими заболевшего, что весьма трудно осуществимо (особенно в условиях жизни вне семьи).

Не только по характеру детерминирующего фактора, но и по другим параметрам совершенный больной суицид практически не отличается от ситуационных покушений на самоубийство психически здоровых и лиц с пограничной патологией. Можно говорить о возникновении пресуицидального синдрома с уменьшением внешней активности, обращенностью к миру внутренних переживаний, появлением мыслей и представлений суицидальной направленности (типа воспоминаний о больной, совершившей попытку самоубийства путем отравления).

Период формирования решения о суициде в данном случае относительно растянут и сопровождается достаточно четкой борьбой суицидальных и антисуицидальных тенденций: с одной стороны, «с диагнозом шизофрении жить не имеет смысла», а с другой стороны, «жалко родителей» и «шизофрения не обязательно сделает дурой». Здесь нет «шизофренической» импульсивности в появлении мысли о суициде и ее реализации, идет постепенное саморазвитие суицидальных феноменов.

Состояние больной, непосредственно предшествующее покушению на самоубийство, не имеет каких-либо признаков, указывающих на его психотический характер. Как уже отмечалось автором монографии, непроизвольное (навязчиво-насильственное) течение мыслей непосредственно перед суицидальным актом говорит о несомненном изменении психофизиологического функционирования мозга, но эти изменения далеко не всегда приводят к возникновению психотических феноменов. Как известно, навязчивости любого рода встречаются и при такой болезни, как шизофрения, и при неврозах, и в рамках психического здоровья (навязчивые сомнения — весьма частое переживание, особенно у тревожно-мнительных личностей).

У анализируемой больной непроизвольно идущие перед покушением на самоубийство мысли — это вовсе не психопатология шизофренического круга, а показатель выраженности эмоционального напряжения и исчезновения антисуицидальных тенденций, определяющих существование ранее борьбы мотивов «за» и «против». Это обычный путь развития суицидальных тенденций — от антивитальных пережи-

ваний через борьбу мотивов (чувств и аргументов) к своеобразному «овладению» мыслью о самоубийстве, клинически проявляющемся в состоянии аффективно суженного сознания.

Психологический смысл анализируемого суицида — отказ от жизни. О несомненной выраженности намерения ухода из жизни свидетельствует серьезность способа самоубийства. Его обыденность (отравление психотропными препаратами) говорит только о выборе наиболее доступного, находящегося всегда под рукой у амбулаторных психически больных способа самоубийства. Закрытая дверь, предсмертная записка, тяжесть коматозного состояния — все это показывает истинность и серьезность намерения уйти из жизни. Об этом же говорит и обнаружившееся сразу после выхода из

коматозного состояния сожаление по поводу совершенной ею попытки самоубийства.
Здесь заведомо не было какого-либо намерения как-то изменить ситуацию, призвать с помощью суицида кого-то на помощь, кому-то ответить или чего-то избежать. Пациентка отказывается от жизни в силу неприемлемости для нее ситуации, изменить которую она не в силах. Отсутствие психотических переживаний и клинически значимого снижения настроения не позволяет связывать совершенный суицид с новым обострением заболевания или развитием постшизофренической депрессии, что нередко диагностируют врачи при совершении суицида вскоре после окончания острого приступа болезни.
В целом, анализ представленного выше покушения на самоубийство, совершенного больной в состоянии ремиссии, показывает возможность ситуационно обусловленного (психогенного) суицида после окончания острого приступа шизофрении (шизофреноподобного расстройства). Здесь закономерности развития суицидальных тенденций практически ничем не отличаются от аналогичных показателей суицидов психически здоровых и лиц с пограничной психической патологией. При этом сама постановка диагноза может выступать как психо-травмирующий фактор. Осознание факта наличия тяжелой психической болезни (шизофрении в данном случае) оказывает на больного в ремиссии неблагоприятное психическое воздействие — и заболевание обнаруживает свое нозогенное влияние.
Подобные суициды, связанные с нарушением эмоций и поведения, по мнению автора, должны рассматриваться в рубрике «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». В этом случае важна именно диагностика текущего состояния, а не основного диагноза (его необходимость не вызывает сомнений). Поэтому исключительное значение имеет как появление в пре- и постсуицидальном периоде психопатологической симптоматики, так и ее возможное отражение в суици-

дальном поведении. При этом, наряду с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, возможно и развитие постшизофренической депрессии.
Естественно, необходим дифференцированный подход при оценке суицидального поведения, наблюдающегося после выхода из острого психотического состояния. В данном случае характер суицида — это определенное диагностическое подспорье для оценки состояния пациентки при повторном направлении в больницу после совершения в ремиссии покушения на самоубийство. В зависимости от этой оценки речь может идти или о динамике основного болезненного процесса, или о связанных со стрессом формах реагирования с нарушением эмоций и поведения, но не сопровождающихся, однако, обострением ранее диагностируемого заболевания.
Адекватная оценка суицида и связанного с этим состояния имеет решающее значение для лечения и последующей тактики ведения и характера поддерживающей терапии. Ситуационный суицид требует гораздо большей психотерапевтической работы, нежели суицидальное поведение, наблюдающееся на фоне нового обострения болезни. Если возвращаться к анализируемой больной, то следует отметить необходимость соответствующей работы не только с пациенткой, но и с ее близкими людьми.
Существенные отличия от всех приведенных выше суицидов обнаруживают покушения на самоубийство у больных с хроническими бредовыми расстройствами. Симптоматика их болезни развивается относительно медленно, а суицидальные тенденции чаще всего имеют четкую и однозначную связь с психотическими переживаниями. Для подобных покушений на самоубийство в полной мере подходит термин **«бредовой суицид».** Галлюцинации и другие психопатологические симптомы, если они имеют место в тех или иных конкретных случаях заболевания, также могут отражаться на характере суицида, но, в целом, здесь не вызывает сомнение ведущая роль в суицидальном поведении бредовых переживаний.
Пример подобного рода суицида приводится ниже.

Больная впервые поступила в психиатрическую больницу в возрасте 49 лет после нанесения самоповреждений себе и мужу, вызвавших у последнего тяжкие последствия в виде потери речи и правостороннего частичного паралича. Четких данных о наследственной отягощенное™ психическими заболеваниями нет, но, со слов больной, родители страдали гипертонической болезнью. Родилась в сельской местности. В детстве, кроме простудных заболеваний, ничем не болела. После окончания 8 классов переехала в Ленинград, где окончила ПТУ по спе-

циальности маляр-штукатур. Жила в общежитии, некоторое время работала, а затем окончила техникум. Работала до последнего времени на одном месте мастером-бригадиром в ЖСК. Получила квартиру. Замужем за шофером. Детей в семье нет. Вместе с мужем эпизодически употребляла алкоголь, но клиники хронического алкоголизма не сформировалось. Менструальный цикл без особенностей, менструации отмечались до последнего времени. На протяжении последних двух лет страдает гипертонической болезнью, появилась метеозависимость и головные боли, но, со слов больной, «больничные листы по давлению брала редко».

За четыре месяца до госпитализации супруги продали комнату мужа и решили положить деньги в сберегательную кассу. Во время этой операции больная заметила, что какой-то мужчина наблюдает за ними. Когда вышли из сберкассы, женщина заметила, что за ними идет еще один мужчина («другой, но тоже очень подозрительный»). Сказала мужу: «За нами, наверное, следят», а в ответ услышала: «Не обращай внимания».

Дома несколько успокоилась, но начиная с этого дня, как только выходила на улицу, становилось страшно и замечала в любом проходящем на улице человека, который следит за ней. За две недели до начала слежки и такой же срок после находилась на больничном листе в связи с гипертоническим кризом. Давление постепенно нормализовалось, соматическое состояние было удовлетворительным, вышла на работу. Однако с этого времени вплоть до совершенного ею суицида почти постоянно испытывала страх, колеблющийся по интенсивности, и замечала вначале просто «слежку», а спустя некоторое время и «преследование». Вначале «все это» происходило только на улице, а потом стала замечать, что и соседи «перешептываются». В дальнейшем «почувствовала», что их телефон прослушивается, что и на работе о них «распускают слухи», намекают, что они «не получат деньги». Не могла дозвониться родственникам в другой город, однажды услышала: «Ну что, зайчики?» За месяц до случившегося стала чувствовать, что вечером, а иногда и ночью их стали «мучить газами или лучами, иногда это было и днем, и даже на работе». Говорила мужу о «травле», но «он ничего не замечал, чувствовала я одна». Страх все усиливался, временами не выходила на улицу, но «муж ко всему происходящему относился спокойно и даже шутил, что умрем вместе».

Периодически «ощущала покалывание в голове, временами что-то подкладывали в пищу, так что временами ничего не видела». По телевизору все время слышала, что пытают и убивают. Не случайно в это же время сломался телевизор. Намекали, что и родственников будут

пытать. Однажды шедшая впереди женщина сказала: «По-человечески не могут умереть». Страх все усиливался, в «слежку и преследование» вовлекалось все большее число лиц из ближайшего окружения и случайных прохожих на улице, боялась выходить из дома. Муж стал говорить, что ее «надо показать врачу».

На фоне усиливающихся тревожно-бредовых переживаний за две-три недели до случившегося заявила однажды мужу: «Чем так мучиться, лучше вместе умереть». Муж вновь заявил, что ее надо лечить, но каких-либо конкретных действий не предпринимал, несмотря на повторяющиеся предложения жены о добровольной «совместной смерти». С ее слов, «для успокоения» совместно употребляли небольшие дозы алкоголя. Спустя три

месяца после начала «слежки и преследования» в один из вечеров вместе выпили бутылку водки и, со слов больной, неожиданно стали «как роботы, не понимали ничего происходящего вокруг». Однако муж вскоре уснул, а больная, не желая «так мучиться», решила убить себя и мужа. Как объясняла она сама спустя некоторое время, во время нахождения в психиатрической больнице, «эта мысль все время вертелась в голове на протяжении нескольких недель, но здесь стала как какой-то робот и ни о чем другом уже не могла думать, хотя выпила не больше ста грамм водки».

Подойдя к спящему мужу, больная нанесла ему несколько ударов молотком по голове, в результате чего у него наступила потеря речи и частичный паралич правой половины тела. С ее слов, крови у мужа не было, на что больная заметила: «Видишь, Петя, мы даже умереть не можем!» Затем нанесла себе ножом несколько самопорезов на руках и ранение в живот с повреждением печени и кишечника («крови тоже не было»). Сразу же пошла к соседям и попросила вызвать «скорую помощь» и милицию, заявив, что она «убила мужа». Была направлена в хирургическое отделение, откуда спустя некоторое время после оказания соответствующей помощи, переведена в психиатрическую больницу.

Состояние больной на протяжении всего периода нахождения в психиатрической больнице оставалось стационарным. К контакту с окружающими не стремилась, однако поведение в целом было упорядоченным, принимала пищу и лекарства, выполняла указания персонала. Галлюцинаторно-бредовых переживаний в поведении не обнаруживала. Бредовой интерпретации происходящего не отмечалось. В то же время критики к психотическим переживаниям, имевшим место на протяжении нескольких месяцев до случившегося, не было. На вопросы, связанные с этими переживаниями, с плачем рассказыва-

ла о «слежке и преследовании», начавшихся с момента их похода в сберкассу с деньгами, полученными за квартиру.

Отмечалась некоторая неустойчивость настроения, в целом была депримирована, объясняя снижение настроения тем, что произошло с ней и мужем. Выраженной тревоги не отмечалось, периодически становилась плаксивой, временами не удерживалась на месте, объясняла свое поведение тем, что она «не знает, как жить после всего случившегося». Однако достаточно быстро успокаивалась. Отрицала намерение покончить с собой в течение всего периода нахождения в больнице. Сожалела о совершенной ею попытке убийства мужа, с плачем начинала стереотипно повторять: «Пусть бы лучше пытали». Конкретные мысли о возможности самоубийства в дальнейшем отрицала, но на вопросы об этом начинала плакать и спрашивала, как же ей дальше жить. С ее слов, в соматической больнице первое время «снились кошмары, чаще всего убитый муж», но за время нахождения в психиатрическом отделении кошмарных сновидений и выраженных расстройств сна не было.

Периодически жаловалась на головные боли, особенно при смене погоды, отмечалось повышение артериального давления. При психологическом исследовании было обнаружено истощение психических процессов, некоторое снижение памяти, внимания и уровня обобщений, легкая степень умственного дефекта. Депрессии и суицидальных тенденций не выявлено. Заключение невропатолога: признаки дисцир-куляторной энцефалопатии. Окулист диагностировал ангиопатию сетчатки. Проводилось лечение трифтазином, сосудистыми препаратами.

В этом состоянии в связи с возбуждением уголовного дела была переведена на судебно-психиатрическую экспертизу.

Наличие психического расстройства и его непосредственное «участие» в совершении больной весьма жестоких (по отношению не только к самой себе, но и к мужу) агрессивных действий не вызывает в данном случае сомнений. Уже сам характер аутоагрессивных действий, как и покушение на убийство мужа, свидетельствует не просто о наличии у анализируемой больной суицидальных тенденций, но и об особом состоянии

сознания у пациентки во время выполнения этих действий. Сама больная характеризует имевшиеся у нее в тот период психические переживания достаточно четко — «была как робот». Связать произошедшую с больной «роботизацию» только с действием алкоголя и галлюцинаторными переживаниями, возникающими на высоте аффекта, не представляется возможным. Это не исключает диагноза органического бредового (шизофреноподобного) расстройства.

Совершенный больной так называемый расширенный суицид в данном случае может быть в полной мере охарактеризован как бре-

довый. Несомненно, его мотивационная составляющая заведомо не просто связана, а непосредственно вытекает из бредовых переживаний. Об этом говорит тот факт, что мысли о самоубийстве вдвоем и соответствующие предложения мужу об этом у больной отмечаются задолго до непосредственной их реализации. Возникновение суицидальных тенденций определяется полностью тревожно-бредовыми переживаниями, но непосредственная реализация суицидального замысла происходит в рамках особого состояния сознания. Наличие этого состояния на высоте тревожно-бредовых переживаний и после приема алкоголя ни в коей мере не исключает здесь именно «бредовой суицид» в его классическом виде.

Нарушение сознания любой степени выраженности (от суженного до сумеречного) скорее говорит в пользу сосудистого характера заболевания, при котором различного рода выраженные эмоциональные переживания меняют тонус сосудов головного мозга и тем самым приводят к сдвигу в психофизиологической деятельности. Клинически эти сдвиги выступают как различные варианты состояний измененного сознания. У анализируемой больной это состояние переживается ею как чувство своеобразного овладения («стали как роботы»). Однако говорить о том, что здесь суицидальное поведение определяется только наличием состояния измененного сознания, неправомерно. Само возникновение этого состояния во многом определяется наличием предшествующих тревожно-бредовых переживаний.

У анализируемой больной суицидальное поведение возникает как «логическое» следствие характера испытываемых ею болезненных переживаний, в первую очередь бредовых. И хотя практическое разграничение тревоги и бреда в данном случае представляется искусственным, весь комплекс имеющихся у больной переживаний можно оценивать как бредовое расстройство. Острота переживаний, в том числе наличие выраженного эмоционального компонента в виде тревоги, находит четкое объяснение в конкретном характере «преследования», несущего угрозу физическому существованию больной и ее мужу.

В целом, представленное выше клиническое наблюдение является иллюстрацией бредового варианта психотического суицида, в котором наиболее отчетливо проявляется непосредственная связь имеющейся психопатологической симптоматики и суицидального поведения. Выяснение мотивировки совершенных больной действий, включающих покушение на убийство мужа и самоубийство, здесь идет параллельно с определением характера симптоматики и диагностикой психического расстройства. Эта диагностика в условиях больницы

существенно облегчается дополнительными обследованиями специалистов, подтверждающих наличие сосудистого поражения головного мозга.

Приведенное клиническое наблюдение показывает роль суицида как момента, обнаруживающего наличие психического заболевания. И хотя в данном конкретном случае подозрение на наличие заболевания достаточно определенно высказывалось мужем пациентки, совершенные ею действия с их тяжелейшими последствиями обнаружили не столько наличие самой болезни, сколько социальную опасность больной,

определяющуюся характером тревожно-бредовых переживаний. К сожалению, весьма нередко близкие игнорируют высказывания суицидентов о самоубийстве (в данном примере это предложение «умереть вместе»).

В приведенном выше наблюдении произошедшая трагедия в какой-то мере была связана с тем, что пострадавший вплоть до самого покушения на него не придавал должного значения наличию у жены заболевания (хотя и считал, что ей надо лечиться) и практически полностью игнорировал четкие сигналы пресуицидального периода о возможности ее самоубийства. В наших наблюдениях показано, что диагностика психического заболевания и даже хорошая ремиссия, наступающая после лечения, вовсе не может исключить возможности покушения на самоубийство. Однако в рассмотренном выше наблюдении именно трагические последствия случившегося показывают необходимость большего внимания со стороны близких суицидента к сигналам-предупреждениям о готовящемся акте самоубийства.

При достаточной выраженности тревожно-бредовых переживаний наличие болезни у одного из членов семьи, как правило, не вызывает особых сомнений у близких. Другое дело — их отношение к необходимости госпитализации, лечения и понимание возможной социальной опасности больного. Здесь многое определяется этнокультуральными и иными особенностями лиц из ближайшего окружения, в том числе условиями жизни, конкретной ситуацией и другими моментами, носящими в основном индивидуальный характер.

Более сложный вариант взаимоотношений заболевшего и его окружения возникает тогда, когда признаки психического расстройства обнаруживаются и у человека, находящегося в тесном контакте с психически больным. В абсолютном большинстве случаев речь идет о различных вариантах взаимоотношений двух (не исключено и большее число) психически больных с бредовыми расстройствами. Достаточно часто встречается вариант, когда каждый из близко контактирующих людей страдает самостоятельным заболеванием, а содержание

бредовых переживаний имеет далеко идущее сходство в силу развития болезни в одинаковых условиях и взаимовлияния больных друг на друга. Это так называемый конформный бред, при котором важно именно сходство содержания бредовых переживаний при возможном существенном различии психического расстройства каждого и механизмов развития бреда. Более сложная ситуация как в плане понимания этиопатогенетических механизмов развития болезни, так и с точки зрения диагностической оценки наблюдающихся болезненных переживаний появляется в тех случаях, когда в возникновении болезни обнаруживается механизм своеобразного психического заражения, индукции.

Суицидологический анализ может, с одной стороны, дать какие-то дополнительные диагностические критерии, а с другой — в какой-то мере способствовать оценке возможной общественной опасности заболеваний, объединяемых понятием «помешательство вдвоем». И хотя эти случаи в психиатрической практике встречаются относительно редко по сравнению с другими формами психической патологии, знание некоторых аспектов клиники индуцированных бредовых расстройств необходимо. Как и при других психических расстройствах, характеристики суицидов, совершаемых больными с индуцированными психозами, могут выступать как своеобразные элементы клиники.

Диагностика индуцированных бредовых расстройств может вызывать определенные трудности. Эти формы психической патологии граничат, с одной стороны, с уже упомянутыми выше случаями конформного бреда, развивающегося в условиях относительно одновременного развития различных заболеваний у тесно контактирующих лиц, с другой стороны, с различными формами неадекватного реагирования окружающих

на болезнь близкого человека, оказывающего выраженное эмоциогенное воздействие в первую очередь на ближайших родственников заболевшего. Это воздействие достаточно часто может обусловливать некритическое отношение к психотическим переживаниям близкого человека и даже формировать «реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (одна из рубрик современной систематики заболеваний) с весьма специфическим содержанием клинической картины этого реагирования, вызывающим необходимость дифференциальной диагностики этих форм психической патологии с клиникой индуцированного бредового расстройства.

Таким образом, упомянутые выше формы патологии, смежные с индуцированными бредовыми расстройствами, определяют необходимость дифференцированного подхода к различным видам психических нарушений, объединяемых появившимся в XIX в. понятием

«индуцированное помешательство». В соответствии с задачами настоящей главы автор монографии считает необходимым предварительно объяснить то, что в его представлении включает рубрика «индуцированное бредовое расстройство». У различных авторов отмечается неоднозначность понимания расстройств, относимых в эту рубрику. Не проясняют эту «неоднозначность» и критерии диагностики, и включаемые в эту рубрику формы психической патологии, представленные в соответствующем разделе Международной классификации болезней последнего пересмотра (МКБ-10).

Многие формулировки русского перевода клинических описаний и указаний по диагностике в разделе, посвященном индуцированным бредовым расстройствам, носят весьма неопределенный и даже противоречивый характер: «Редкое бредовое расстройство, которое разделяется двумя или более лицами с тесными эмоциональными контактами. Только один из этой группы страдает истинным психотическим расстройством». Непонятно, из какой группы и почему лицо, не страдающее «истинным психотическим расстройством», рассматривается в рубрике, касающейся бредовых форм психической патологии?

Отмечено, что диагноз индуцированного бредового расстройства может быть поставлен при условии, когда «один или два человека разделяют один и тот же бред или бредовую систему...». Каким образом можно «разделить» бред, не вполне ясно. Понятно, что в данном контексте не может быть речи о делении бреда на части. Если же «один или два человека» некритически относятся к высказываемым больным бредовым идеям (о его преследовании, обкрадывании и проч.), то можно с достаточной уверенностью отметить, что между наличием бреда у того или иного лица и его способностью «разделить» мнение, т. е. согласиться порой с весьма нелепыми (не говоря о правдоподобных) построениями больного ума, существует дистанция огромного размера! Реальная клиническая практика зачастую преподносит в этом плане такие варианты «разделения бреда», при которых те или иные высказывания близких родственников, трактующих, в силу этнокуль-туральных или личностных характеристик, бредовые построения больного, оказываются намного более нелепыми, чем бредовая система заболевшего.

Вызывает также определенные возражения включение без каких-либо разъяснений или оговорок в «индуцированное бредовое расстройство» таких понятий, как помешательство вдвоем или симбиотиче-ский психоз, каждое из которых представляет сборную группу, далеко не совпадающую по критериям их оценки и характеру с психической патологией. В психиатрической литературе термин «folie a deux» (поме-

шательство вдвоем) при рассмотрении случаев психических заболеваний у нескольких тесно общающихся лиц используется наиболее часто, что объясняется его относительной широтой и независимостью от конкретных представлений об этиопатогенетических механизмах расстройств, относящихся к этой группе патологии. Но немецкий психиатр

Леманн, предложивший термин «индуцированный психоз» для одного из вариантов «помешательства вдвоем», выделял, с одной стороны, эмоциогенное происхождение психических расстройств у близких больного, а с другой — их развитие путем индукции, т. е. специфического механизма прогрессирования болезни.

Не случайно работа Ласега и Фальре (авторов термина «помешательство вдвоем») — сообщение в Парижском медико-психологическом обществе и последующая публикация на эту тему — нашла как активных сторонников, так и противников развиваемых ими положений. Одни разделяли точку зрения авторов о возникновении психической болезни под влиянием первично заболевшего, другие (Режи, Витковски) отрицали саму возможность психического заражения, считая психически больным только первое лицо, а второе — заблуждающимся до абсурда. По мнению Режи (автора термина «одновременное помешательство»), в тех случаях, где отсутствуют галлюцинаторные переживания у человека, только соглашающегося с бредовыми построениями больного, следует говорить о «психологическом курьезе», не заслуживающем специального научного анализа.

И только в работе Морондона де Монтиэля впервые была дана систематика различных форм «помешательства вдвоем», включающая как самостоятельно развивающиеся заболевания, так и различные формы влияния первично заболевшего на лиц из его окружения, в том числе и так называемое «внушенное помешательство», при котором пассивный партнер только верит и повторяет бредовые построения первого. Развитие подобных непсихотических форм реагирования на болезнь близкого обусловливают легкая внушаемость, недостаточность интеллекта, общность в образе жизни и интересах. В отличие от этого при сообщенном помешательстве бредовые идеи появляются вначале у одного, затем у другого больного. Бред остается и при разобщении больных и подвергается самостоятельному развитию.

Изложенное выше, по нашему мнению, не позволяет считать синонимами термин «folie a deux» (наиболее часто используемый в мировой литературе во время представления наблюдения развития психических заболеваний в особых условиях) и достаточно определенный вариант «помешательства вдвоем» — индуцированное параноидное или психотическое расстройство. Термин, используемый для общей харак-

теристики представляемых наблюдений с их последующим анализом и уточнением диагноза, вряд ли адекватен для диагностических указаний в рамках классификации болезней.

Не вполне адекватным представляется и использование в рамках систематики психических расстройств в качестве синонимов терминов «индуцированное психотическое расстройство» и «симбиотические психозы». Термин был впервые использован в интересующем нас аспекте швейцарским психиатром Х. Шарфеттером для названия анализируемых им случаев групповых психозов в монографии «Симбионтические психозы». Исследование шизофреноподобных «индуцированных психозов» (помешательства вдвоем, психоз ассоциации)» (1970).

Уже в предисловии к монографии М. Блейлер пишет, что симбиотические психозы являются переходными случаями между шизофренией и психореактивными психозами, так как здесь влияние ситуационных факторов оказывается более видимым, чем в случаях «чистой» шизофрении. Проведенное Х. Шарфеттером исследование чрезвычайно интересно и важно в плане понимания некоторых аспектов развития шизофрении и шизофреноподобных заболеваний реактивного ге-неза, а используемый автором термин очень четко отражает особенности проанализированных наблюдений. Однако, по нашему мнению, «симбиоз» (длительное совместное проживание) и индукция (специфический механизм развития психического расстройства) — хотя и соприкасающиеся, но далеко не совпадающие друг с другом понятия. Не случайно автор берет термин «индуцированные психозы» в заглавии в кавычки и использует для его расшифровки и другие понятия.

Х. Шарфеттер, по существу, описывает смешанную группу заболеваний, весьма разнородных по нозологии, клинической картине, течению и исходу. Эти различия у автора весьма демонстративны. По диагнозам в группе первично заболевших шизофрения имеет место у 78 % больных, реактивный психоз — у 8 %; среди вторично заболевших шизофрения — у 16,5 %, реактивный психоз — у 77 % больных. Различие в исходах следующее: выздоровление — 5 и 36 %, улучшение — 17 и 28 %, без перемен — 78 и 36 % соответственно. Различия по отдельным симптомам: аутизм — 95 и 67 %, изменения «Я» — 40 и 7 %, характерные расстройства мышления — 35 и 9 % больных соответственно. Полная идентичность содержания бреда отмечалась только в 54 % случаев, 45 % вторично заболевших дополняли и развивали бредовую тематику, обнаруживаемую у заболевшего первым.

Сравнивая частоту заболеваемости шизофренией у вторично заболевших, являющихся и не являющихся кровными родственниками так называемого индуктора, автор нашел, что число последних приближа-

ется к числу первых и намного превышает показатель заболеваемости шизофренией среди населения. По мнению Х. Шарфеттера, индуцированные шизофреноподобные психозы развиваются под влиянием психически больного только у лиц, несущих в себе наследственную предрасположенность к «шизофреническим заболеваниям», т. е. они в преморбиде уже были «потенциальными шизофрениками», но в ге-незе болезни большое значение имел жизненный опыт и его вредности как психодинамические факторы развития заболевания. В целом, монография Х. Шарфеттера, впервые использовавшего термин «сим-биотический», в аспекте интересующей нас проблемы не говорит о возможности его включения в систематику психических расстройств как синонима индуцированного бредового расстройства.

Из всех форм так называемых коморбидных шизофрении заболеваний именно индуцированные бредовые расстройства обнаруживают самый широкий диапазон как диагностических, так и общетеоретических мнений и представлений. Автор попытался показать это уже на примере понимания этой формы патологии в МКБ-10, являющейся «официальным источником», своеобразным руководством по диагностике и систематике психических расстройств. Критическое изложение указаний по диагностике и критериям постановки диагноза индуцированного бредового расстройства в МКБ-10 является необходимой предпосылкой для адекватного клинико-суицидологического анализа, кратко представленного ниже.

В этом наблюдении речь идет о 52-летней женщине и ее 53-летнем муже. Жена — инженер-химик, длительное время работала на вредном производстве, с 50 лет на пенсии. Муж также длительное время работал инженером-технологом, а последние годы был администратором. Имеют двух взрослых детей, проживающих отдельно со своими семьями. Последние 4 года супружеская пара живет вдвоем в коммунальной квартире. Из перенесенных заболеваний у жены обнаружен хронический бронхит (длительный контакт на производстве с тяжелыми металлами), последние два года начались нарушения менструального цикла, климакс наступил за несколько месяцев до первой госпитализации в психиатрическую больницу с выраженными климактерическими явлениями и колебаниями артериального давления. Муж, кроме простудных заболеваний, ничем не болел. Алкоголь супруги употребляли эпизодически, в малых дозах. В связи с плохим самочувствием жены, переездом детей с семьями на некоторое удаление от родителей и рождением внуков последние годы супруги резко сократили контакты с другими людьми. Этому же способствовал и отъезд их друзей (супружеской пары) за границу к детям.

Точное время начала психического заболевания в семье установить невозможно. Однако можно с достаточной определенностью отметить, что первые признаки болезни впервые обнаружила жена около двух-трех лет тому назад. Как сообщал в последующем муж, он

достаточно длительное время («года полтора или два») пытался успокаивать жену и считал, что «она преувеличивает козни соседей» против них, а в некоторых «вещах просто ошибается из-за своей мнительности». «Ошибки» касались различного рода запахов (керосина, дуста, кала), которые, по мнению жены, «специально» создавали соседи по ночам.

На протяжении двух лет (выше уже отмечалась невозможность установления времени начала болезни в семье) жена вначале периодически, а в дальнейшем практически ежедневно стала замечать, что живущая в коммунальной квартире вместе с ними молодая супружеская пара всячески пытается «вредить» им. Сначала, по ее мнению, это делалось для того, чтобы выжить и занять их комнату. («Тогда оставалось им выселить еще одну семью, но там все были пьющие, и они бы их выселили по суду».) Однако в дальнейшем козни соседей были уже направлены на их «физическое устранение» или «признание сумасшедшими», так как «вначале я, а спустя некоторое время и муж обо всем догадались».

Следует отметить, что муж «догадался» только спустя два года после того, как жена «настойчиво открывала ему глаза». «Козни» соседей, по мнению жены, «фактически начались сразу после того, как они въехали в эту комнату по обмену, но я об этом догадалась только через год или два, а вначале думала, что они просто хулиганят». «Глаза открыл» факт приглашения соседкой поехать в лес за грибами: «Поняла, что это серьезно, а раньше считала, что просто хулиганят, как невоспитанные люди, а здесь стало ясно: зачем же ездить в лес за грибами, когда их полно на рынке?» На это заявление больной муж вначале засмеялся, а потом стал доказывать ей, что когда приглашают за грибами, то «это не всегда с целью убийства».

В дальнейшем жена постоянно замечала, что соседи портят их вещи, в первую очередь посуду. Регулярно показывала мужу те или иные дефекты кастрюль, поварешек и другой кухонной утвари. Муж достаточно длительное время считал и пытался объяснять жене, что она «просто забыла» про тот или иной дефект. Часто по этому поводу спорил с ней, хотя, если жена начинала плакать, споры прекращал, но по-прежнему длительное время считал, что «многое ей кажется из-за мнительности». «Козни» соседей все увеличивались: пачкали мыло, отбили эмаль на всей посуде, остригли щетку, отогнули ободок и ручку на кастрюле и т. д.

Постепенно характер преследования расширялся: «Пища приобретала все более дурной вкус, через дырочку в комнату напускали запах навоза и дихлорэтана, а потом стали ходить в комнату и что-то подсыпать в разных местах с целью колдовства, хотя я в это не верю, но здесь был нарушен закон, запрещающий проникновение в чужую квартиру». Когда началось «колдовство и разного рода шаманничание», жена попыталась поговорить об этом с соседкой, но услышала только, что ей никто не поверит, так как она, «наверное, заболела и ей нужно идти в психиатрический диспансер». Пыталась обращаться и к мужу, и к эпизодически контактирующей с ней дочери («Мама, тебе кажется»).

Муж достаточно длительное время критически относился к бредовым построениям жены и даже пытался ее уговаривать, чтобы она «успокоилась», так как, по его мнению, многое из того, что она говорит, «никак не может быть» и ей многие вещи, якобы происходящие в их квартире, «только кажутся». Однако это «кажется» никак не связывалось мужем с болезнью («она обо всем судила очень здраво и во многих вещах разбиралась лучше меня и всех здоровых, вместе взятых»). Любого рода споры о характере «козней» соседей прекращались, если жена начинала плакать. Многое из того, что происходило, «муж также видел, но не считал, что это делают специально, он тоже чувствовал запах и дуста, и навоза, но говорил, что соседи просто травят тараканов или принесли что-то плохо пахнущее в квартиру, но вовсе не для нас».

На протяжении двух месяцев перед первой госпитализацией супругов в психиатрическую

больницу муж находился в отпуске, для того чтобы ухаживать за женой, у которой резко усилились головные боли, приливы и приступы удушья, отмечалось постоянное повышение артериального давления. В течение этого времени семья практически ни с кем не общалась. По настоянию жены после обнаружения «вначале просто грязи, а потом заведомой отравы в пище» убрали всю посуду к себе в комнату и перестали готовить на общей кухне, хотя муж вначале и не верил, что их начали травить». Жена все чаще и чаще показывала мужу разного рода «присыпки и знаки того, что в комнате наговаривают и колдуют».

Муж не верил в колдовство и «разные шаманские штуки», замечаемые женой на протяжении всего периода их совместной жизни, но спустя некоторое время «понял», что в их комнату ходят, и был возмущен этим «фактом». Это произошло спустя примерно месяц после его ухода в отпуск. Хотя супруги готовили пищу уже у себя в комнате, однажды муж «почувствовал такой привкус пищи, что сразу понял, что она отравлена». Затем «догадался» о посещении соседями их ком-

наты, когда супругов не было дома, а потом и по ночам. Один из супругов теперь должен был обязательно караулить комнату, в магазин выходили поодиночке, муж специально просыпался ночью, чтобы застать соседей на месте преступления.

С момента появления у мужа уверенности в том, что их «действительно преследуют соседи», он развернул бурную деятельность по написанию жалоб в различные инстанции и сам обращался туда же с заявлениями о привлечении к уголовной ответственности «за нарушение неприкосновенности жилища». В ожидании судебного разбирательства обратился в прокуратуру с «требованием организовать их немедленный обмен по суду, так как речь идет о жизни и смерти».

На протяжении месяца перед госпитализацией муж постоянно замечал «страшные вещи, которые творили соседи с целью их устранения или признания невменяемыми». «Сам видел, что в квартире кто-то бывает по ночам, несколько раз не успевали проследить, и пища оказалась отравленной, носили на анализ в санэпидстанцию, и там подтвердили, что все испорчено, заметил порезы на обуви, которых еще накануне вечером не было, ночью чувствовал запах навоза, нагнетаемый в дырочку, и проч.». Однако обращения в самые различные инстанции (в первую очередь в милицию и прокуратуру) не привели к «привлечению соседей к уголовной ответственности».

Со слов жены и мужа, сообщаемых раздельно, вместо привлечения «преступников по закону» получилось так, что «нами заинтересовались психиатры». Муж и ранее слышал от соседей, что жена больна и ее надо лечить, но не предполагал, что это может «происходить всерьез, только для того, чтобы, признав нас невменяемыми, избежать уголовной ответственности». Категорически отвергали предложение «сходить в диспансер на проверку», когда же врач-психиатр пришел домой, то, «посмотрев ему в глаза», оба сразу поняли, что он куплен, и от дальнейшего контакта отказались. И только слова кого-то из начальствующего состава милиции о том, что любого рода действия юридического характера возможны при условии «документов о дееспособности», убедили супругов согласиться вначале прийти в диспансер, а оттуда поехать в психиатрическую больницу на обследование.

В психиатрической больнице, будучи помещенными в разные отделения, в первые дни вели себя практически одинаково. При внешне упорядоченном поведении требовали «срочной экспертизы», так как «иначе преступники успеют замести следы», приводили многочисленные «факты» их преследования со стороны соседей, высказывая вместе с тем предположение, что отдельные сотрудники различных служб и учреждений «могут быть куплены». В содержании обнаруживаемого

супругами бреда обкрадывания и преследования отмечалось совпадение многих деталей,

однако муж не верил в «колдовство» соседей, хотя и приводил множество «фактов» проникновения в их комнату.

Муж постоянно подчеркивал, что на протяжении последнего месяца он «сам убедился» в том, что «происходит» в их квартире. «Раньше я даже спорил с женой, считая, что она все преувеличивает по мнительности, но последний месяц был в отпуске и на многое посмотрел уже другими глазами. Может, ей иногда что-то и казалось, но запах по ночам я сам чувствовал, видел, что утром вещи сдвинуты и что-то насыпано, подтверждено официально и отравление пищи».

На протяжении достаточно длительного времени пребывания в больнице жена продолжала рассказывать о «кознях» соседей по отношению к их семье. Доказательства того, что все происходящее у них в квартире — «не сумасшедшие бредни», жена видела прежде всего в том, что в последнее время и «муж уже убедился, на что способны эти люди, а раньше часто спорил со мной». Другим доказательством отсутствия «сумасшествия», по мнению больной, являлся тот факт, что на отделении она никакого «преследования» не замечала. Но в отношении «происходящего дома» у больной в процессе постоянных обращений к врачам возникали все новые и новые «доказательства», нередко носящие достаточно нелепый характер (типа специальной пропитки их туалетной бумаги, подмены продуктов и постельного белья и т. д.).

При подробных расспросах мужа выяснялось, что о многих «фактах», сообщаемых женой во время пребывания в психиатрической больнице, он ничего не знает. Спустя несколько дней после того, как мужу было отказано в срочной экспертизе и выдаче документов об отсутствии психического заболевания, его поведение изменилось. Исчезли назойливые требования об экспертизе и «доказательства» их преследования. Вместо этого больной стал соглашаться с врачом, что «жене многое казалось», а он ей «верил». Называл свои суждения о «кознях» соседей «ошибкой», произошедшей вследствие того, что он «всегда слишком уважал мнение жены, а когда у нее обнаружились климакс и гипертония, тем более спорить с ней было нельзя, так как она слишком расстраивалась».

Поведение больного на отделении было упорядоченным, контактировал с окружающими, на свиданиях с дочерью вел себя адекватно, заявлял ей, что «врачи считают маму заболевшей, ей дома многое казалось, вплоть до колдовства». Высказывал сожаление, что он «написал слишком много бумаг в разные инстанции, это была глупость». На свидании с женой интересовался ее здоровьем, характером лече-

ния, говорил о том, что «скоро у них пойдет по-другому». Настроение было ровным. За время нахождения в отделении агрессивных и суицидальных тенденций не обнаружил, не писал каких-либо жалоб и писем. Проводилось лечение транквилизаторами и психотерапией.

В связи с упорядоченным поведением, отсутствием бредовой трактовки происходящего на отделении, появлением формальной критики к психотическим переживаниям спустя три недели после госпитализации муж был выписан домой с рекомендацией амбулаторного лечения в условиях психоневрологического диспансера. Однако, вопреки данным обещаниям, больной не пошел в диспансер и под любым предлогом стал избегать встречи с участковым психиатром.

Вместо контакта с врачами постоянно посещал различные учреждения, куда он ранее писал и обращался, требуя дать ему «ответ в письменной форме с отказом». В дальнейшем он собирался обратиться в «Генеральную прокуратуру или даже ООН и Международный суд» в связи с «вопиющим нарушением законов и прав человека». Предполагал «привлечь к ответственности» не только соседей, но и правоохранительные органы и прокуратуру, а возможно, и врачей диспансера и больницы, не пожелавших, по мнению больного, разбираться в том, что происходило в их квартире, и пытающихся скрыть следы преступления путем признания их с женой психически больными.

Однако вскоре «понял» по настойчивым звонкам из психиатрического диспансера и по

отказам из всех учреждений «выдать соответствующие документы», что ему не дадут никуда обратиться и вскоре снова отправят в сумасшедший дом. Обдумывая «тупик», в котором он оказался, не видел никакого выхода. Неожиданно пришла мысль, что, если он покончит с собой, обязательно будет следствие и «все вскроется». Таким образом он предполагал, жертвуя собой, спасти жену, хотя первоначально «сам испугался» мысли о самоубийстве, так как «не мог бросить жену одну в этой ужасной ситуации». Оставил у себя в запертой комнате подробное изложение «фактов» преследования, перечислил все учреждения, куда он обращался за помощью. В предсмертной записке просил у жены прощения, но одновременно написал, что «теперь обязательно во всем разберутся».

Чтобы «следствие обязательно было проведено», решил повеситься на общей кухне, а не в собственной комнате. Ночью стал привязывать веревку к газовой трубе на кухне, но совершенно неожиданно в это время в квартиру вошел пьяный его второй сосед и стал его удерживать и звать жильцов квартиры. «Скорой помощью» был вновь направлен в психиатрическую больницу. Сопротивления при госпита-

лизации не оказывал, у врача интересовался только тем, обязательно ли следствие по факту самоубийства.

В психиатрической больнице вел себя упорядоченно, с первых дней и на протяжении всего периода пребывания заявлял, что в дальнейшем «никаких самоубийств не будет, так как теперь следствие обязательно разберется». Извинился перед врачами, что он «вынужден был обмануть, но другого выхода не было». Необходимость обмана была связана с желанием «еще раз» убедить всех, что их преследовали. Вместе с тем сообщил, что за время его нахождения дома после выписки из больницы «ничего из тех кошмаров, что были раньше, не отмечалось». Связывал «отсутствие кошмаров» с тем, что «соседи почти добились своего».

О «преследовании и кознях» соседей при повторной госпитализации говорил только в том случае, если об этом спрашивали врачи, настойчивости (а тем более, назойливости) в приведении соответствующих «фактов» не отмечалось. В первые две-три недели, однако, по-прежнему давал бредовую трактовку очень многим явлениям, отмечавшимся у них в квартире за последние месяц-два перед первой госпитализацией. С его слов, раньше тоже были «факты», но о них догадывалась только жена, а он «не придавал значения и даже не верил, что такое может быть». Бредовой трактовки происходящего на отделении не было. Настроение было ровным, некоторое снижение объяснял фактом его повторной госпитализации. На свидании с дочерью просил не сообщать матери о совершенной им попытке самоубийства, но просил передать, что «теперь во всем разберутся».

Однако на фоне проводимой терапии нейролептиками уже к концу первого месяца повторной госпитализации сам стал говорить врачу о том, что, «наверное, многое мне начало казаться дома, так как поверил жене, которая уже больше года видела только преследование и колдовство». «Даже если приглашали за грибами в лес, то считала, что там могут убить, а обнаружив насыпанный песок или порошок, говорила, что это колдовство. И вообще-то то, что мне казалось раньше,— это какая-то чушь, даже если хотели занять нашу комнату, то зачем ночью приходить к нам». Сожалел о том, что «взбудоражил и милицию, и прокуратуру, и к кому только с этими глупостями не обращался, и сам чуть не повесился, спасибо соседу, что ночью домой приходит».

Понимание болезненного характера имевшихся ранее переживаний, связанных с соседом, становилось все более четким. На свиданиях с женой просил ее «поверить врачам и полечиться, так как многое ей казалось по болезни», разбирал с ней отдельные «факты преследо-

вания» и даже спорил с ней. Настроение оставалось ровным, суицидальных тенденций не выявлял. Собирался дальше жить в этой же квартире с женой. Вместе с тем допускал, что

если и после лечения у жены будут подозрения в отношении соседей, а переубедить ее не удастся, то, возможно, придется поменять квартиру, «хотя это не выход, надо нам с дочерью убеждать ее, чтобы лечилась».

В связи с упорядоченным поведением, отсутствием суицидальных тенденций, критическим отношением к перенесенному психотическому состоянию и связанным с этим бредовым переживаниям, а также пониманием болезни жены и адекватным отношением к этому и реальными планами на будущее спустя два месяца после повторного поступления и совершения суицидальной попытки был выписан на лечение в дневной стационар психоневрологического диспансера.

В приведенном выше наблюдении характер заболевания жены не вызывает особых диагностических сомнений. Другое дело — точное время начала болезни. Его определение затруднено весьма нередким в заболеваниях позднего возраста ретроспективным переносом психотических переживаний на период времени, не относящийся к болезни. При наличии этого психопатологического феномена различного рода воспоминания у заболевших о событиях, ранее бывших фактом обыденной жизни, приобретают иное, связанное с возникшим бредом значение, что может приводить к ошибкам в установлении времени начала болезни. В повседневной клинической практике это не столь уж важно, за исключением ситуаций, связанных с решением вопросов судебно-психиатрической или врачебно-трудовой экспертизы.

В любом случае, наличие у больной хронического бредового расстройства не вызывает сомнений. В рамках диагностики, не связанной с МКБ-10, заболевание может быть диагностировано как инволюционный параноид. Начало заболевания в инволюционном возрасте одновременно с появлением выраженных климактерических расстройств, бытовое содержание бреда преследования и ущерба, участие в формировании бредовых переживаний ситуационных моментов — все это достаточно однозначно говорит в пользу этого диагноза. Даже возникающие по ночам обонятельные галлюцинации носят утрированно бытовой характер. Присоединение к имеющимся бредовым переживаниям бреда колдовства в целом тоже не выходит за рамки преследования, имеющего достаточно конкретную цель — любым способом занять квартиру.

В характере заболевания мужа следует прежде всего отметить, что на протяжении достаточно длительного времени (по крайней мере, свыше года) он живет в условиях постоянного психологического «дав-

ления» со стороны жены. Однако это не просто определенное лидерство жены в семейных отношениях, отмечаемые самим мужем постоянные «уступки и соглашения», касающиеся моментов, которые стали определяющими в жизни заболевшей на протяжении последнего времени. Это «давление» со стороны жены, связанное с воздействием психопатологических феноменов, к которым до определенного времени у мужа имелась критика.

Наличие критического отношения к бредовым переживаниям жены, наблюдавшееся в начале своеобразного, если можно так выразиться, «психопатологического давления», коренным образом отличает возникающие в дальнейшем у мужа психотические переживания от весьма нередкого у родственников заболевшего некритического отношения к обнаруживающимся у больного бредовым построениям. В последнем случае критики к болезни у близких нет с самого начала.

У анализируемого больного в начальном периоде его восприятия бредовых переживаний супруги обнаруживаются не только понимание того, что трактовка женой тех или иных событий не соответствует действительности, но и попытки переубеждения, изменения нелепых умозаключений. Однако эти попытки каждый раз останавливаются на определенном этапе объяснения «фактов» в связи с общим характером взаимоотношений супругов, при котором жена выступает как лидер. Интеллектуально-волевое лидерство

жены своеобразно «усиливается» в процессе общения супругов в силу ее болезни, что исключает для мужа «обострение» споров из-за боязни психической травма-тизации близкого человека. В плане неблагоприятного воздействия заболевшей жены на психическую жизнь ее супруга важен не только ее интеллектуальный авторитет для супруга, но и продолжавшаяся достаточно длительное время и постепенно усиливающаяся практическая изоляция семьи от каких-либо дополнительных влияний. В течение года муж постоянно живет в мире болезненных переживаний жены с сохранением критики, носящей несколько своеобразный характер. Признавая ошибочность и несоответствие действительности ее суждений о происходящем в квартире, муж не допускает мысли о возможности психического заболевания у жены. Изоляция от окружающих резко усиливается после ухода мужа в отпуск, в дальнейшем вплоть до начала заболевания у него самого и госпитализации супругов (круг общения — это только супруга и ее все более усиливающиеся бредовые построения). Это усиление связано не только с расширением характера «преследования», но и с нарастанием тревоги и появлением галлюцинаторных переживаний. Именно эмоциональное сопровождение бреда выступает как один из важнейших факторов возмож-

ности его индукции, «передачи» от первично заболевшего лицам, общающимся с ним.

И все же решающим фактором формирования бреда, т. е. возникновения психического заболевания у мужа, в данном наблюдении (как и в большинстве других случаев индукции бреда) выступает фактор резко усилившейся изоляции семьи накануне заболевания супруга. Как известно, Е. Блейлер в соответствии со систематикой психогенных заболеваний, данной Крепелиным, относил индуцированные психозы к гомилопатиям (психозам общения), наряду с бредом преследования глухих. Таким образом, создатели нозологической системы исключительно четко подчеркивали решающее значение в происхождении индуцированных расстройств фактора изоляции. Впрочем, значение фактора относительной изоляции, жизни «вдали от посторонних влияний» для возникновения «помешательства вдвоем» отмечали еще основоположники учения об этой патологии — Ласег и Фальре.

Индуцированные бредовые психозы возникают вследствие нарушения взаимодействия людей, характера их общения, что отражается в изменении функционирования мозга, психофизиологическая деятельность которого приспособлена к определенным социально-психологическим условиям. Тесный контакт в условиях относительной психологической изоляции, связанной с наступающим доминированием представлений «значимого другого», приводит к временному снижению (частичной функциональной атрофии) психофизиологических механизмов разграничения нервной активности, связанной с отражением внешнего мира и «Я» больного, размыванию границ «Эго». Так как, благодаря этим механизмам разграничения, объекты внешнего мира даны человеку как нечто отличное от него самого, своеобразная функциональная атрофия этого механизма выступает в клинике как утрата «независимого» существования тех или иных элементов действительности, как недифференцированный бред отношения, составляет ядро бредового мировосприятия.

У анализируемого больного возникающие бредовые идеи хотя и совпадают по фабуле с основным содержанием идей первично заболевшей жены, однако отличаются все же относительно меньшим размахом и большей правдоподобностью. Уже на фоне имеющегося у него бреда супруг по-прежнему отказывается признавать «колдовство и шаманские штучки», своеобразно приспосабливая бредовые построения жены к действительности. Подобное уменьшение масштабности, своеобразное «смягчение» бреда у вторично заболевшего при безусловном следовании бредовой системе индуктора весьма характерно именно для индуцированных расстройств. В отличие от этого при

конформном бреде достаточно часто бред заболевшего позже «обгоняет» по своей масштабности бредовые построения лица, первым обнаружившего признаки психического заболевания.

Если по содержанию бредовые построения вторично заболевшего (в данном случае это супруг) отличаются меньшим размахом, своеобразным «смягчением» наиболее нелепых высказываний индуктора-жены, то в отношении эмоциональной составляющей пальма первенства, безусловно, принадлежит мужу. Об этом говорит изменение поведения супругов сразу после начала заболевания мужа: бурная деятельность по написанию жалоб, обращение в различные инстанции и требование организации немедленного обмена, так как «речь идет о жизни и смерти». Как это нередко отмечается в случаях индуцированных заболеваний, именно появление бреда у вторично заболевшего существенно обостряет течение болезни и у индуктора вследствие взаимовлияния коделирантов.

Однако ведущим психопатологическим проявлением у супруга все же выступает бред, дающий основание диагностировать в данном случае индуцированное бредовое расстройство. Хотя бред супруга отличается относительно меньшим размахом, важен факт его появления на определенном этапе общения с психически больной женой. При возникновении бреда преследования, объектом которого становится сам вторично заболевший (здесь это муж) каждый из супругов говорит о том, что преследуют «нас». Однако каждый из них переживает себя как объект преследования, относя к себе факты окружающего мира и трактуя их в соответствии с имеющейся установкой.

Возникновение у супруга бреда не вызывает сомнений. Это именно бред, а не просто вера и некритическое отношение к болезненным построениям жены. О появлении качественно новых переживаний говорит исчезновение попыток переубеждения жены в том, что она «преувеличивает» и что-то ей «кажется вследствие мнительности», а главное, появление собственной бредовой трактовки происходящего, внешне, однако, выступающего под личиной коллективного объекта преследования (теперь «козни» соседей направлены не против нее, а против «нас»). Интересно, что обонятельные галлюцинаторные переживания весьма обыденного содержания фактически становятся истинными галлюцинациями только с возникновением бреда. Если ранее запах дуста муж объяснял тем, что соседи «травят насекомых», то «нагнетание запаха навоза в дырочку» — это, безусловно, галлюцинации, укладывающиеся в общий контекст психотических переживаний больного. Как и в случае бредовых переживаний, галлюцинации у индуцированного мужа менее выражены, отличаются эпизодич-

ностью, бытовым содержанием и, по существу, носят вторичный характер (по отношению к бреду).

Более выраженное эмоциональное напряжение у мужа (в данном случае он выступает как индуцированный партнер), появление «преследуемого» соседями коллективного «мы» существенно ускоряет развитие бреда, определяемого взаимовлиянием коделирантов, резко усиливает патологическую социальную активность супружеской пары. К неадекватным высказываниям в пределах квартиры присоединяется заведомо нелепое поведение, обнаружившееся при «выносе» бреда в различного рода инстанции. Психическая болезнь жены, ранее «диагностируемая» только соседями, но никак не мужем, несмотря на понимание им неадекватности некоторых ее суждений, с возникновением у него заболевания становится «достоянием» всех организаций, которым поведение супругов доставляет немало хлопот.

Госпитализация супругов, явившаяся закономерным «итогом» их бурной деятельности по защите от «преследований», выявила, с одной стороны, далеко идущее сходство клинической картины заболевания у каждого из них, а с другой — существенные различия в характере болезни мужа и жены. Относительно меньший размах, масштабность бреда, обнаружившегося у мужа, сочетается с большей зависимостью от ситуации, связанной не только с общением с психически больной женой, но и с

конкретной обстановкой и «фактами», подвергающимися бредовой трактовке. Следует также отметить меньшую спаянность бреда у вторично заболевшего с личностью, своеобразную «функциональность» и большее включение бредовых построений мужа в систему обычных социально-психологических связей. Предпринимаемые мужем действия по защите от «преследования» достаточно наглядно демонстрируют это.

Сказанное выше делает понятным возможность диссимуляции психотических переживаний, которую достаточно скоро обнаруживает больной при смене обстановки, связанной с госпитализацией супругов. Возможность этой диссимуляции в какой-то мере облегчается и вполне понятной и адекватной диагностической оценкой заболевания мужа как индуцированного бредового расстройства и связанного с этим диагнозом весьма частых представлений врачей о том, что этот бред «обычно проходит при разлучении» (взятые в кавычки слова приведены из указаний по диагностике МКБ-10). Решающую роль в формировании диссимуляции здесь играет именно факт своеобразного включения существующей у мужа бредовой системы в реальную жизнь с ее обычными социально-психологическими взаимоотношениями.

Возможность диссимуляции в какой-то мере облегчается и тем, что к некоторым бредовым суждениям жены у мужа сохраняется критика и после начала психического заболевания у него самого: «колдовство и шаманские штучки» по-прежнему расцениваются им как «ошибки и преувеличения» жены. Понятно, что эти суждения вовсе не связаны с пониманием наличия болезни у жены. Однако именно эти суждения, сохраняющие способность ориентировки в происходящем, больной очень легко использует для сокрытия имеющегося бреда и введения в заблуждение врачей. Обыденный характер содержания бреда и психологически понятное поведение по «защите семьи от преследования» тоже облегчают «взаимное понимание» врачей и пациента в плане достижения целей каждой из «сторон»: лечение больного или быстрейшая выписка из психиатрического стационара для продолжения «борьбы».

Наличие у больного диссимуляции, т. е. сознательного сокрытия имеющихся и по-прежнему актуальных для больного бредовых переживаний, а не их исчезновение спустя некоторое время после госпитализации говорит и о его отношении к бредовым построениям жены. Больной говорит дочери о том, что врачи (а не он!) считают, что «мама заболела» и ей «многое казалось, вплоть до колдовства». Здесь критического отношения к болезни жены, по существу, нет, и даже оценка «казалось» относится только к «колдовству». Еще более демонстративным фактом, показывающим наличие именно диссимуляции, выступает изменение линии поведения больного после отказа в «проведении срочной экспертизы и выдаче документов об отсутствии психического заболевания».

Столь быстрое «выздоровление» бредового больного вскоре после отказа признать его психически здоровым может говорить только о сохраняющейся возможности приспособления бреда к конкретной ситуации, но никак не о его исчезновении. Обнаружившийся вскоре после выписки обман врачей, продолжение прежней линии поведения, связанной с бредовыми переживаниями, подтверждают наличие в данном случае не выздоровления, связанного с разлучением с индуктором, а диссимуляции болезни. По существу, отмечавшаяся врачами «формальная критика» выступала как форма приспособления бреда к сложившейся ситуации: «вынужден был обмануть в связи с необходимостью убедить всех, что нас преследовали».

Понятно, что у анализируемого больного диссимуляция облегчается снятием эмоционального напряжения, обусловленного изменением обстановки (госпитализация в больницу и исчезновение взаимовлияния коделирантов). О существенном изменении характера психоти-

ческих переживаний говорит не только возможность их диссимуля-ции, но и исчезновение бредовой трактовки событий настоящего после выписки из больницы. После возвращения больного домой бред поддерживается только «фактами» прошлого. Бредовая установка теперь распространяется лишь на прбшлое и не касается происходящих в настоящее время событий.

Изменение бреда ни в коей мере не говорит о его дезактуализации и тем более о его исчезновении. Отсутствие «козней» со стороны соседей объясняется больным тем, что они «почти добились своего». И даже в отсутствии жены супруг ведет интенсивную «борьбу за выживание» их семьи путем продолжения прежней линии поведения, связанной с обращением в различные инстанции. Более того, бред больного и вне влияния жены развивается и приобретает «свою» масштабность: целью «борьбы» оказывается обращение в ООН и Международный суд.

О дальнейшем развитии самостоятельно существующих у больного бредовых идей, своеобразном увеличении их масштабности свидетельствует и совершенная больным суицидальная попытка. Покушение на самоубийство, прерванное по не зависящим от больного причинам, очень четко свидетельствует о бредовых умозаключениях, лежащих в основе мотивации данного суицида. Хотелось бы подчеркнуть «самостоятельность» принимаемого больным решения о самоубийстве в отличие от весьма нередких коллективных уходов из жизни кодели-рантов. Развитие бреда и появление связанных с бредовой установкой умозаключений, определяющих решение о суициде вне какого-либо влияния жены, говорит о безусловном наличии самостоятельного психического расстройства, развивающегося в дальнейшем независимо от причин и условий его возникновения по своим внутренним механизмам.

Вместе с тем этот «самостоятельный» суицид, как никакой другой, несет безусловный отпечаток продолжающегося влияния первично заболевшей жены на принимаемое мужем решение о самоубийстве. Здесь не просто общепринятое предсмертное обращение к самому близкому человеку, а попытка «восстановления справедливости» по отношению к «преследуемой» семье, своеобразный выход из «тупика», в котором супруги находились ранее и который муж не может разрешить, даже обманув врачей. Адресованная жене предсмертная записка включает фразу о том, что «теперь обязательно во всем разберутся». Своеобразный призыв к органам следствия — это подробное изложение всех «фактов преследования» и учреждений, куда он обращался за помощью.

«Альтруистический» (по Э. Дюркгейму) характер данного суицида подчеркивается не только необходимостью, по мнению больного, самоубийства для проведения следствия и наказания соседей, но и выбором места и времени для ухода из жизни — общая кухня, ночь. Желание проведения «следствия», в процессе которого вскроются все «факты», в чем-то даже ухудшает условия доведения суицидального замысла до логического конца (что и произошло в действительности). Понятно, что на общей кухне большая вероятность появления посторонних, нежели в запертой собственной комнате. Хотя принципиально здесь нельзя исключить и мотив своеобразной мести «преследователям»-соседям в качестве личностного смысла совершенного больным суицида. При этом психологический смысл суицида-мести может до конца и не осознаваться покушавшимся на самоубийство в силу наличия в качестве определяющего мотива стремления установления «фактов преследования», что позволит «спасти» жену хотя бы ценой собственной жизни.

Отметив альтруистический характер анализируемого суицида, следует указать, что «альтруизм» в данном случае — вовсе не прямая аналогия введенного Э. Дюркгеймом понятия, характеризующего один из видов суицида, связанного с повышенной зависимостью самоубийцы от общества, интеграцией его, когда самоубийство совершается во благо того или иного коллектива. Несмотря на то что «симбиоз» данной супружеской пары, безусловно, привел к их чрезмерной интеграции и зависимости друг от друга, «альтруизм» совершаемого мужем самоубийства носит заведомо болезненный,

бредовой характер. В силу этого социологическое понятие Э. Дюркгейма может здесь применяться условно и с определенными оговорками.

Однако не вызывает сомнений то, что анализируемый в данном случае суицид, несмотря на его заведомую обусловленность бредовыми переживаниями, действительно направлен во благо и для спасения жены, составляющей с возникновением болезни у мужа единое целое — «преследуемое "Мы"». Наверное, ббльшую степень интеграции трудно себе представить и в рамках любого рода сообщества психически здоровых. И только действительное выздоровление мужа, его избавление от бреда приводит к дезинтеграции «Мы» и появлению «Я», способного критически относиться к бредовым построениям жены и к ее заболеванию в целом.

Представленный выше суицид, по нашему мнению, является достаточно наглядным примером суицидального поведения, в котором наиболее последовательно прослеживается зависимость от бредовых переживаний. Это, если можно так выразиться, бредовой суицид

в наиболее чистом виде. В отличие от ранее представленных суицидов больных с бредовыми расстройствами, в которых суицид обусловлен «тупиком», созданным болезненным воображением больного, из которого нет выхода, следствием чего является отказ от жизни. Здесь самоубийство, по замыслу больного, должно быть включено в «борьбу с преследователями».

Привлекая самоубийство в качестве одного из элементов бредовой системы, больной, по существу, распространяет бредовую установку на «жизнь после смерти», поэтому в данном случае сама мотивировка суицида носит заведомо патологический характер. Это обстоятельство не только подчеркивает своеобразие данного суицида, но и показывает возможность существования суицидального поведения, при котором обнаруживается не просто психологически понятный выход из «тупика», а, в первую очередь, неадекватные, «нелогичные» умозаключения в рамках бредовой системы, имеющейся у больного.

Глава 9
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С СУИЦИДЕНТОМ. ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

В этой главе автор описывает опыт (включая и собственный) работы с лицами, покушавшимися на самоубийство. В монографии рассматриваются истории людей, заявлявших о суициде, подготавливавших его, но в первую очередь — совершивших различной степени тяжести суицидальные попытки.

Различие в тяжести соматических последствий и отношении к случившемуся, неоднородность социально-психологической ситуации и других составляющих суицида исключают возможность единых как терапевтических (включая психотерапевтические), так и организационных схем. Принцип индивидуальной оценки и подхода к каждому суициду, утверждаемый в монографии, естественно, находит свое завершение в существенных различиях работы с каждым суицидентом, начиная с первого терапевтического контакта и кончая мероприятиями по профилактике повторных покушений на самоубийство.

Однако индивидуальный подход вовсе не исключает общих моментов в работе с любым суицидентом, так как, в первую очередь, любого рода контакт с подобными пациентами включает два аспекта. С одной стороны, эта работа должна быть направлена на выявление суицидальных тенденций, а с другой стороны, даже первый контакт с человеком, уже пытавшимся уйти из жизни или только думающим об этом, должен включать элементы так называемой кризисной психотерапии, направленной если не на устранение, то хотя бы на определенное «смягчение» любых форм суицидальной активности. Речь идет не о заключении так называемого «антисуицидального договора» (о нем еще будет идти разговор). Психотерапевтическое воздействие имеет своей целью внесение определенных сомнений в необходимости суицида или сдвиг времени исполнения обдумываемого или

повторного суицида на более поздние сроки в связи с необходимостью «еще раз обдумать все» и выбрать «наиболее подходящие условия».

Говоря о воздействии на суицидента, автор ни в коей мере не собирается представлять здесь различные психотерапевтические техники и методы работы. Этому вопросу посвящено множество статей и мо-

нографий, обзор которых не связан непосредственно с задачами настоящей книги. Интересующийся этим вопросом читатель найдет ответ в работах по психотерапии суицидального поведения M. Marsha (1993), Э. Шнейдмана (2001), Э. Гроллмана (2001), А. Бека и соавт. (2003), Н. В. Конанчук (1983), А. Г. Амбрумовой и А. М. Полеева (1986), Г. В. Старшенбаума (1987), И. В. Поляковой (1988), О. О. Полетаевой и А. В. Курпатова (2002) и других авторов. Особо следует упомянуть одну из интереснейших работ по суицидологии последнего времени с несколько специфической темой. Речь идет о книге Кристофера Лукаса и Генри Сейдена «Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства», посвященной вопросам психологии и психотерапии лиц, перенесших самоубийство близкого человека. Не вызывает сомнений, что для организации психотерапевтической помощи суицидентам существенное значение может иметь и литература, в которой вопросы самоубийства рассматриваются в соответствии с системой православных представлений и ценностей (Тихомиров Е., 1879; Попов И. В., 1898; Городцев С, 1908; Темный В., 1910; Епископ Михаил, 1911; Лиходей О. А., 1998; Игумен Евмений, 1999; Силуянова И., 2001, и др.).

В свете упомянутых выше специальных работ, посвященных психотерапевтическим аспектам работы с лицами с теми или иными суицидальными проявлениями, отдельные положения автора монографии в этой области представляются на первый взгляд достаточно банальными истинами, недостойными специального рассмотрения. Однако из этих «истин» создается общая тональность общения с суицидентом, которая во многом определяет наличие психотерапевтического эффекта. Подчеркивая выше условия возникновения психотерапевтического эффекта, автор, проработавший не один десяток лет врачом-психиатром, прекрасно понимает, что этот «эффект» далеко не всегда возникает при наличии тяжелых психических расстройств. Да и любого рода психотерапевтические «эффекты» нужны только в случае устранения тяжелых соматических последствий суицидальной попытки и исчезновения непосредственной угрозы для жизни пациента.

Естественно, что вопросы специализированной медицинской помощи (токсикология, хирургия и проч.) здесь не рассматриваются. По мнению автора, даже консультативная работа в соматических больницах с пациентами, госпитализированными после покушений на самоубийство, целесообразна только после выхода больного из коматозного (или близкого к этому) состояния нарушенного сознания. Другое дело — нередко отмечавшиеся после суицида и связанные с ним расстройства психики типа амнестического синдрома или состояния эйфории, наступающие как своеобразная реакция на неожиданное спа-

сение после неудавшегося самоубийства. В этом случае как можно более ранний контакт и обязательное наблюдение этих суицидентов в динамике способствуют адекватной оценке как суицидальных тенденций, так и состояния больного в целом, включая возможность наличия психического расстройства.

Основное положение, которое нужно знать и которое, как выражаются, «бабушки вышивали крестиками на полотенцах»,— работа с суицидентом не может проходить «на ходу», в условиях дефицита времени. Прежде всего это относится к первым контактам врача, психолога и других специалистов, направленных на суицидологический анализ

случившегося.
Врач, проводящий срочные реанимационные мероприятия, может ограничиться только констатацией покушения на самоубийство и подтверждением этого со стороны пациента. Поэтому положение о необходимости времени не относится к врачам, оказывающим неотложную терапевтическую или хирургическую помощь, если эти специалисты не пытаются проводить суицидологический анализ суицидального поведения. В этих случаях врач любого профиля должен быть готов к тому, что пациент может потребовать гораздо больше времени, чем располагает врач, а контакт с суицидентом должен обязательно включать и психотерапевтический аспект общения. Отсюда и возникает несколько специфическая окрашенность работы с лицами, обнаруживающими суицидальные тенденции, и необходимость использования специальных психотерапевтических приемов, создающих атмосферу эмпатического контакта. В целом эти приемы хорошо известны врачам-психотерапевтам и не требуют, с точки зрения автора, специального раскрытия.
Более того, если эти строки случайно будет читать психотерапевт с достаточно большим опытом работы, это может вызвать у него улыбку, так как он может назвать еще с десяток приемов в общении с пациентом, которые способствуют установлению психотерапевтического контакта. Но эти «психотерапевтические банальности» имеют гораздо большее значение именно в работе с суицидентом, нежели с лицами без суицидальных тенденций. Использование таких приемов, их значимость в практической работе во многом определяются личными пристрастиями и множеством других характеристик психотерапевта. Не меньшее значение имеет характер конкретных психотерапевтических техник, которые использует тот или иной врач.
Выдающийся суицидолог современности Э. Шнейдман в разделе своей книги, включающем выбор психотерапии в работе с суицидентом, приводит перечень «психотерапевтических маневров», которые учитывают спектр психологических потребностей *данного* человека:
Некоторые особенности работы с суицидентом
435
1. Установить.
2. Сфокусировать.
3. Избегать.
4. Быть внимательным.
5. Поощрять.
6. Подкреплять.
7. Осознавать.
8. Воздерживаться.
9. Выражать несогласие.
10. Разъяснять.
11. Побуждать к анализу.
12. Организовывать.
13. Идентифицировать.
14. Подчеркивать.
15. Отслеживать.
16. Связываться.
17. Исследовать.
18. Интерпретировать.
19. Оценивать.
20. Консультироваться.
21. Принимать оценку.
22. Получать обратную связь, поддержку.
23. Проявлять бдительность.
24. Отказываться.

Понятно, что использование того или иного приема («маневра») прежде всего определяется особенностями контакта с суицидентом, его желанием «выплеснуть» на собеседника сохраняющийся эмоциональный заряд или, наоборот, «не пустить в душу» постороннего. Поэтому конкретные руководства и рекомендации по интервьюированию суицидального пациента, если они включают строго структурированные схемы и положения, вряд ли могут быть информативными, если их рассматривать как непосредственную инструкцию к работе с суицидентом. Среди этих приемов, направленных на улучшение контакта и получение необходимой информации, а также на усиление психотерапевтического воздействия клинико-суицидологического интервью, можно упомянуть следующее.

Для понимания случившегося в первую очередь необходимо своеобразное **структурирование** (оформление) **ситуации,** включающее четкое представление о характере конфликта и особенностях суицидального поведения. Необходимость структурирования определяется не только важностью получения определенной информации врачом. Нередко углубленное понимание ситуации, ее дополнительная проработка самим суицидентом выступает и как важнейшая предпосылка контакта и психотерапевтического воздействия. Естественно, что врач здесь может (и обязан) существенно помочь пациенту в уточнении формулировок, **вербализации** переживаний, носящих характер заявлений, показывающих скорее эмоциональное отношение к происходящему, нежели четкое понимание причинно-следственных связей.

Уточнение формулировок, отражающих социально-психологическую ситуацию и характер реагирования на нее пациента, помогает в осмысливании ситуации и создает почву для получения необходи-

мой информации о суицидальном поведении и для дальнейшей психотерапевтической работы. Наряду с вербализацией, существенное значение имеет **установление последовательности событий** и **вычленение** из сообщаемых пациентом сведений наиболее **значимых элементов,** подчеркивание в них эмоциональной или смысловой составляющей. И та и другая составляющие информации, сообщаемой пациентом, при акцентировании на них внимания могут существенно помочь в установлении эмпатического контакта или в осмысливании ситуации.

Понятно, что своеобразное отражение эмоций здесь важно не просто с точки зрения проявления эмпатии, оно и может быть основой для обнаружения суицидальных тенденций. «Чувствую, как вам было тяжело, когда вы убедились окончательно в его измене (уходе) и проч. В этой ситуации у людей нередко возникают мысли о том, а стоит ли жить дальше. А у вас?» В установлении необходимого контакта помогает множество самых простых и испытанных психотерапевтических приемов. Это и **повторение** отдельных высказываний пациента, и **уточнение** некоторых моментов сообщаемой информации, и **специальные паузы,** дающие возможность суициденту проявлять активность. Эти приемы показывают суициденту, что врач не просто отстраненно понимает случившееся, а активно сопереживает. Сами по себе приемы могут стимулировать человека, покушавшегося на самоубийство, на обдумывание различных (в том числе альтернативных) вариантов его ответа на неблагоприятную социально-психологическую ситуацию.

Нередко именно первый терапевтический контакт оказывается и наиболее информативным для суицидологического анализа, и несущим наибольший психотерапевтический потенциал. В определенной мере как информационное, так и психотерапевтическое значение первого контакта с суицидентом связаны со своеобразным катарсическим воздействием факта неожиданного спасения после покушения на самоубийство, даже несмотря на сохранение психотравмирующей ситуации.

Отмеченный психотерапевтический потенциал в контексте настоящей работы — это сопутствующий элемент контакта, направленного на раскрытие суицидальных тенденций и обусловливающих их переживаний. Сказанное ни в коей мере не является попыткой умалить значение непосредственной психотерапевтической работы с пациентами.

К сожалению, далеко не всегда суицидент при первом терапевтическом контакте стремится полностью раскрыть характер своих переживаний, связанных с суицидом, в отдельных случаях может отрицать желание покончить с собой (несмотря на очевидность этого), а иногда

просто отказывается от какого-либо обсуждения темы самоубийства. Естественно, это не только право пациента на закрытость своих переживаний (автономность), ной вполне понятная и возможная реакция на произошедшее. В этом случае путь к раскрытию суицидоопасных переживаний лежит через своеобразные **обходные зоны контакта.** Врач задает суициденту **вопросы о самочувствии и соматическом состоянии,** в ряду которых вполне логичным является и выяснение причин и обстоятельств, связанных с ухудшением здоровья.

Еще один путь к раскрытию характера и обстоятельств суицида лежит через **выявление и уточнение характера психопатологических переживаний,** обнаруживаемых в процессе интервью. Выяснение времени их начала и отношение к ним, влияние психопатологических феноменов на поведение (включая и аутоагрессивное) позволяют постепенно подвести пациента к рассказу о покушении на самоубийство. Это может относиться и к выявляемым бредовым переживаниям, галлюцинациям (здесь существенно их влияние: «замучили» или непосредственно «приказали»), и к различного рода мучительным соматопсихическим переживаниям (это и сенестопатии, и «витальная тоска», и множество деперсонализационных и других психопатологических феноменов).

Достаточно простой и логичный вариант «обходного пути» к раскрытию суицидального поведения — это **беседа о социально-психологической ситуации,** предшествующей госпитализации в стационар или консультации специалиста. Далеко не всегда врач имеет исчерпывающую информацию о жизни суицидента. Но, если он оказался осведомленным о случившемся (близкие успевают встретиться с врачом раньше пациента), важно не просто выслушать «правду» другой стороны, но, прежде всего, раскрыть характер эмоциональных переживаний, а также «проявить» в процессе беседы суицидальные тенденции, выявляющиеся как «логическое следствие» из субъективно непереносимой ситуации.

Независимо от того, каким путем (непосредственно начиная с суицида или подходя к нему через так называемые «зоны контакта») врач получает информацию о суицидальном поведении, главной задачей первичного интервью является **снятие своеобразного табу с обсуждения вопросов о суициде.** Покушение на самоубийство и связанные с этим обстоятельства должны стать предметом не просто допустимого или желательного, а необходимого и обязательного обсуждения в сложившейся ситуации. Одним из важнейших вопросов, выясняемых в процессе первичного интервью с суицидентом, является и получение информации о **доступности средств самоубийства, психологиче-**

ском смысле суицида (крик о помощи, протест, отказ от жизни и т. д.) и о других характеристиках суицидального поведения.

Эта информация вне контекста первого «суицидологического» контакта с пациентом может оцениваться по-разному и вызывать самые различные эмоции: от внутренней (!) улыбки до своеобразного шокового состояния. Особенности реагирования врача на сообщения пациента о случившемся или готовящемся покушении на самоубийство исключительно важны как в плане возможности получения информации, так и

психотерапевтического потенциала беседы. Без эмоционального реагирования невозможно установление эмпатического контакта.

Но этот же контакт и тем более его психотерапевтический потенциал существенно меняются, если врач обнаружит «общечеловеческие» эмоции на сообщение о суициде (возмущение, удивление, страх и проч.). И только принятием покушения на самоубийство как понятного и логичного поведенческого акта врач может выявить себя как специалист, от которого может ожидать помощь человек, только что пытавшийся покончить с собой. Еще в большей степени контакт с суицидентом может быть обесценен, если врач сразу же пытается вступить в спор о ценности жизни или прочесть на эту тему небольшую лекцию из прописных истин, которые уже однажды не «сработали» во время формирования суицидального поведения. Вместо любого рода споров или «обучения жить» важнее расспрос о самых различных деталях и обстоятельствах случившегося. Нередко умело поставленные вопросы могут зародить у суицидента сомнения в найденном им «единственно верном» решении и безвыходности ситуации.

Одна из частых ошибок врача, контактирующего первый раз с пациентом, совершившим покушение, является тактика интервью, в соответствии с которой разговор о суициде переносится на конец беседы. Это связано с представлением о том, что выяснение вопросов, связанных с- самоубийством, может ухудшить контакт с пациентом и, таким образом, не будут выявлены какие-то психопатологические симптомы или анамнестические сведения. По мнению автора настоящей работы, подобная тактика (к сожалению, фигурирующая даже в виде четких рекомендаций отдельных исследователей) не может быть оправдана в работе с суицидентом. Психопатологические или анамнестические «нюансы» заведомо меркнут без предварительного обсуждения вопроса «быть или не быть». Человек только что (неважно — несколько часов или дней назад, он еще живет в этой ситуации) пытался уйти из жизни, а его заставляют «рассказывать всякую чушь про дядю Федора, пившего в Вологде запоем». В подобных случаях, по-видимому, вместе с булгаковским героем следует сказать, что это «нестерпимо глупо!».

Некоторые особенности работы с суицидентом

Во время беседы о суицидальном поведении важно выявление не только суицидальных, но и антисуицидальных факторов. Это может быть использовано для последующей углубленной психотерапии, коррекции установок, затрудняющих адаптацию и альтернативные решения сложившейся социально-психологической ситуации. Выявление тех или иных обстоятельств, вызвавших у суицидента ранее определенные **колебания и сомнения, задержавшие на определенное время выполнение конкретных действий по прекращению собственной жизни, должны фиксироваться и подчеркиваться во время беседы.** Эти обстоятельства важны не только для врача, но и для самого пациента как отправной пункт для формирования альтернативных (внесуицидальных) способов выхода из неблагоприятной ситуации. Поэтому акцентирование внимания суицидента (выше писалось о некоторых приемах достижения этого, используемых психотерапевтами) может выступать как элемент кристаллизации этих альтернативных решений.

Одним из возможных вариантов поведения человека, пытавшегося покончить с собой, в ближайшем постсуицидальном периоде является **диссимуляция.** При этом возможно полное отрицание суицидальных тенденций в прошлом и настоящем и иная трактовка действий, направленных на самоубийство («только пошутил, случайно передозировал, хотел сделать запас лекарств, перепутал пузырьки и т. д. и т. п.»). В отдельных случаях эта диссимуляция выглядит нелепой и отражает интеллектуально-мнестические или иные психопатологические расстройства (в клинических главах приводились примеры этого). В этом случае предъявляемые больными версии слишком неадекватны и распознавание подобного рода попыток сокрытия суицидального поведения не вызывает затруднений.

Однако нередко диссимуляция связана с предъявлением достаточно логичных доводов и

версий, и только специальные приемы позволяют понять, что пациент скрывает суицидальные тенденции. Это сокрытие еще не доказывает их наличие в постсуициде, так как факт покушения на самоубийство может скрываться по самым различным причинам, включая представление о том, укрепляет или умаляет достоинство человека совершенное им, или что и как повлияет на конкретную ситуацию. Естественно, что **распознавание** суицидальных тенденций и их **диссимуляции** в первую очередь важны с точки зрения предотвращения повторных покушений на самоубийство в ближайшем или позднем постсуицидальном периоде.

В. Франкл (1990) рекомендует следующую процедуру для выявления у пациента суицидальных тенденций. Вначале человека, у которо-

го есть основания подозревать наличие суицидальных замыслов и намерений, спрашивают, думает ли он о самоубийстве, так как в прошлом у него отмечались те или иные формы суицидального поведения. Пациент всегда ответит на этот вопрос отрицательно, и это отрицание будет тем более упорным, чем больше выражена тенденция к диссимуляции. Затем ему задается вопрос, ответ на который позволяет судить, исчезли ли действительно суицидальные тенденции. Несмотря на определенную жесткость этого вопроса, **у пациента спрашивают, почему он не думает (или уже больше не думает) о самоубийстве.** Человек, действительно избавившийся от суицидальных мыслей, ответит без колебаний, что он должен думать о семье, детях, работе и еще об очень многих и многих вещах, которые не утратили или вновь обрели свою ценность для него.

Но пациент, сохраняющий мысли о самоубийстве и желающий обмануть врача, не находит аргументов в поддержку своего «фальшивого» утверждения жизни. Суицидальные замыслы и намерения в случае их достаточной выраженности носят характер сверхценных образований и сопровождаются определенным сужением сознания. В силу этого при наличии действительных суицидальных намерений сформулировать доводы в пользу жизни пациент практически не может. Чаще всего основным «аргументом» в этих случаях выступает заявление о том, что он или она «здоровы и требуют выписки». Если же у пациента появляются действительные доводы в пользу жизни, то это несомненный показатель реального исчезновения побуждений к самоубийству (по крайней мере, возврат на стадию борьбы суицидальных и антисуицидальных тенденций).

Иногда, по наблюдениям автора настоящей работы, это могут быть совершенно неожиданные заявления типа: «Солнце стало очень ярко светить, почки на деревьях появились, скоро будут и первые листики, а они меня всегда умиляли». (Интересно, что эта пациентка не читала Достоевского и ничего не слышала про «клейкие листочки», которые удерживают в жизни Ивана Карамазова.) Очень важно, что **«причины, по которым следует жить»,** предъявляются на вопрос об этом без каких-либо раздумий, их **не надо находить «бывшему» суи-циденту,** какое-то время они господствуют в сознании как необходимый контраргумент исчезающих суицидальных замыслов и намерений.

После того как установлено, что обследуемый пациент действительно вынашивает планы покончить жизнь самоубийством, врач (или другой специалист), констатирующий это, должен выбрать соответствующую тактику реальной помощи суициденту. Эта тактика опреде-

ляется и конкретными условиями, в которых были выявлены суицидальные тенденции, и особенностями последних, и наличием (отсутствием) психического расстройства у пациента, и множеством других обстоятельств, носящих нередко сугубо индивидуальный характер. Рассмотреть все эти обстоятельства не представляется возможным. Но в любом случае, прежде чем организовывать те или иные конкретные мероприятия, врачу

приходится достаточно часто решать и своеобразную морально-этическую проблему.
Эта проблема связана с необходимостью определения правомерности границ вмешательства в жизнь пациента и его переживания. Понятно, что при наличии психического расстройства, сопровождающегося суицидальными тенденциями, врач должен руководствоваться «Законом о психиатрической помощи», предусматривающим госпитализацию больного в недобровольном порядке. А если возникают сомнения в наличии психического расстройства? Выше уже приводились примеры, в том числе и смерть 3. Фрейда. В этих суицидах смерть выступает как единственная форма выхода из ситуации, или, по крайней мере, суицидент, не страдающий психическим расстройством, пытается покончить с собой, чтобы облегчить жизнь близким,— так называемые жертвенные самоубийства. (Это не связано с вопросом об эвтаназии, врач в любом случае может (и должен!), по мнению автора, отказаться от участия и помощи в осуществлении самоубийства, в соответствии с клятвой Гиппократа.)
В любом случае, по-видимому, следует пытаться воздействовать на потенциального самоубийцу с целью предотвращения суицида. А если психическое воздействие оказывается неэффективным, а врач не диагностирует психическое расстройство, можно ли назначить лекарства? Следует ли лечить такой поведенческий акт, как самоубийство? Во всех ли случаях суицидальное поведение надо рассматривать в разряде поведенческих расстройств? Следует отметить, что психиатры далеко не однозначно решают эти вопросы. Так, американский суицидолог T. Szasz (1986), не возражая против помощи пациентам, желающим избавиться от имеющихся у них суицидальных тенденций, считает клиническое вмешательство при склонности к суициду неоправданным в связи с ограничением в этом случае свободы человека и той ролью навязчивого патерналиста, которую здесь начинает играть «всеведущий и всемогущий» психиатр.
Абсолютное большинство врачей, включая психиатров и суицидо-логов, не разделяет эту крайнюю точку зрения . Но в целом этот вопрос остается открытым: правомерно ли оказание противодействия (помощи) лицам с так называемым логическим («рациональным») суици-

дом вопреки их желанию? Сложность этого вопроса определяется и трудностью диагностики психических и поведенческих расстройств при пограничных формах психической патологии, и весьма частым наличием своеобразной амбивалентности и противоречивости самих суицидальных тенденций. В хорошо известной книге «Этика психиатрии» (1998) Дэвид Хайд и Сидней Блох заканчивают раздел, посвященный этическим аспектам работы с пациентами с суицидальными наклонностями, следующим выводом.
В вопросе о самоубийстве в контексте психиатрии следует заметить, что «лучше допустить ошибку, спасая жизнь, чем позволяя ей уйти». По мнению авторов, хотя философские суждения могут показать, что нет логически обоснованного аргумента в пользу предпочтительности жизни перед смертью, а наше стремление к жизни носит чисто иррациональный характер, «мы должны всегда помнить, что потенциальный самоубийца в глубине души может разделять именно такое иррациональное мнение».
Сложность возникающих морально-этических проблем при выявлении у пациента суицидальных тенденций никак не снимает с врача (или любого специалиста, обнаружившего их) необходимости организации самых элементарных мероприятий по предотвращению самоубийства. Уже писалось о существенных различиях этих мероприятий в зависимости от конкретных условий, в которых были выявлены суицидальные тенденции: психиатрическая больница, другие лечебные учреждения, домашняя обстановка, производство и проч. Понятно, что *степень* риска совершения попытки самоубийства в первую очередь определяет характер мероприятий и действия врача по профилактике суицида. В любом случае должен быть намечен план мероприятий организационного характера. Эти мероприятия включают в том числе и **оформление**

соответствующей документации, которая, к сожалению, в дальнейшем может стать материалом юридического характера.

В любом случае важно **сделать недоступными орудия и средства самоубийства** (в первую очередь лекарства и отравляющие вещества, оружие и проч.). Необходимо также **поставить в известность лиц из ближайшего окружения суицидента** о наличии у него суицидальных тенденций и проинструктировать их о необходимости и методах контроля поведения и указать учреждения или лиц, к которым следует обратиться при усилении суицидальной активности. В медицинских учреждениях обязательным является **изъятие** нередко находящихся на руках у больного **упаковок с самыми различными лекарствами,** исключение любого рода домашних отпусков и других

форм «поощрения и облегчения» реализации суицидальных замыслов. При наличии суицидальных замыслов и намерений **пациент не должен оставаться один.**

Автор настоящей работы хорошо понимает банальность этих рекомендаций с точки зрения суицидологов и даже психиатров. Однако опыт работы консультантом в соматических больницах показывает, мягко выражаясь, «недостаточную осведомленность» врачей очень многих специальностей в вопросах суицидологии. На памяти у автора несколько курьезных случаев: к больному срочно вызывают психиатра-консультанта, так как «у него мысли о самоубийстве», но он «попросился домой и обещал скоро подойти». Не свидетельство ли это наличия у врачей несколько наивной веры в своеобразный антисуицидальный договор с человеком, обнаруживающим суицидальные замыслы и намерения.

Опыт работы с суицидентами показывает, что человек, намеревающийся уйти из жизни, воспринимает споры и «антисуицидальные» аргументы врача, превращающиеся иногда в своеобразные микролекции о ценности жизни, как досадные временные помехи и несущественные детали в свете принятого решения о самоубийстве. Вместо споров и «аргументов» важнее расспрос по всем обстоятельствам суицидального поведения. Без изменения мировосприятия суицидента эти аргументы врача находятся за гранью его понимания, в силу неоднократно упоминаемого выше специфического сужения сознания. Н. Бердяев (1992) подчеркивал, что у самоубийцы поражена функция различения реальности, а иерархия ценностей извращена, при этом память о многом и важном парализована и удерживает лишь *Шее fixe* самоубийцы. «Самоубийство есть, прежде всего, страшное сужение сознания».

Как пишет американский судебный психиатр Ph. Resnick (2002), выявление у пациента суицидальных намерений превращает врача в противника, поэтому надежды на выполнение тех или иных договоренностей человеком, задумавшим самоубийство, достаточно призрачны. От одной трети до половины психиатрических или психотерапевтических антисуицидальных контрактов в дальнейшем сопровождались попытками совершить самоубийство. Поэтому антисуицидальный контракт (договор) практически немного значит с точки зрения предотвращения суицида.

Автор настоящей работы вовсе не исключает принципиального влияния данного самоубийцей «слова» на суицидальное поведение вообще, в частности — на возможность переноса срока совершения самоубийства («в более благоприятных условиях» или «еще раз обду-

мав все»). При заключении подобных «договоров» необходимо, однако, критическое отношение к ним. Важно помнить, что антисуицидальный контракт — не панацея, а только один из возможных отправных пунктов психотерапевтической работы по предотвращению первичных или повторных попыток самоубийства. С другой стороны, **врач не вправе обманывать пациента, заявляя, что он «никому не скажет» о наличии суицидальных тенденций** (такой «договор» ни в коем случае заключать нельзя). Более

того, в соответствии с клятвой Гиппократа, этическим долгом и даже законодательством в области здравоохранения **врач** любого профиля при сомнениях в возможности оказания помощи в полном объеме суициденту лично **обязан обратиться к соответствующим службам и более компетентным специалистам.** В свете сказанного выше о своеобразном сужении сознания у самоубийцы на стадии сформировавшихся замыслов и намерений значение договора и других психических влияний на человека, обдумывающего самоубийство, меняется в зависимости от степени (выраженности) суицидального риска.

Этот риск, в первую очередь, определяется стадией развития суицидальных тенденций, скоростью их формирования и конкретным содержанием. Приведенная ниже таблица суицидального риска относится к развернутому или смешанному варианту формирования суицидальных замыслов и намерений. Автор монографии считает необходимым выделение пяти степеней (своеобразных ступеней) суицидального риска: от минимальной до максимальной. Таким образом, суицидальная активность может варьировать в своей интенсивности, достигая своего максимума, находясь на среднем уровне или выражаясь в минимальной степени. При этом минимальная степень суицидального риска — это уровень суицидальности, который может быть констатирован у любого человека (пожалуй, кроме больных, находящихся в коматозном состоянии, у которых риск самоубийства отсутствует).

Если краевые формы суицидального риска имеют достаточно четкие критерии их определения, то переходные феномены, определяемые как средний уровень, имеют более широкий диапазон. Поэтому для более адекватной оценки риска суицида с точки зрения развития тенденций, связанных с самоубийством, весь спектр суицидальной активности представлен автором настоящей работы в виде пяти уровней. Последние, наряду с названными выше, включают и такие варианты оценки суицидального риска, как выше и ниже среднего уровня. Необходимость уточнения характера развития суицидальных тенденций и связанного с этим риска совершения самоубийства определяет-

ся прежде всего практическими выводами о характере мероприятий, направленных на предотвращение суицида. Понятно, что эти мероприятия и определяются выраженностью суицидального риска. В окончательном варианте градация суицидального риска выглядит следующим образом:

Уровни суицидального риска

Минимальный. По существу, пациент находится вне зоны суицидальной активности. Однако могут констатироваться те или иные суи-цидогенные факторы и даже их определенная констелляция, но это не приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Возможны также отдельные относительно кратковременные антивитальные переживания («что это за жизнь, не вижу никакого просвета» и проч.).

Ниже среднего уровня. Констелляция суицидогенных факторов приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Антивитальные переживания, недовольство жизнью доминируют в переживаниях пациента. Периодически возникают кошмарные сновидения, в том числе с картинами смерти.

Средний. Наряду с кошмарными сновидениями, в сознании также возникают сцены смерти и известных пациенту самоубийств. Появление образов смерти и воспоминаний о самоубийстве в сознании не связывается, однако, с переживаемой ситуацией. Эти образы носят своеобразный «отстраненный» характер. Пациент не включает собственное «Я» в переживания, связанные со смертью и самоубийствами.

Выше среднего. Начинает все более четко осознаваться «безвыходность» ситуации. В сознании все чаще появляются образы смерти и самоубийства. Антивитальные тенденции сменяются желанием смерти, носящим, однако, пассивный характер («заснуть бы и не проснуться, кто бы убил меня» и т. д.). Вместе с тем существуют и антисуицидальные

тенденции («если умру, детей жалко», «не доставлю удовольствия этому подлецу» и т. п.).
Максимальный. К все более четко выступающему желанию собственной смерти присоединяются мысли об убийстве самого себя. Исчезают антисуицидальные тенденции. Пациент обдумывает способы самоубийства. К суицидальным мыслям присоединяется намерение прекратить собственную жизнь выполнением тех или иных конкретных действий, направленных на самоубийство. Мысль о самоубийстве становится доминирующей, отмечается достаточно специфическое сужение сознания.
В приведенной классификации на первый план выступает характер суицидальной идеации. Эта идеация по мере развития суицидальных

тенденций из сферы бессознательного постепенно переходит в образы сознания, приобретая все более «личный» характер. Осознаваемое переживание «безвыходной» ситуации начинает сливаться с вызванными этими же переживаниями образами смерти и самоубийств. Таким образом, формируется целостное эмоционально-смысловое переживание, начинающее доминировать в психической жизни пациента. Естественно, что по мере формирования суицидальной идеации поведение начинает меняться, и это, безусловно, также выступает как признак надвигающейся опасности. Некоторые из поведенческих признаков суицидальной опасности уже описывались в предшествующих главах книги, о других еще будет идти речь.
Естественно, что классификация направлена на оценку самых общих характеристик эмоционально-смысловых переживаний в соответствии с описанными выше этапами развития суицидальных тенденций. При достаточно сформировавшейся суицидальной идеации отдельные стороны и обстоятельства предполагаемого покушения на самоубийство могут быть уточнены. За основу такого уточнения могут быть взяты некоторые положения и разделы «Шкалы суицидальных мыслей» из книги А. Бека и соавт. «Когнитивная терапия депрессии» (2003).
Один из разделов этой шкалы отражает характеристики суицидальной идеаторной активности и включает ряд положений, частично приведенных ниже.

- **Продолжительность мыслей:**

Мимолетные.
Достаточно продолжительные.
Неотступные.

- **Частота:** Возникают очень редко. То возникают, то исчезают. Не отпускают.
- **Отношение к суицидальным мыслям/желаниям:** Отрицательное.

Амбивалентное; индифферентное. Согласие.

- **Контроль над суицидальным поведением:**

Уверен, что может противостоять суицидальным мыслям. Не уверен в этом. Не контролирует себя.
Другие разделы шкалы включают характеристики предполагаемой попытки самоубийства, степень реализации предполагаемого суицида

и предпосылки для его совершения. Большинство этих характеристик было рассмотрено автором настоящей книги в соответствующих главах. Несомненным достоинством этой шкалы является структурирование отдельных характеристик и наличие четкой и однозначной градации (да, нет, промежуточный вариант) любого суицидального явления.
Так, в характеристиках предполагаемой попытки самоубийства произведена градация таких параметров, как степень продуманности способа ухода из жизни, его доступность, субъективно ощущаемая способность к совершению суицида (хватит или не хватит смелости) и его ожидание (предвосхищение). В разделе, посвященном реализации предполагаемого суицида, рассматриваются реальная подготовка его, наличие

предсмертных попыток, действий и распоряжений, связанных с предполагаемой смертью (завещания, раздача вещей близким и т. п.), утаивание или открытость суицидальных намерений. Среди предпосылок для совершения суицида отмечены наличие в прошлом попыток самоубийства и выраженность желания умереть после последнего суицида.

Рассматривая в настоящей работе суицидальное поведение как своеобразный транснозологический феномен, наблюдающийся как в рамках психического здоровья, так и по всему спектру психических расстройств, автор не может не коснуться характера риска суицида при наиболее распространенных формах психической патологии.

Понятно, что вопросы оценки суицидальных тенденций при тех или иных формах психической патологии неразрывно связаны с диагностикой конкретных видов психических расстройств. Без знания основ психиатрии суицицидологический анализ вообще и определение суицидального риска в частности могут носить только ориентировочный характер. Фигурирующая в заглавии настоящей главы «работа с суицидентом» в случае диагностики той или иной формы психического и поведенческого расстройства включает в качестве обязательного компонента и медикаментозное лечение, и соответствующие формы психотерапии, и специфический характер мероприятий, направленных на предотвращение суицида.

Среди мер профилактического характера можно отметить и особый учет в психоневрологических диспансерах, специализированных кабинетах, и информирование родственников о возможных рецидивах суицидального поведения, и четкий контроль поддерживающей терапии, и множество других мероприятий. Все это представлено в многочисленных работах и специальных методических рекомендациях (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Цуирун В. Е., 1980;

Данилова М. Б., Пепеляева Т. И., 1987; Траинина Е. Г., 1987; Полякова И. В., 1988 и др.). Каждая из упомянутых выше работ отражает или отдельные аспекты профилактики суицидального поведения (включая предотвращение повторных суицидов) при той или иной форме психических расстройств, или общие вопросы профилактической работы с суицидентами, в том числе среди контингента больных психоневрологического диспансера.

В настоящей работе автор не рассматривает конкретные формы организации профилактической работы среди суицидентов, так как эти пациенты слишком различаются между собой. Это и больные, находящиеся в условиях стационаров различного профиля, и амбулаторный контингент, и так называемые пресуициденты (еще только обдумывающие суицид), и совершившие самоубийство, но случайно оставшиеся живыми. В соответствии с принципами индивидуального подхода к каждому суициду необходима оценка субъективной стороны суицидального поведения, и эта характеристика существенным образом различает между собой всех суицидентов. Поэтому профилактическая работа может строиться только с учетом многочисленных параметров случившегося или выявляемых суицидальных тенденций, но рассмотрение этих аспектов суицидологии не входило в задачу автора.

Поэтому в настоящей книге профилактический аспект работы с суицидентом связан в первую очередь с выявлением суицидальных тенденций, адекватной их оценкой с учетом общего контекста суицидального поведения вне или в рамках психического расстройства. Однако наличие последнего не только не исключает необходимости, но и предполагает обязательный анализ социально-психологической ситуации, в которой находится пациент, обнаруживающий суицидальные тенденции. И только при учете множества факторов и обстоятельств, характеризующих личность, ситуацию, психическое расстройство возможен адекватный суицидологический анализ.

Еще в 1965 г. N. L. Farberow и соавт. в своей известной работе «The Cry for Help» («Крик о помощи») провели сравнительный анализ больных шизофренией, обнаруживающих и не обнаруживающих суицидальные тенденции. Были отмечены некоторые особенности

больных-суицидентов независимо от того, находились ли они в условиях стационара или наблюдались амбулаторно. У *70 %* из них в анамнезе отмечались суицидальные попытки, все они характеризовались повышенным уровнем напряженности и импульсивности. Это напряжение могло быть связано как с наличием реальной психотравмирующей ситуации, выступающей как безусловный стрессор для большинства людей, так и с психо-

патологическими переживаниями. Авторы отмечают, что суициденты существенно отличались от больных контрольной группы (сходных по клинико-демографическим показателям) такими особенностями, как повышенная возбудимость, некритическое отношение к болезни, назойливые требования выписки, периодическая агрессивность. Все больные получали медикаментозное лечение, однако 60 % из них после выписки совершили повторный суицид.

N. Farberow и соавт. пишут, что слова «шизофренический суицид» вызывают в воображении психотическую личность, которая пытается убить себя под влиянием императивных галлюцинаций импульсивно или в связи с расстройствами мышления. Однако данные проведенного исследования показали, что так называемые «шизофренические суициды» в абсолютном большинстве случаев формировались как попытка освобождения от нетерпимой жизненной ситуации, из которой больные не видели другого выхода.

В последующих многочисленных исследованиях было показано, что суицидальный риск у больных шизофренией (10-13 %) соизмерим с аналогичным показателем у пациентов с депрессивными расстройствами (Galdwell C. B., Gottesman H., 1992). Отмечается также, что среди больных шизофренией суицидальный риск выше у мужчин, нежели у женщин, у более молодых пациентов с более высоким уровнем образования; существенное значение имеют такие факторы, как наличие чувства безнадежности и отчаяния, высокий уровень тревоги, наличие постпсихотической депрессии. Особенно высок суицидальный риск в первый год после выписки, а также у больных шизофренией, многие из которых не попадают под наблюдение врача, ничего не сообщают о суицидальных тенденциях и часто выбирают способы самоубийств, отличающиеся высокой летальностью (Drake R. E. et al., 1984; Dorwart R., Chartock L., 1989).

Г. А. Антохин (1981), исходя из анализа собственных наблюдений, делает вывод, что индивидуальный уровень суицидального риска больных шизофренией определяют следующие клинико-психологиче-ские критерии: полнота объективации «психотического» конфликта, субъективная актуальность его или фабулы реально существующего конфликта; значимость возникающих в конфликтной ситуации переживаний личности, их стабильность; субъективная оценка возможностей разрешения конфликта несуицидальными способами. По мнению автора, комплексное исследование психического статуса, характера конфликта, системы значимых переживаний больного и его личностной позиции позволяет составить достаточно четкое представление о величине суицидального риска.

В рекомендациях по клинико-диагностическим критериям суицидального риска больных шизофренией и связанных с этим мерах профилактического характера также отмечается, что личностные реакции этих пациентов отражали отношение либо к содержанию психотических расстройств, либо к реальным обстоятельствам, несущим в себе субъективно неразрешимые противоречия. Внешние и внутренние суи-цидогенные конфликты в любом случае имеют субъективный характер реальности и непереносимости. Подчеркивается, что в инициальном периоде шизофрении суицидальный риск особенно велик и суицид нередко является манифестом процесса, первым проявлением душевного

заболевания (Данилова М. В., Пепеляева Т. И., 1987).
Среди аффективных расстройств важнейшее место по выраженности суицидального риска занимает тяжелый депрессивный эпизод (по МКБ-10) или большое аффективное расстройство (в DSM-IV). Суицидальный риск может отмечаться как в рамках единичного эпизода, так и при рекуррентных или биполярных расстройствах. Во многом повышение риска суицида объясняется весьма частым наличием беспокойства и ажитированности (естественно, что в этих случаях нередко отмечается и выраженная заторможенность). Проспективные исследования показывают, что наиболее высок суицидальный риск при так называемой психотической депрессии, характеризующейся наличием дополнительной психопатологической симптоматики: бреда, галлюцинаций, чувства открытости мыслей и другими феноменами. У этих больных отмечается большая насильственность мыслей о самоубийстве и выбор наиболее летальных способов суицида (Fawcett J. et al., 1987).
Больший суицидальный риск обнаруживается у пациентов с выраженной тревогой, расстройствами сна, ангедонией, бредовыми идеями самообвинения, попытками самоубийства в прошлом, сужением или изначально малым кругом социальных отношений с подросткового возраста. Однако эти же переживания выступают как предикторы суицидального поведения и вне депрессивных состояний (Wolfersdorf M. et al., 1990). Подчеркивается, что при так называемой психотической депрессии существенное значение имеет назначение наряду с антидепрессантами антипсихотических препаратов.
А. Б. Смулевич в работе «Депрессии в общемедицинской практике» (2000) отмечает ряд симптомокомплексов депрессии, коррелирующих с высоким суицидальным риском:
— генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства;
— дисфорический аффект;

— психогенный комплекс, включающий чувство отчаяния, безнадежности, представление о безвыходности ситуации, невозможности получения помощи от ближайших родственников или медицинского персонала, убеждение в собственной неизлечимости, наличии тяжелой болезни, чувства вины, убежденность в совершении тяжких грехов, преступлений;
— бред нигилистического содержания, бред самообвинения с приговором самому себе и стремлением к аутодеструкции;
— мучительная бессонница.
Автор подчеркивает, что нарушения сна, особенно полная бессонница, а также нарастание депрессивной симптоматики в ранние утренние часы входят в число причин самоубийств, совершаемых по ночам или на рассвете.
В случае депрессивных состояний, наблюдающихся в рамках биполярных расстройств, было выявлено множество факторов суицидального риска, в том числе выходящих за пределы чисто клинических характеристик депрессии. В многоцентровом исследовании, проведенном под руководством R. M. Post (2002), на основании анализа 676 пациентов с биполярными расстройствами (центры в США, Нидерландах, Германии) были выявлены факторы суицидального риска при депрессивных состояниях. Наибольшая суицидальная опасность отмечается в случаях раннего начала, большей длительности болезни, затяжного приступа депрессии, отличавшейся и большей тяжестью. Факторы социально-демографического характера, увеличивающие суицидальный риск при депрессиях, наблюдающихся в рамках биполярных расстройств, следующие: потеря «значимого другого», воспитание матерью-одиночкой, уменьшенный доступ к медицинскому страхованию и возможности получения медицинской помощи, более низкое образование, низкий доход, одинокая жизнь. Среди других групп факторов обращают на себя внимание расстройство пищевого поведения, наличие дополнительной тревоги, самоубийцы и алкоголики в семье.
Интересные данные суицидологического плана, включая и суицидальный риск,

приводятся в обзоре F. K. Goodwin et al. (2002), посвященном использованию лития в лечении биполярных расстройств. Мета-анализ множества литературных источников позволил выявить ряд исключительно значимых показателей. В 29 проанализированных сообщениях фигурировали 894 суицида среди 15 368 пациентов, наблюдавшихся в среднем до 10,1 года (220 674 человеко-лет). Риск совершения суицида в течение года при биполярной депрессии в сред-

нем равен 0,38, в общей популяции в 27 раз меньше (0,014). Обращал на себя внимание факт большей летальности суицидов в рамках биполярной депрессии у женщин (в 1,4 раза) в отличие от хорошо известных данных, в соответствии с которыми у мужчин в общей популяции завершенных самоубийств заведомо больше.

Авторы обнаружили следующие факторы повышения суицидального риска: наличие в прошлом попыток самоубийства, тяжесть настоящей или предшествующей депрессии, возраст до 30 лет, наличие коморбидных расстройств в виде алкоголизма или наркомании, плохой ответ на терапию литием или прекращение лечения этим препаратом. Анализ применения различных методов лечения суицидальных пациентов позволил сделать ряд выводов. Антисуицидальный эффект применения антидепрессантов не доказан, умеренное снижение смертности отмечалось при использовании антипсихотических препаратов, антиконвульсанты оказались менее эффективны, чем литий.

Применение электросудорожной терапии в случаях большого депрессивного расстройства приводит к относительно кратковременному антисуицидальному эффекту. Для лечения депрессивных состояний (в том числе и в рамках биполярных расстройств) широко используется психотерапия (очень часто это когнитивно-бихевиоральная терапия), однако в соответствии с данными F. K. Goodwin et al., нельзя сделать определенных выводов по снижению суицидального риска при использовании психотерапевтических методов у этих больных.

Автор настоящей книги считает возможным при рассмотрении вопросов терапии пациентов с суицидальными тенденциями ограничиться приведенной выше обзорной работой современных авторов, так как лечение различных видов психических расстройств выходит за рамки круга задач, рассматриваемых в монографии. Одной из причин этого ограничения «лечебного» аспекта работы с пациентами с суицидальным поведением (в частности, медикаментозного лечения) является практическая необъятность этой темы. В свое время были опубликованы данные о наличии в Интернете 1147 сообщений о работах 1965-1998 гг., посвященных только одной теме: суицидальное поведение и антидепрессанты. Бурное развитие психофармакологии, по-видимому, скоро приведет к тому, что выводы общего характера будут возможны только в рамках компьютерного анализа этих данных.

Одним из возможных аспектов работы с суицидентами могут быть различного рода судебные разбирательства, связанные с суицидами (реже — с покушениями на самоубийство) пациентов после их консультации врачом-психиатром или выписки из больницы. В этом плане исключительное «профилактическое» (с точки зрения последствий для

врача) имеет правильное ведение любого рода документации. В этой документации аргументированно должен быть отражен характер суицидального риска, а заявлениям или поступкам пациента, расцениваемым как проявления суицидальное™, дана соответствующая интерпретация. Естественно, что любого рода предосторожности и самый тщательный суицидологический анализ могут существенно уменьшить риск совершения суицида (в случае принятия соответствующих мер), но, к сожалению, не могут исключить его полностью. В подобных случаях нередко в психотерапевтической помощи нуждаются не только близкие покончившего с собой пациента, но и сам врач.

Упомянутая выше книга «Молчаливое горе...» представляет исключительный интерес для любого рода специалистов в формировании навыков психотерапевтического контакта с лицами из окружения самоубийцы.

В развитие темы оценки суицидального риска следует, по-видимому, обратить внимание на работу, рассматривающую паттерны риска суицида на примере судебных случаев. В этой работе R. I. Simon и T. G. Gutheil (2002) рассмотрели 100 завершенных суицидов, случившихся в первые дни или недели после проведенного курса лечения. Взяты только случаи, связанные с иском родственников к врачам. Самоубийства отмечались в больнице или вскоре после выписки. Обнаружилось, что эти суициды в 3 раза чаще совершали мужчины в возрасте от 30 до 50 лет. Наиболее часто это были большая депрессия, первый тяжелый эпизод и первая госпитализация. Отмечались такие черты клинической картины болезни (независимо от характера диагноза), как меланхолическое и психотическое состояния, чувство безнадежности вместе с психологической непереносимостью лечения, выраженная тревога и ажитация, отрицание психического заболевания, требование выписки.

Среди других факторов значимыми оказались отсутствие в процессе лечения терапевтического альянса (или псевдоальянс), избегание контактов с окружающими и участия в любого рода деятельности на отделении, категорическое отрицание суицидальных тенденций в настоящее время и в прошлом или пассивное соглашение с попыткой врача заключить антисуицидальный «контракт». Несомненное суицидоген-ное значение имели и факторы социально-психологического характера: стресс на работе или дома, отсутствие работы или угроза ее потери, легкий доступ к оружию, финансовые сложности, связанные с лечением.

Следует отметить, что все представленные в настоящей главе своеобразные градации оценки суицидального риска, включающие те или иные факторы и паттерны, имеют существенное значение не столько

для развития теоретических построений в суицидологии, сколько для организации практической работы с конкретным суицидентом. Частично мероприятия, связанные с этой работой, были рассмотрены в начале этой главы. Однако не меньшая их часть практически не может быть структурирована и представлена в виде каких-то схем и рекомендаций, так как это определяется конкретной ситуацией, характером суицидальных тенденций и множеством других обстоятельств, предусмотреть которые не представляется возможным. Важно, чтобы врач-психиатр (врач любой специальности, психолог), оказавшийся в ситуации, когда необходимо провести суицидологический анализ и организовать те или иные мероприятия, был вооружен элементарными знаниями в области суицидологии.

В одной из лучших работ по суицидологии, написанной Эрлом Гроллманом «Суицид: превенция, интервенция, поственция» (2001), автор рассматривает очень много аспектов суицидального поведения и отношения к нему (включая существующие в этой области «мифы» обыденного сознания и реальное положение дел). Естественно, что автор настоящей монографии не хотел бы повторять множество интересных положений и выводов, содержащихся в названной выше работе (ее, по-видимому, следует прочесть любому специалисту, который может так или иначе столкнуться с суицидальным поведением).

Однако некоторые положения Э. Гроллмана, содержащие самые широкие рекомендации в работе с суицидентом, автор считает возможным опубликовать. Эти положения объединяет заголовок «Что можно сделать для того, чтобы помочь». Вот они:

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида.
2. Примите суицидента как личность.
3. Установите заботливые взаимоотношения.
4. Будьте внимательным слушателем.

5. Не спорьте.
6. Задавайте вопросы.
7. Не предлагайте неоправданных утешений.
8. Предложите конструктивные подходы.
9. Вселяйте надежду.
10. Оцените степень риска самоубийства.
11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.
12. Обратитесь за помощью к специалистам.
13. Осознайте важность сохранения заботы и поддержки.

Некоторые особенности работы с суицидентом

455

Реальная работа с суицидентом — это одновременно и способность слушать, и умение задавать вопросы и вселять надежду, и способность, преодолев собственную «гордыню», своевременно обратиться за помощью к специалистам, и множество других «способностей и умений», которым человек, связанный с суицидологией, обязан учиться всю жизнь. Однако эта учеба вовсе не приведет к усвоению определенных схем интервью с суицидентом (их не существует), но может создать предпосылки для индивидуального анализа и психотерапевтического воздействия в каждом конкретном случае покушения на самоубийство. Трудности обучения и работы с весьма специфическим контингентом лиц с аутоагрессивным поведением вознаграждается реально спасаемой жизнью человека, стоящего перед дверью в небытие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая книга посвящена весьма актуальным вопросам оценки ауто-агрессивного (в частности, суицидального) поведения. В работе утверждается принцип индивидуального подхода к лицам, обнаруживающим суицидальные тенденции и смежные с ними феномены умышленных самоповреждений. Автором сделана попытка очертить круг понятий и терминов, необходимых для суицидологического анализа каждого конкретного случая аутоагрессивного поведения.

В схематичном виде аутоагрессивное поведение может быть представлено как состоящее из суицидального, включающего непосредственный суицид и парасуицид, и внесуицидального.

Ниже представлены основные варианты характера субъективной стороны аутоагрессивных действий: 1 — суицид, 2 — парасуицид при невозможности верификации прямого умысла на самоубийство, 3 — парасуицид, отражающий описанный выше так называемый «косвенный умысел» («парасуицидальный перерыв» сознания, желание «отключиться», «отдохнуть»), 4 — парасуицид, включающий демонстрацию суицидальных намерений при их отсутствии, 5 — аутоагрессия, не связанная с суицидом и имеющая другие мотивационные составляющие.

В этом случае рубрики X60-X69, включающие преднамеренные самоотравления различными веществами, должны быть дополнены четвертым знаком (1-5) и могут выглядеть следующим образом: X60.1 в случае суицида или X60.4 (при демонстративно-шантажном поведении). Соответственно из рубрик X70-X84 (преднамеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения и ...посредством неуточненных действий) преднамеренное повреждение острым предметом (X78) будет кодироваться как X78.2 при невозможности точной верификации намерений человека и X78.5 при нанесении себе самопорезов по мотивам, заведомо исключающим намерения прекращения собственной жизни.

Ведение понятия «детерминанты» объясняется необходимостью среди разнообразных терминов, так или иначе отражающих причины суицидального поведения, выделить группу суицидогенных факторов, имеющих наибольшее значение в возникновении суицида. Объединя-

457
емые понятием «регистры» эти факторы позволяют в процессе суицидологического анализа акцентировать внимание на отдельных характеристиках суицидента, включая его состояние непосредственно перед покушением на самоубийство, или на особенностях социально-психологической ситуации, в рамках которых и определяются детерминанты суицидального поведения. Эти регистры выступают как зоны преимущественного формирования суицидальных тенденций.

Детерминанты отличаются от мотивов и непосредственных поводов покушений на самоубийство. Последние осознаются суицидентом и чаще всего сопровождаются той или иной мотивировкой, даваемой самим самоубийцей. В отличие от этих характеристик мотивационной составляющей суицида, выдвигаемых самим пациентом, детерминанты определяются анализирующим случившееся специалистом (врачом, психологом и др.). Эти причинные факторы отражают множество объективных данных, получаемых в процессе сбора анамнеза и исследования. В каждом случае покушения определение его движущих сил, названных выше детерминантами суицидального поведения, является одним из решающих моментов понимания случившегося.

Среди понятий, относящихся к динамике суицидального поведения, по мнению автора, в качестве дополняющей существующие характеристики целесообразно использование термина «ангедония». Этим термином, достаточно часто используемым в психиатрии, может быть охарактеризована специфическая форма досуицидального (предсуицидального) сдвига психической деятельности, непосредственно предшествующая формированию антивитальных переживаний, навязчивых мыслей, фантазий и сновидений на тему смерти и самоубийства и как финал — суицидальным замыслам и намерениям. Ангедония — характеристика психической жизни, формирующаяся в условиях констелляции самых различных суицидогенных факторов (ситуационных, личностных, клинических), может оставаться в пределах психического здоровья, а может сопровождать развитие самых различных психических расстройств (депрессий, шизофрении и проч.) как своеобразный транснозологический феномен. В последнем случае ангедония выступает уже как симптом болезни.

Особая окрашенность психической жизни, ведущей характеристикой которой выступает отсутствие положительных эмоций, естественно, далеко не всегда приводит к мыслям о самоубийстве. Но и в рамках психического расстройства, и у психически здоровых ангедония является своеобразным фоном, на котором могут формироваться непосредственные суицидальные феномены. Скорость их формирования зависит от многих причин и может существенно различаться.

458

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Автором выделяются такие варианты формирования суицидального замысла, как импульсивный, развернутый или смешанный. В последнем случае не связанное непосредственно с предшествующими мыслями появление в сознании суицидальной идеации (мыслей, связанных с покушением на самоубийство) не сопровождается сразу намерением осуществления возникшего замысла. Здесь замыслы и намерения, направленные на прекращение собственной жизни, постепенно «кристаллизуются» в условиях борьбы суицидальных и антисуицидальных тенденций.

Большая часть суицидентов, анализируемых в разделе настоящей книги, посвященном суицидальному поведению лиц с пограничными психическими расстройствами и психически здоровых людей, по мнению автора, непосредственно во время суицида обнаруживает признаки психических расстройств.

У лиц, считающихся до и после совершения суицида психически здоровыми или обнаруживающими аномалии зрелой личности и другие виды пограничных расстройств, для полноценного суицидологического анализа часто оказывается недостаточно привычного «одномерного» психиатрического диагноза. В наибольшей степени на

настоящем уровне психиатрической нозографии подходят принципы многоосевой диагностики, в соответствии с которыми анализ пациента проводят по схеме, включающей пять главных осей: синдром или состояние, расстройства личности, соматические заболевания, психосоциальные проблемы, уровень социальной адаптации. В оценке суицида каждая из этих осей приобретает свою «суицидологическую» направленность. В отдельных случаях суицидологический анализ требует оценки не только клинически выраженного синдрома, но и отдельных симптомов и даже их аналогов в рамках состояний, не включаемых МКБ-10 в рубрики психических или поведенческих расстройств, имеющих значение для понимания генеза суицидальных тенденций и адекватной оценки случившегося.

Для оценки суицидального поведения необходимо учитывать как относительно устойчивые предиспозиционные суицидальные факторы (типа личностных характеристик), так и преходящие кратковременные сдвиги в психофизиологическом функционировании, обусловленные соматическими (острыми или рецидивирующими хроническими) заболеваниями. При наличии личностных особенностей различной степени выраженности роль соматической болезни как пускового фактора существенно возрастает.

Наряду с «физиогенным» влиянием острой соматической болезни, в суицидологическом анализе существенное значение имеет и учет тяжелых (часто хронических) заболеваний самого широкого спектра.

Здесь речь идет и о неизлечимых болезнях (типа онкологических), и об инвалидизирующих заболеваниях, и о самых различных соматических расстройствах, которые, в соответствии с «призмой индивидуального видения» суицидента, оказывают на него выраженное пси-хотравмирующее воздействие, т. е. обнаруживают свое нозогенное влияние.

В процессе суицидологического анализа клинических наблюдений были рассмотрены различные аспекты взаимоотношений суицидального поведения и депрессивных расстройств. При этом индивидуальный анализ каждого покушения на самоубийство рассматривается как с точки зрения влияния на его формирование депрессивного расстройства, так и в плане значения суицидального поведения для диагностики депрессии и оценки ее тяжести.

Были выделены варианты суицидального поведения больных шизофренией. Наряду с такими, достаточно часто используемыми в суици-дологии понятиями, как ситуационный (психогенный), бредовой, аутис-тически-мировоззренческий суициды больных шизофренией, автор считает возможным вьщеление и других вариантов, выявляющих некоторые «нюансы» клиники. Так, первичный (манифестный) суицид отражает не столько сформировавшийся бред, сколько стадию его возникновения, формирования. Суицид здесь определяется не ситуацией «тупика», созданного бредовыми представлениями больного, но трудностью перехода деятельности мозга на новый режим функционирования и связанным с этим чувством невозможности управления собственной психикой и непониманием окружающего.

Совершаемый больными на начальных этапах заболевания суицид достаточно часто выступает как фактор, выявляющий психическое расстройство и переводящий протекающую «за занавесом» болезнь в плоскость клинически значимых оценок со стороны окружающих, характер суицидального поведения (включая его мотивационную сторону) может выступать как определенное диагностическое подспорье в оценке психопатологической симптоматики. Таким образом, суицидологический анализ - это не только определенная возможность профилактики повторных суицидов, но и существенный элемент диагностики и связанной с этим адекватной терапии каждого конкретного больного.

При бредовых расстройствах нешизофренической природы совершаемый больными суицид также может быть фактором, выявляющим наличие психического заболевания. Здесь суицидальное поведение достаточно часто выступает как «логическое следствие» тупиковой ситуации, существующей в болезненном воображении бредового больного. Однако в рамках бредовых расстройств возможны и суициды,

мотивация которых отражает неадекватные умозаключения в рамках имеющейся бредовой системы.

В целом, выяснение внутренней мотивационной составляющей суицидального поведения как в рамках шизофрении, так и при бредовых расстройствах другой нозологической отнесенности может служить, с одной стороны, целям диагностики заболевания, а с другой — оценке непосредственной опасности больного для самого себя и окружающих. Изложенное выше определяет значение клинико-суицидо-логического анализа каждого больного, заболевание которого на том или ином этапе сопровождалось суицидальными тенденциями.

FUNDAMENTALS OF SUICIDOLOGY

SUMMARY

This book concerns the issue of evaluation of auto-aggressive, and specifically suicidal, behavior. The work promotes the principal of taking individual approach to anyone who exhibits suicidal tendencies and related phenomena of deliberate self-harm. The author develops the new terminology necessary for suicidological analysis of each particular case of auto-aggressive behavior.

Auto-aggressive behavior is divided as follows: suicidal and non-suicidal. Suicidal behavior includes suicide itself and parasuicide. The author identifies the main variants of the character of subjective side of auto-aggressive behavior. 1 — suicide, 2 — parasuicide with no possibility to verify intention of suicide, 3 — parasuicide which reflects so-called «indirect intention» to die described as «parasuicidal break of consciousness», desire «to switch off», «to rest», 4 — parasuicide which includes display of suicidal intentions with absence of real intent, 5 — auto-aggression, not related to suicide, that has other motives.

Introduction of the concept of suicidal determinant is explained from the need to delineate in the field of different terms, all reflecting on the reasons of suicidal behaviors, the ones that determine the group of sui-cidogenic factors having the most bearing on the occurrence of suicide. These determinants, grouped by categories, facilitate suicidological analysis by focusing on separate characteristics of the suicide victim, including his/her state of mind immediately prior to the suicide attempt or specific psychosocial situation, in the frame of which these determinants are defined. Theses categories of determinants comprise the areas of likely appearance of suicidal tendencies.

Determinants differ from the motives and direct reasons given by the victim of the suicide attempt and explicitly expressed by him/her. Unlike these components of the motivation of suicide which are presented by the patient himself, the determinants of suicidal behavior are identified by the specialist (doctor, psychologist, etc.), who analyses the event. These factors reflect the data collected in the process of the interview and review of patient

history. In each case of the suicide attempt identification of the main forces, described above as suicidal determinants, is one of the critical aspects in understanding the event.

The author considers the concept of ahedonia as substantially enriching the group of concepts related to the dynamics of suicidal behavior. This term, which is commonly used in psychiatry, describes a specific presuicidal change of psychic life immediately preceding the formation of anti-vital tendencies, obsessional thoughts, fantasies, and dreams related to the topic of death and suicide and, as a final stage, suicidal ideation and intent. Ahedonia, as a characteristic of psychic

life, develops in conditions of combination of different suicidogenic factors (situational, personality, clinical) and can exist among the psychiatrically healthy, but can also accompany the development of different psychiatric disorders (depression, schizophrenia) as a common phenomena.

According to the author, most of the suicide victims, which are analyzed in the chapter of this book related to suicidal behavior of people with borderline psychiatric disorders and mentally healthy, during the time of suicide, exhibit the signs and symptoms of mental disorder.

Among the population that exhibits symptoms of personality disorder or are mentally healthy, before and after the suicide, regular one-dimensional psychiatric diagnosis may not be adequate. In these situations it is more appropriate, in the view of current psychiatric nomenclature, to use the principals of multi-axial classification of psychiatric condition, which include five main axes. The axes are: syndrome and condition, personality disorder, medical conditions, currently psychosocial stressors, level of social adaptation. Each of these axes acquires a suicidological characteristic during the suicide assessment. In some cases suicidological analysis requires not only the evaluation of the clinical syndrome, but also separate symptoms, and even its' analogies, which are important in understanding the genesis of the suicidal tendencies and fuller evaluation of the situation, but are not currently included as psychiatric and behavioral disturbances in the current ICD-10 nomenclature.

The suicide that occurs in the initial stages of the development of different psychiatric disorders quite frequently appears as a factor presenting the psychiatric disorder and translating a sub-clinical illness into clinically significant phenomena from the point of the observer. The character of suicidal behavior, including its motivation, can help to evaluate the symptoms of psychopathology and determine a psychiatric diagnosis. Suicidological analysis presents itself not only as an opportunity of possible prophylaxis of recurrent suicide attempts, but also as an important element of diagnosis and related treatment of each particular patient.

In general, clarification of the internal motivation of suicidal behavior in schizophrenia and other psychiatric disorders can serve as a diagnostic tool, as well as help to evaluate the level of dangerousness to self or others. These factors, described above, determine the value of clinical suicidological analysis in each particular patient whose condition at some point presents itself with suicidal tendencies.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамовиг Н. Я. Самоубийство: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. — С. 95-114.

Агафонов С. К. Клинико-катамнестические исследования эффективности профилактики суицидальных действий больных с непсихотическими расстройствами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1985.

Агибалова О. В. и др. Клинико-психологическое изучение суицидентов с пограничными психическими расстройствами. Современная психиатрия: теория и практика. - СПб., 2002. - С. 227-230.

Акопов Г. В. и др. (ред.) Методы профилактики суицидального поведения. — Самара-Ульяновск, 1998.

Акутагава Р. Жизнь идиота. Новеллы. — М., 1974. — С. 634-649.

Акутагава Р. Слова пигмея. Рассказы. Воспоминания. Эссе. Письма. — М.: Прогресс, 1992.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Медицина, 1976.

Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 35-48.

Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1983. - С. 40-51.

Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1986. - С. 7-25.
Амбрумова А. Г., Бородин С. В. Суицидологические исследования в СССР: состояние и проблемы. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. - С. 6-25.
Амбрумова А. Г., Бородин С. В., МихлинА. С. Предупреждение самоубийств. — М., 1980.
Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И. Анализ предсмертных записок суицидентов. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1983. -С. 53-74.
Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1978. - С. 6-26.
Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. — М., 1980.
Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 203-209.
Амбрумова А. Г., Гилод В. М. и др. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год// Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 5. - С. 76-81.

Антохин Г. А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 168-176.
Айхенвальд Ю. И. О самоубийстве: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. — С. 119-126.
Бантыш-Каменский Н. Н. Московские письма в последние годы Екатерининского царствования// Русский архив. — 1876. — Ч. 3. — С. 257-284.
Багериков Н. Е. (ред.) Клиническая психиатрия. — Киев: Здоров'я, 1989. — С. 456-479.
Бек А., Раш А. и др. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003.
Бердяев Н. О самоубийстве. - М.: МГУ, 1992.
Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним. Тр. съезда русского союза психиатров и невропатологов. — М., 1914. — С. 84-117.
Бланшо М. Смерть как возможность// Вопросы литературы. — 1994. — Вып. III. - С. 191-213.
Блейлер Е. Руководство по психиатрии. — Берлин: Т-во «Врач», 1920.
Блох С, Чодофф П. (ред.) Этика психиатрии. — Киев: Сфера, 1998. — С. 185-200.
Бородин С. В., Кузнецов В. Е. Проблема самоубийства и его предупреждения с позиций правового подхода (исторический аспект). Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1984. - С. 35-47.
Бородин С. В., Михлин А. С. Самоубийства за рубежом. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1983. - С. 20-32.
Булацелъ П. Ф. Самоубийство с древнейших времен и до наших дней. Исторический очерк философских воззрений и законодательств о самоубийстве. — СПб., 1900.
Бруханский Н. П. Самоубийцы. — Л., 1927.
Ван Тог. Письма. - Л.- М.: Искусство. - 1966. - С.220-222, 526.
Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида?// Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 3. - С. 69-73.
Вертоградова О. П. Возможные подходы к типологии депрессий. Депрессия (психопатология, патогенез). Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1980. - С. 9-16.
Веселовский К. С. О самоубийствах в России. Опыт нравственной статистики// Журнал Министерства внутренних дел. — 1847. — Кн. V. — С. 179-242.
Вольтер Ф. М. О самоубийстве. Избранные произведения по уголовному праву и процессу. — М.: Юридическая литература, 1956. — С. 226-227.
Войцех В. Ф. Клинико-психопатологическая характеристика пациентов с суицидальными

наклонностями. Аффективные и шизоаффективные психозы. - М., 1998. - С. 11-19.
Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения. Клинические павловские чтения: Сб. раб. — Вып. V «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». - СПб., 2002. — С. 13-18.
Ганнушкин П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья. Избранные труды. - М.: Медицина, 1964. — С. 97-108.
Гвоздев И. О самоубийстве с социальной и медицинской точек зрения. — Казань, 1889.
Гельдер М., Тэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев, 1997. - Т. 2. - С. 64-85.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
Гернет М. Н. Преступность и самоубийства во время войны и после нее. — М., 1927.
Гете И. В. Собрание сочинений в 10 томах. — Т. 3. — М.: Художественная литература, 1976. - С. 487-505.
Гилинский Я. И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. — М., 1989. — С. 44-68.
Гилинский Я. И. Основные тенденции динамики самоубийств в России. Девиантность и социальный контроль в России (Х1Х-ХХ вв.): тенденции и социологическое осмысление. — СПб.: Алетейя, 2000. — С. 289-317.
Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб.: Клинт, 1995.
Голант М., Голант С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помоги себе — помоги другому. — М.: Институт психотерапии, 2001. — С. 158-166.
Гордон Г. И. Современные самоубийства// Русская мысль. — 1912. — № 5. — С. 74-93.
Гордон Г. И. Предисловие к русскому изданию книги Э. Дюркгейма «Самоубийство» и библиографический указатель русской литературы о самоубийстве. - СПб., 1912.
Городцев С. Мысли о самоубийстве. — Тифлис, 1908.
Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: Ко-гито-Центр, 2001. - С. 270-352.
Губский М. Самоубийство. Энциклопедический словарь. Издатели: Ф. А. Брокгауз (Лейпциг) и И. А. Ефрон (С.-Петербург). — СПб.: Типография Акционерного общества «Издательское дело», 1900. — 56 полутом. — С. 233-239.
Данилова М. Б., Пепеляева Т. И., Цупрун В. Е. Особенности суицидального поведения больных шизофренией на инициальных этапах заболевания. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1986. - С. 93-98.
Данилова М. Б., Пепеляева Т. И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофрении. Методические рекомендации. — М., 1987.
Дежарле Р., Айзенберг Л. и др. Охрана психического здоровья в мире. Проблемы и приоритеты в развивающихся странах. — Киев: Сфера, 2001.
Демографические ежегодники России. Официальное издание. (2000-2002 гг.). - М., 2000, 2001, 2002. - С. 214-311.
Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врачей. — Минск: Вышейшая школа, 1981.
Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда. — М.: Гуманитарий, 1997.
Дзедушицкий М. Самоубийство. — Киев, 1877.
Доказательная медицина. Ежегодный международный справочник. — М.: Медиа Сфера, 2003. - Ч. 2. - С. 899-900.
Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — Женева, 2002.
Достоевский Ф. М. Полное собрание сочинений в 30 томах. — Л., 1972-1990. - т. 6, 8, 13, 23, 24.

Дубровская О. В. и др. Особенности мышления молодых людей с суицидальными мыслями. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2001. — С. 157.

Дюркгейм Э. Самоубийство. — СПб.: Изд-во Н. П. Карбасникова, 1912.
Елисеев И. М. Алкоголизм и аутоагрессия. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 185-195.
Епископ Михаил. Побежденный Христос и «лунные муравьи»: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. - С. 7-40.
Ефремов В. С. Аперсонализация как симптом в дебюте и как характеристика самосознания в исходных состояниях шизофрении. Проблемы син-дромообразования в психиатрической клинике. — Л., 1987. — С. 73-79.
Ефремов В. С. Об этиопатогенетических механизмах индуцированных бредовых расстройств и их диагностике в МКБ-10. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2000 - С. 46-47.
Ефремов В. С. Об оценке психического состояния суицидента во время попытки самоубийства. Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. — СПб., 2001. — С. 100-104.
Ефремов В. С, Тогилов В. А. Депрессия и суицид. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб.: Военно-Медицинская академия, 2000. — С. 158-162.
Жариков Н. М., Иванова А. Е. и др. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема// Журн. неврол. и психиатр. — 1997. - Т. 97. - № 6. - С. 9-15.
Зигмунд Фрейд: Хроника-хрестоматия (сост. Вал. А. Луков и Вл. А. Луков). - М.: Флинта, 1999.
Зильбер А. П. Трактат об эвтаназии. — Петрозаводск: Петрозаводский университет, 1998.
Иванов-Разумник. Принятие и непринятие мира: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. — С. 139-150.
Иванова А. Е., Ермаков С. П. Социальное самочувствие российского населения в статистике самоубийств. — М., 1995. — С. 28-36.
Игумен Евмений. Пастырская помощь душевнобольным. — Иваново: Свет Православия, 1999. - С. 282-382.
Каменева Е. Н. О незавершенных параноидных феноменах при шизофрении. Тр. 1-й Московской психиатрической б-цы. — М., 1938. — С. 85-90.
Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде. Камю А. Бунтующий человек. — М., 1990 - С. 23-92.
Канон о самовольно живот свой скончивших. — СПб.: Штиль, 1997.
Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина,
1994. - Т. 2. - С. 18-30.
Кареев Н. И. Отрывки по поводу юношеских самоубийств: Сб. общественно-философских и критических работ «Самоубийство». — М., 1911. — С. 129-138.
Катастрофы сознания. Самоубийства религиозные, ритуальные, бытовые, способы самоубийств (подготовка текста Ревяко Т. И., Трус Н. В). — Минск: Литература, 1996.
Кожемяко В. Жизнь и смерть Юлии Друниной// Советская Россия», 1999. — 13.05. - № 54.
Ковалевский П. И. Психиатрические эскизы из истории. — М.: ТЕРРА,
1995. - Т. 2. - С. 213-44, 485-524.

Козлов Н. И. Замечания о сужении яремной дири у людей умопомешан-ных и самоубийц//

Друг здравия. — 1844. — № 41. — С. 325-326.
Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патологии психики. — СПб.- М.: Прайм-Еврознак-Нева-ОЛМА-Пресс, 2002. - С. 228-255.
Конангук Н. В. Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психогигиена и психопрофилактика. — Л., 1983. — С. 92-95.
Конангук Н. В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Методические рекомендации. - Л., 1983.
Конангук Н. В. Индивидуальная психотерапия длительно дезадаптированных суицидентов с аффективными расстройствами. Аффективные расстройства (диагностика, лечение, реабилитация). — Л., 1988. — С. 129-132.
Конангук Н. В. О психологическом смысле суицидов// Психологический журнал. - 1989. - Т. 10. - № 5. - С. 95-102.
Кони А. Ф. Самоубийство в законе и жизни. — М., 1923.
Коробейникова О. Р., Лазебник А. И. Этно-культуральные особенности отношения к суициду населения Удмурдской республики. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. - СПб., 2001. - С. 166.
Красненкова И. П. Философский анализ суицида. Идея смерти в российском менталитете. — СПб.: Русский Христианский гуманитарный институт, 1999. - С. 151-174.
Краснов В. Я. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 19,89. — С. 35-37.
Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. — М.- Петроград, 1923.
Крыжановский Ф. В. Циклотимические депрессии. — Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1995.
Крюков А. И. К вопросу о причинах самоубийства// Неврология и психиатрия. - 1923. - Т. 1. - Вып. 1. - С. 286-297.
Крюков В. Н. и др. Самоубийство. — БМЭ, 3 изд. — М.: Советская энциклопедия, 1984. - Т. 22. - С. 470-473.
Кудрова И. В. Гибель Марины Цветаевой. — М.: Независимая газета, 1995.
Кудрова И. В. Путь комет. Жизнь Марины Цветаевой. — СПб.: Вита Нова, 2002.
Кузнецов В. Е. Исторические аспекты исследования самоубийств в России. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 26-35.
Кузнецов В. Е. Истоки междисциплинарного подхода в отечественной суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1986. — С. 84-93.
Кузнецов М. Т., Гольдинберг Б. М. Некоторые клинико-демографические показатели суицидального поведения среди населения: Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. — Минск, 1986. — С. 351-352.
Кьеркегор С. Страх и трепет. — М.: Республика, 1993. — С. 281-283.
Лапицкий М. А., Ваулин С. В. Анализ суицидального поведения, геронто-логический аспект. Геронтопсихиатрия на рубеже XXI века. — М., 1997. - С. 38-39.

Лаврин А. Хроники Харона: Энциклопедия смерти. — Новосибирск: Наука, 1995. - С. 409-445.
Ларигев В. П. Комплексная психотерапия суицидентов в амбулаторной практике. Актуальные вопросы социальной психиатрии. — М., 1979. — С. 140-148.
Ласый Е. В. Определение и критерии термина «парасуицид»// Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. — 1997. — № 3. — С. 37-39.
Лебедев И. П. О самоубийстве в нормальном и болезненном состоянии. — СПб., 1888.
Леенарс А. А. и др. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных штатов// Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 3. — С. 22-28.
Лексикон треязычный, сиречь речений славянских, еллино-греческих и латинских сокровище из различных древних и новых книг собранное по славянскому алфавиту в чине расположенное (сост. Федор Поликарпов). — М., 1704. — Лист 89.

Леонгард К. Акцентуированные личности. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.
Леонов И. Рассуждения о грудной железе (glandula thymus) в физиологическом, патологическом и судебно-медицинском отношении// Друг здравия. - 1842. - № 15. - С. 116-118; № 16. - С. 124-126.
Литвак М. Е., Мировиг М. О. Как преодолеть острое горе. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
Литвинцев С. В. и др. К проблеме агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих: Сб. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб., 2000. — С.167-168.
Литвинцев С. В. Суицидальные попытки и состояние самосознания у лиц с патохарактерологическими реакциями: Сб. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб., 2000. - С. 168-169.
Лихагев А. Самоубийство в Западной Европе и в Европейской России. Опыт сравнительно-статистического исследования. — СПб., 1882.
Лиходей О. А. Культура и суицид. Православие в русской культуре. — СПб., 1998. - С. 96-111.
Лигко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983.
Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. — М.: Смысл, 2000.
Лунагарский А. Я. Самоубийство и философия: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. — С. 67-92.
Лушев Н. Е. Прогнозирование суицидального риска больных алкоголизмом. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1986. - С. 131-136.
Махлейдт В. Суицидальность. Кискер К. П., Фрайбергер Г. и др. (ред.) Психиатрия, психосоматика, психотерапия. - М.: Алетейя, 1999. — С. 226-233.
Меннингер К. Война с самим собой. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб.: АДИС, 1994.
Мегников И. И. Этюды оптимизма. - М.: Наука, 1987.

Мегникова О. Н. Жизнь Ильи Ильича Мечникова. — М.: Госиздат, 1926. - С. 63.
Мисима Ю. Патриотизм. Золотой храм. — СПб.: Северо-Запад, 1993. — С. 310-335.
Мисима Ю. Исповедь маски. — СПб.: Азбука-классика, 2002.
Михайлов А. А. Жизнь Маяковского. Я свое земное не дожил. — М.: Центр-полиграф, 2001.
Монтень М. Опыты. Т. 2. - М.: Голос, 1992. - С. 22-36, 302-309.
Мор Т. Утопия. - М.: Наука, 1978. - С. 231-232.
Мягер В. К. и др. Психотерапия больных с пограничными состояниями, совершивших суицидальную попытку. 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — С. 277-279.
Налгаджян А. Загадка смерти (очерки психологической танатологии). — Ереван: Огебан, 2000.
Начала христианской психологии. Учебное пособие для вузов. Авт. коллектив (Братусь Б. С. и др.). - М.: Наука, 1995. - С. 194-233.
Невзоров И. О самоубийстве. — Казань, 1891.
Незнанов Н. Г. Состояние коморбидности депрессии и тревоги. Депрессия в практике психиатра: эпидемиология, клиника, терапия. — СПб., 2002.
Негипоренко В. В. Особенности суицидального поведения у военнослужащих: Сб. «Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф». — СПб, 1997. - С. 29-39.
Негипоренко В. В. и др. К вопросу о деперсонализации в пресуицидальном периоде: Сб. «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения». — СПб., 1997. - С. 203.

Негипоренко В. В. и др. Некоторые проблемы современной суицидологии. Война и психическое здоровье. — СПб., 2002. — С. 257-266.
Новосельский С. А. Очерк статистики самоубийств. — СПб., 1910.
Огарев Н. П. Избранные социально-политические и философские произведения. Т. 2. — М.: Госполитиздат, 1956. — С. 184.
Ольхин П. О самоубийстве в медицинском отношении. — СПб., 1859.
Ордянская А. Б. и др. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара. Методические рекомендации. — М., 1986.
Оршанский И. Самоистребление в русском расколе. Самоистязание. Энциклопедический словарь. Издатели: Ф. А. Брокгауз (Лейпциг) и И. А. Ефрон (С.-Петербург). — СПб.: Типография Акционерного общества «Издательское дело», 1900. — 56 полутом. — С. 211-214.
Осколкова С. *Н.* Депрессивные состояния в общемедицинской практике. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996.
О грехе самоубийства и самоубийцах. — М.: Изд-во Московской Патриархии, 1999.
Паперно И. Самоубийство как культурный институт. — М.: Новое литературное обозрение, 1999.
Пастернак Б. Люди и положения. Собрание сочинений в 5 т. — М., 1991. — Т. 4. - С. 332-333.
Пащенков С. З. Ипохондрия. — Ташкент: Медицина, 1974. — С. 136-148.
Пинель Ф. Врачебно-философическое начертание душевных болезней. — М., 1829. - С. 117-121.
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
471
Платон. Собрание сочинений в 4 томах. — М.: Мысль, 1994. — Т. 4. — С. 330.
Полетаева О. О. Проблема суицидов в контексте психического здоровья: Сб. «Психическое здоровье». - СПб., 2000. - С. 167-169.
Полетаева О. *О., Курпатов А. В.* Религиозный аспект психологической и психотерапевтической помощи помощи лицам с суицидальным поведением. V Клинические павловские чтения: Вып. 5. Кризисные состояния. Суицидальное поведение. — СПб., 2002. — С. 51-53.
Полетаева О. О., Курпатов А. В. Проблемы оказания помощи пациентам с суицидальным поведением: Сб. «Современная психиатрия: теория и практика». - СПб., 2002. - С. 233-236.
Полякова И. В. Варианты суицидоопасных психогенных депрессий. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1986. - С. 98-104.
Полякова И. В. Терапия и реабилитация лиц с ситуационными реакциями и психогенными депрессиями, совершивших суицидальную попытку. Методические рекомендации. — М., 1988.
Помро К., Делорм М. И др. Суицидальное поведение в юношеском возрасте// Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — № 3. — С. 63-68.
Понизовскии А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. - С. 150-167.
Пономарев Н. В. Самоубийства в Западной Европе и в России в связи с развитием умопомешательства (статистическое исследование): Сб. сочинений по судебной медицине. — СПб., 1880.
Попик И. Г. Угроза самоубийства и отношение оставшихся в живых самоубийц к предпринятой ими попытке покончить с собой. Сб.: «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». - СПб., 2000. - С. 171-172.
Попов И. В. Самоубийство. Этико-психологический очерк. — Сергиев Посад, 1898.
Постовалова Л. И. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. - С. 103-123.
Постовалова Л. И. Социологические аспекты суицидального поведения. Тр. Моск. НИИ

психиатрии. - М., 1983. - С. 33-39.
Постовалова Л. И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1984. - С. 26-35.
Постовалова Л. И. Распространенность самоубийств в СССР. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1989. - С. 24-34.
Постовалова Л. И. и др. Межличностные конфликты в генезе завершенных самоубийств. Тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1981. — С. 81-102.
Пуриг-Пейаковиг И., Дунъиг Д. *Й.* Самоубийство подростков. — М.: Медицина, 2000.
Радищев А. Н. О человеке, его смертности и бессмертии. Сочинения. — М.: Художественная литература, 1988. - С. 428-555.
Разин В. М. Между жизнью и смертью (концепции и природа суицида). Идея смерти в российском менталитете. — СПб.: Русский Христианский гуманитарный институт, 1999. — С. 175-214.

Розанов В. В. О самоубийствах: Сб. общественно-философских и критических статей «Самоубийство». — М., 1911. — С. 43-66.
Розанов П. Г. О самоубийстве. — М., 1891.
Руссинов А. Л. К вопросу о суицидальных действиях, совершенных во время алкогольных психозов и у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом// Вопросы психоневрологии. — Баку, 1975. — Вып. 6. — С. 86-89.
Рыбников В. Ю., Рыбникова И. Л. Эпидемиологический анализ и особенности самоубийств населения Санкт-Петербурга. V Клинические павловские чтения. «Кризисные состяния. Суицидальное поведение». — СПб., 2002. - Вып. 5. - С. 18-22.
Руссо Ж. Ж. Письмо. О самопроизвольной смерти. Смирнов М. Ответ на письмо Руссо// Академические известия. — 1780. — Ч. IV. — С. 244-266, 267-284.
Рутц В. Профилактика суицида и депрессии (Готландская учебная программа — история, результаты и неудачи)// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1995. — № 2. — С. 130-138.
Саакянц А. В. Жизнь Цветаевой. — М., 2002.
Самоубийства в России. Современное состояние проблемы. Антология социальной работы. Т. 2. Феноменология социальной патологии (сост. М. В. Фирсов). - М.: СВАРОГ-НВФ СПТ, 1995. - С. 281-287.
Сапожников Д. Самосожжение в русском расколе. — М., 1892.
Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев: Сфера, 1997.
Сед Ж. Тайна катаров. - М.: КРОН-ПРЕСС, 1998.
Семигов С. Б. Острые аффективные суицидные реакции у мужчин. Психические заболевания. — Л.: Медицина, 1970. — С. 144-154.
Семигов С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987.
Сенека Л. А. Нравственные письма к Луцилию. — М.: Политиздат, 1977. — С.384-388.
Сидамон-Эристова Е. А. О самоубийстве. — М., 1910.
Сикорский И. А. О двадцати пяти заживо погребенных в Терновских хуторах (близ Тирасполя) в 1896-1897 гг.// Вопросы нервно-психической медицины. - 1897. - Т. 2. - С. 165-258.
Сикорский И. А. Состояние духа перед самоубийством. Сборник научно-литературных трудов. Т. 1. — 1900. - С. 133-169.
Силуянова И. Этика врачевания: современная медицина и православие. — М.: Московское подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. — С. 225-252.
Скибина Г. А. Тактика ведения суицидентов в ближайшем постсуицидальном периоде. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 237-247.
Скибина Г. А. и др. Комплексный подход к купированию кризисных состояний (по итогам

работы кризисного стационара за 5 лет). Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1986. - С. 166-178.
Смулевиг А. Б. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. — М.: Медицина, 1997. - С. 28-53.
Смулевиг А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Берег, 2000.

Смулевиг А. Б. Психопатология и клиника депрессий. Депрессия в практике психиатра: эпидемиология, клиника, терапия. — СПб., 2002.
Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. — М., 1987.
Судаков А. К. Любовь к жизни и запрет самоубийства в кантианской метафизике нравов// Вопросы философии. — 1996. — № 8. — С. 54-65.
Сухомлинов М. Материалы для истории просвещения в России в царствование Императора Александра I// Журнал Министерства народного просвещения. - 1866. - № 11. - С. 1-112.
Телле Р. Психиатрия. — Минск: Вышейшая школа, 1999. — С. 160-165.
Темный В. Причины самоубийств. — М., 1910.
Теодоровиг М. Ф. Самоубийство. Указатель литературы на русском языке. — М.: Приложение к журналу «Социальная гигиена». — 1928. — Сб. № 2-3 (12-13).
Тимофеев Н. Н. Самоубийство. БМЭ, 2 изд. — М.: Советская энциклопедия, 1963. - Т. 29. - С. 158-163.
Тихомиров Е. Бессмертие души и самоубийство. — М., 1879.
Тихоненко В. А. Классификация суицидальных проявлений. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1978. - С. 59-73.
Тихоненко В. А. и др. Комплексная превенция суицидов. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1981. - С. 210-227.
Тихоненко В. А., Цупрун В. Е. Факторы суицидального риска в популяции больных психоневрологического диспансера. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1983. - С. 133-141.
Тихоненко В. А. Морально-этические аспекты суицида и вопросы реабилитации. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1984. — С. 47-62.
Тихоненко В. А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение// Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 3. — С. 21-24.
Трайнина Е. Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями. Методические рекомендации. - М., 1987.
Трегубое Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства. — Пермь: Капик, 1993.
Толстой Л. Я., *Петров Г.* О самоубийстве. — М., 1910.
Фастовцев Г. А. Суицидальное поведение, возникающее в условиях дезадаптации: Сб. «Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии». - СПб., 2001. - С. 123-125.
Фейфер Л. Марина Цветаева. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
Феноменов М. Причины самоубийств в русской школе. — М., 1914.
Феррис П. Зигмунд Фрейд. — Минск: Попурри, 2001.
Фома Аквинский. Сумма теологии. — Киев: Эльга-Ника-центр, М.: Эль-кор-М, 2002.
Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.
Фрай Дж. Распространенные болезни: их природа, частота и лечение. — ' М.: Мир, 1978. - С. 223-235.
Хазанов Б. Вейнингер и его двойник// Октябрь. — 2000. - № 4. - С. 166-175.
Хорошко В. Самоубийства детей. — М., 1909.
Хэзлем М. Т. Психиатрия. — Львов: Инициатива, 1998. — С. 550-551.
Хелл Д. Ландшафт депрессии. — М.: Алетейа, 1999.

Цупрун В. Е. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера. Методические рекомендации. — М., 1986.
Шамиев Р. Х. Суицидальные тенденции в картине эндогенных и возраст-но-органических депрессий позднего возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1988.
Швейцер В. Марина Цветаева. — М.: Молодая гвардия, 2002.
Шейдер Р. Психиатрия. - М.: Практика, 1998. - С. 212-221.
Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев: Сфера, 1999.
Шнейдман Э. Душа самоубийцы. — М.: Смысл, 2001.
Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. — М.: Новое литературное обозрение, 1999.
Элозо Э. П. Суицидальные тенденции при депрессивных психозах позднего *возраста//* Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1973. — Т. 73. - Вып. 3. - С. 431-434.
Юм Д. О самоубийстве. Т. 2. - М.-Л.: Akademia, 1965. - С. 806-817.
Янигак Ф. Дж., Дэвис Дж. М. и др. Принципы и практика психофармакотерапии. - Киев: Сфера, 1999. - С. 271-275.
Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — С. 885-889.
Ясперс К. Необусловленные действия, ведущие за пределы наличного бытия. Суицидология: прошлое и настоящее. — М.: Когито-Центр, 2001. - С. 72-88.
CullerreA. Границы сумасшествия. — Харьков: Издание журнала «Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии». — 1889. — С. 51-57.
Alexander F. The need for punishment and the death instinct// Int. J. Psycho-anal. -1929. - 10. - P. 256-269.
Allebeck P. et al. Risk factors for suicide among patients wit schizphrenia// Acta Psychiatr. Scand. - 1987. - 76. - 4. - P. 414-419.
Alvarez A. The Savage God. A Study of Suicide. — London, 1971.
Asberg M. et al. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid A biochemical suicide predictor?// Arch. Gener. Psychiatr. - 1976. - 33. - P. 1193-1197.
Asberg M. et al. Psichobiology of suicide impulsivity and related phenamena. Psychopharmacology. The third generation of progress NY, 1987. — P. 665-668.
Barraclough B. M. et al. A hundred cases of suicide. Clincal aspects// Br. J. Psychiatry. - 1974. - 125. - P. 355-373.
Barraclough B. M. The suicide rate of epilepsy// Ascta Psychatr. Scand. — 1987. - 76. - 4. - P. 339-345.
Beck A. T. et al. Relationship between hoppelesness and ultimate suicide a replication with psychiatric out patients// Am. J. Psychiatry. — 1990. — 147. - P. 190-195.
Becker U. et al. Low CSF-Serotonin (5-HT) as Marker for Acute Suicidality. Word Congress of Psychiatry Abstracts. — Madrid, 1996. — P. 93.
Bartels S.J. et al. Suicidal and Dieth Ideation in Older Primary Care Patients With Depression Anxiety and At-Risk Alcohol Use// Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2002. - 10. - 4. - P. 417-427.
Bennet A. E. Recognizing the potencial suicide// Geriatrics. — 1967. - 22. -5. - P. 175-181.
Bertrand L. Traite du suicide dans ses rapports avee la philosophi la teologie la medicine et jurisprudence. - Paris, 1857.

Brier de Boismont. Du suicide et de la folie suicide. — Paris, 1865.
Brown G. L. et al. Aggression Suicide and Serotonin. Relationships to CSF Amine
Metabolites// Amer. J. Psychiatr. - 1982. - 139. - 6. - P. 741-746. *Brown G. L.* et al. Impulsivity aggression and associated affects Relationship to
self-destructive behavior and suicide. Assesment and prediction of suicide.
Maris R. W. et al. (eds.). - NY, 1992. *Boyer P.* Le syndrome dificitaire une entiti transnosologique// J. de medicine
Pratique. - 1988. - 15. - P. 42-43. *Boyer P.* et al. Anhedonia in deficit syndrome of schizophrenia// Psycho-pathology. - 1999. - 4. - P. 207-219. *BoseJ.* Depression. Lionells M. et al. (eds.) Handbookof interpersonal psychoanalysis. - NY, 1995. *Bourdin C. E.* Du suicide

considere comme malaidie. — Paris, 1845. *Buchsbaum M. S.* et al. Suicide attempts platelet monoamine oxidase and the average
evoked response// Acta Psychiat Scand. - 1977. - 56. - 1. - P. 69-79. *Caldwell C. B., Gottesman H.* Schizophrenia — a high-risk factor for suicide
clues to riskreduction// Suicide Life Threat Behav. - 1992. - 22. - P.
479-493. *Canetto S. S., Lester D.* The epidemiology of women s suicidal behavior. Canetto
S., Lester D. (eds). Women and suicidal behavior. — NY, 1995. *Cheyne G.* The English Malady or a Triatise of Nervous Diseases of All Kinds
as Spleen Vapours Lowness of Spirits Hypochondrical and Histerical Distempers. — London, 1733. *Chowdhury N., Hicks R. S. Kreitman N.* Evalution of an aftercare service for
parasuicide patients// Soc. Psychiat. - 1983. - 8. - 2. - P. 67-81. *Conrad K.* Die beginnende Schizophrenic Versuch einer Gestaltanalyse des
Wahns. - Stuttgart, 1951. *Conwell Y., Pearson J. L.* Suicidal Behaviors in Older Adults// Am. J. Geriatr.
Psychiatry. - 2002. - 10. - 4. - P. 359-361. *Conwell Y.* et al. Access to Firearms and Risk for Suicide in Middle-Aged and
Older Adults// Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2002. - 10. - 4. - P. 407-416. *Coryell W., Schlesser M. A.* Suicide and the Dexamethasone Suppression Test in
Unipolar Depression//Amer. J. Psychiatr. - 1981. - 138. - 8. - P. 1120-
1121. *Daube D.* The linguistics of suicide Psychology and Public Affairs, 1972. — 1. -
P. 415-417. *Diekstra R. F. W., Hawton K.* Suicide in Adolescence. - Dodrecht-N Y, 1987. *Diekstra R. F. W.* Suicide and parasuicide. A global perspective Suicide and
Attemted Suicide. Risk Factors Monadgement and Prevention. — London,
1991. *Diekstra R. F. W.* The epidemiology of suicide and parasuicide (Review)// Acta
Psyhiat. Scand, 1993. - 371. - P. 9-20. *Diekstra R. F. W.* The epidemiology of suicidal behevior: a review of three
continents// World Health Stat Q, - 1993. - 46. - P. 52-68. *Drake R. E., Gates C* et al. Suicide among schizophrenics. Who is at risk?//
J. Nerv. Ment. Dis. - 1984. - 172. - P. 613-617. *Dublin L.* Suicide A sociological and statistical Studi. - NY, 1963. *EsguirolJ. E. D.* Des Maladies mentales. — Paris, 1838. *Etkind M.* ...Or Not to Be. A Collection of Suicide Notes. - NY, 1997.

Ettlinger R. W. Suicide in a group of patients who had previously attemted
suicide// Acta. Psychiat. Scand. - 1964. - 40. - 4. - P. 363-378. *FalretJ. P.* De 1 hipochondrie et du suicide. — Paris, 1842. *FawcettJ.* et al Clinical predictors of suiciin patients with major affective disoders:
acontrolled prospective study. — Am. J. Psychiatry. — 1987. — 144. —
P. 35-40. *Farberow N. L.* Personality patterns of suicide mental hospital patients// Genet.
Psychol. Monogr. - 1950. - 42. - P. 3-79. *Farberow N. L., Shneidman E. S.* (eds.). The cry for help. — NY, 1961. *Farber M. L.* Theory of Suicide. - NY, 1968. *Fink E. B., Carpenter W. T.* Futher Examenation of a Biochemical Test for Suicide
Potential. Dis. nerv. Syst. - 1976. - 37. - 6. - P. 341-346. *Galdwell C. B., Gottesman H.* Schizophrenia — a high risk factor for suicide clues
to risk reduction// Suicide Life Threat Behav. - 1992. - 22. - P. 479-493. *Garftnkel B. D.* et al. Suicidal behavior in pediatric population Procedings of
the 10th International Congress for Suicide Prevention. — Ottawa, 1979. *Goodwin F. K.* The Use of Lithium in Treating Bipolar Disorder CNS. (Reviews)//
Teaching Monografs for Clinicians. — 2002. — 1. - P. 1-11. *Halbwachs M.* Les causes du suicide. — Paris, 1930. *Hallstrom T.* Life-weariness suicidal thoughts and suicidal attempts among
women in Gothenburg, Sweden// Acta. Psychiat. Scand. — 1977. — 56. —

P. 15-20. *Heisel M.J.* et al. Cognitive Functioning and Geriatric Suicide Ideation// Am.
J. Geriatr. Psychiatry. - 2002. - 10. - 4. - P. 428-436. *Hendin H.* Attempted suicide a psychiatric and statistical study// Psychiat. Quart.
- 1950. - 24. - P. 39-46. *Henseler H.* Narcistische Krisen. — Rowohlt Reinbek, 1974. *Henseler H., Reimer Ch.* Selbstmordgefahrdung. — Stuttgart, 1981. *Hirschfeld R. M. A., Russell J. M.* Assesment and Treatment of Suicidal Patients//
The New England J of Medicine. - 1997. - 25. - P. 910-916. *Kasper S.* et al. Risk of suicide in depression and implication for psycho-pharmacological treatment// Review International Clinical Psychophar-
macology. - 1996. - 11. - 2. - P. 71-79. *Kellerman A. L.* et al. Suicilt in the home in relation to gun ownership// New
Engl. J. Med. - 1992. - 327. - P. 467-472. *Kessel N.* Self-poisoning// British Medical J. - 1965. - 2. - P. 1265-1266,
1336-1340. *Kessel N., Grossman G.* Suicide in alcoholics// Brittish Medical J. — 1965. - 2. -
P. 1671-1672. *King R. A.* et al. Serotonin and suicidally: the impact of acute fluoxetine
administration// Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences. — 1994. —
31. - 4. - P. 271-279. *Kragh-Sorensen P.* Pharmacotherapy of the suicidal patient (Review)// Acta
Psychiat. Scand. - 1993. - 371. - P. 57-59. *Krai M. J.* Suicide as social logic (Review). Suicide & Life — Threatening
Behavior. - 1994. - 24. - 3. - P. 245-255. *Kreitman N.* (edit) Parasuicide. - London, 1977. *Kriger G.* The Plasma Level of Cortisol a Predictor of Suicide. Dis. nerv. Syst. —
1974. - *35.* - 5. - P. 237-240.
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Lasegue C, FalretJ. La foli a deux ou foli communigue// Ann. med-psychol.
- 1877. - 389. - 321-335. *Leenaars A. A.* Suicide notes. — NY, 1988. *Lehman G.* Zur Casuistik des inducierten Irreseins (Folie a deux)// Arch.
Psychiat. - 1883. - 14. - S. 145-154. *Lester D., Beck A. T.* Completed suicide and their previous attemptes//J. Clin.
Psychology. - 1976. - 32. - 3. - P. 553-555. *Lester D.* (edit) Current concepts of suicide. - Philadelphia, 1990. *Lester D.* A Comparison of 15 Theories of Suicide. Suicile and Life-Threatening
Behfvior. - 1994. - 24, (1) . - P. 80-88. *Linkowski P.* et al. Thyrotrophin Response to Thyreostimulin in Affectively
Women Relationship to Suicidal Behaviour// Brit. J. Psychiatr. — 1983. —
143. - P. 401-405. *Lisle E.* Du suicide statistigue medicine histoire et legislation. — Paris, 1856. *Mann J. J. Arango V.* Neurobiology of suicide and attempted suicide. Suicide-
an unnecessary death. — Martin Dunitz, 2001. — P. 29-34. *Maris R. W.* Pathways to suicide. — Baltimore, 1981. *Marsha M. L.* Skiiis Training Manual for Treating Bordeline Personality. Disorder
Guiford Press. - NY, 1993. *Marzuk P. M.* Suicidal behavior among HIV-infekted patients HIV and AIDS-
related Suicidal Behaviour. — Report on a WHO consultation, 1991. *Meerloo A. M.* Uber die Beurteilung der Selbstmordneigung// Z. Ges. Neurol.
Psychiat. - 1933. - 144. - S. 224-244. *Mow De Turs.* De La Contagion du suicide a propos de 1 epidemie actuelle. —
Paris, 1875. *Morgan H. G.* et al. Deliberate self-harm clinical and socio-economic characteristics of 368 patients// Brit. J. Psychat. - 1975. - 127. - 12. - P.
564-574. *Morgan H. G.* Death wishes? The understanding and monagement of deliberate
selfharm. — London, 1979. *Ninan Ph. T,* et al. CSF 5-Hydroxyndoleacetic Acid Levels in Suicidal Schizophrenic

Patients// Amer. J. Psychiatr. - 1984. - 141. - 4. - P. 566-569. *Okla W.* Samobojstwo a Poczucie sensu Zycia// Przeglad Lekarsky. - 1982. -
39. - 11. - 757-760. *OstrqffR.* et al. Neuroendocrine Risk Factors of Suicidal Behavior. — Amer. J.
Psychiatr. - 1982. - 139. - 10. - P. 1323-1325. *Paykel E. S.* Stress and life events. Davidson L. & Linnoila M. (eds.). Risk
factors for youth suicide. — NY, 1991. *Parnell R. W.* Mortality and prolonged illness among Oxford undergraluates//
Lancet. - 1951. - 1. - P. 731-740. *Paykel E. S.* et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence
study// Br. J. Psychiatry. - 1974. - 124. - P. 460-469. *Poldinger V. W., Hole C.* Die Selbstmordhandlung als Symptom// Prax.
Psychother. - 1971. - 16. - 4. - S. 185-194. *Post R. M.* New Findings on suicide risk substance abuse and obesity// Current.
Psychiat. - 2002. - 1. - 8. - P. 27-32. *Rassel A.*. Suicide. - Toronto, 1968. - P. 110-119. *Resnick Ph. J.* Recognizing that the suicidal patient views you an adversary//
Current. Psychiat. - 2002. - 1. - 1. - P. 8.

Ringel E. Der Selbstmord Abchluss einer krankhaften psychen Entwicklung
eine Untersuchung an 745 geretten Selbstmordern. — Wien: Maudrich.,
1953. *Ringel E.* Der arztlichen Selbstmordverhutung. — Wien, 1979. *Rosen A.* et al. Classification of «suicidal» patients// J. Conslt. Psychol. —
1954. - 18. - P. 359-362. *Roy A.* Family history of suicide// Arch. Gen. Psychiatry. — 1983. — 40. —
P. 971-974. *Roy A.* (ed.) Suicide. Baltimore: Williams and Wilkins, 1986. *Roy A.* Genetics biology and suicide in the family. Maris R. W. et al. (eds.).
Assesment and predictionof suicide. — NY, 1992. *Roy A.* Recent biological studies on suicide (Review)// Suicide & Life-Threatening Behavior. - 1994. - 24. - 1. - P. 10-14. *Shaffer J. W.* et al. The prediction of suicide in schizophrenia//J. Nerv. Ment.
Dis., 1974. - P. 150-349. *Sainsbery P.* Suicide in London. — London, 1955. *Sainsbery P., Barraclough B.* Differences Between suicide rates// Nature. —
1968. - 220. - P. 1252. *Schneider P. B.* Recherches catamnestigues sur la tennative de suicide// Bull.
schweiz akad. med. Wiss. — 1954. — 10. — 143-155. *Scharfetter Ch.* Symbiontische Psychosen. Studie uber schizophrenieartige «indu-
cirte Psychosen» . — Bern-Stuttgart-Wien, 1970. *Schmidtke A., Hafner H.* The Werther effect after television films new evidence
for an old hypothesis// Psychological Medicine. — 1988. — 18. — P. 665-
676. *Schwab J. J.* et al. Suicidal ideation in a general population// Dis. Nerv. System. —
1972. - 33. - P. 745-748. *Shneidman E.* Suicide notes reconsidered. Suicidology: contemporary developments (ed. E. Shneidman) . - NY, 1976. - P. 253-278. *Shneidman E.* Risk writing Special notes about Cesare Pavese and Joseph Conrad//
J. Amer. Academ. Psychoanalysis. - 1979. - 7. - P. 575-592. *Shneidman E.* Definition of suicide. — NY, 1985. *Shneidman E., Farberow N.* Some comparisons betwin genuine and simulated
suicide notes// J. General Psychology. - 1957. - 56. - P. 251-256. *Shneidman E,, Farberow N.* Clues to suicide. — NY, 1957. *Simon R. I., Gutheil T. G.* A Recurrent Pattern of Suicide Risk Factors Observed
in Litigated Cases Lessons in Risk Managemen// Psychiatric. Annals. —
2002. - 32. - 7. - P. 384-387. *Stengel E.* Eneguiries into attempted suicide// Proceeedings of the Royal Society
of Medicine. - 1952. - 45. - P. 613-620. *Stengel E., Cook N. G.* Attempted suicide. — London,

1958. *Stengel E.* Recent Research into Suicide and Attempted Suicide// Amer. J.
Psychiat. - 1962. - 118. - P. 725-736. *Stengel E.* Suicide and attempted suicide. — Harmondsworth Penguin, 1964. *Stengel E.* National and Cultural Aspecta of Suicide and Attempted Suicide.
Symposium on Suicide. — Washington, 1965. — P. 39-46. *Stracowski S. M.* et al. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar
disoder// Am. J. Psychiat. - 1996. - 153. - P. 674-676.
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
479
Struve F. A. et al. Electroencefalographic Correlates of Suicide Ideation and
Attempts// Arch. Gen. Psychiat. - 1972. - 27. - 3. - P. 363-367. *Szasz T.* The etics of suicide// The Antioch Review. - 1971. - 31. - P. 7-17. *Tetaz N.* Le suicide. — Geneva, 1971. *TsuangM.* et al. Morbidity risk of schizophrenia and affective disoders and first
degree relatives of patients with schizophrenia mania depression and surgical
conditions// Brit. J. Psychiat. - 1980. - 137. - P. 497-504. *Turvey C L.* et al. Risk Factors for Late-Life Suicide. A Prospective Community-Based Study// Am. Geriatr. Psychiatry. - 2002. - 10. - 4. - P. 398-406. *Volow M. R.* et al. Electroencefalographic Abnormalities in Suicidal Patients//
J. Clin. Psychiatr. - 1979. - 40. - 5. - P. 213-216. *Van Ness P. H., Larson D. B.* Religion Senescense and Mental Health. The End
of Life Is Not the End of Hope// Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2002. - 10. -
4. - P. 386-397. *Weisman M.* The epidemiology of suicide attempts (1970-1971)// Arch. Gen.
Psychiat. - 1974. - 30. - 6. - P. 737-746. *Whitfield W., Southern D. A.* The Prevention of suicide some practical steps
(Review)//J. Royal Society Health. - 1996. - 116. - 5. - P. 295-298. *Winslow F.* The Anatomy of Suicide. — London, 1840. *Wittkower E. D., Fried J. A* Cross-cultural approach to mental health problems//
Amer. J. Psycyiat. - 1959. - 116. - P. 423-435. *Wolfersdorf M.* et al. Suicide risk in suicidal versus nonsuicidal depressed
patients// Crisis. - 1990. - 11. - P. 85-97. *Zilboorg G.* Suicide amng Civilized and Primitive Races// Am. J. Psychiatry. —
1936. - 92. - 6. - P. 1368-1387. *Zilboorg G.* Differential diagnostic types of suicide// Arch. Neurol. Psychiat. —
1936. - 35. - P. 270-291.
Научное издание **Владимир Сергеевич Ефремов**
ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ
Главный редактор С. *А. Бережняк*
Выпускающий редактор *Н. Ю. Фролова*
Технический редактор О. Ю. *Дуоицкая*
Компьютерная верстка Af. *Г. Столяровой*
Издательство «Диалект» 194021, Санкт-Петербург, Политехническая ул., д. 26
Подписано в печать 28.11.03. Формат 60 х 90 $У_{и}$. Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура *Октава.* Усл. печ. л. 30. Тираж 3000 экз. Заказ № 4760
Отпечатано с готовых диапозитивов
в Академической типографии «Наука» РАН
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12