**Социально-клинические аспекты суицидального поведения**

В последние годы отмечается значительный рост суицидов и суицидальных попыток, чтосвидетельствует об ухудшении психического здоровья населения.

По данным Моховикова А.Н. (1993 г.), суицид, как причина смерти, удерживаетсяна четвертом месте, но реальное их количество учесть крайне тяжело. В настоящее время тяжелая социально-экономическая ситуация способствует усилению социально-психическойдезадаптации и формированию аутоагрессивных тенденций. В любом обществе в периоды социального напряжения создаются предпосылки для возникновенияразличных форм отклоняющегося поведения, включая суицидальное.

Выборочное исследование, проведенное во втором терапевтическом отделенииНовгородской ЦРБ за 1996 г. позволило получить следующий анализ. Из 123 больных, госпитализированных по поводу суицидной попытки или отравления безсуицидальных целей - 10 умерло, 113 выписано, причем у 42 больных, что составляет 37,2% всех осмотренных, психического заболевания выявлено не было. Уних констатирована некоторая акцентуация характерологических черт. В данной группе преобладали женщины в возрасте от 17 до 85 лет со средним илисредне-техническим образованием. Суицидная попытка была тесно связана с индивидуально значимыми психотравмирующими факторами, такими как конфликты всемье и с детьми, расторжение брака, одиночество, утрата прежнего социального статуса. Пресуицидальный период был растянут во времени, с обдумываниемспособов попыток, их подготовкой, изменением глубины суицидальных тенденций в виде ее колебания и нарастания. Среди способов попыток преобладали отравлениятранквилизаторами и нейролептиками - 66,7%, кислотами - 19%, окисью углерода - 11,9%, бытовыми газами - 1,4%, растворителями - 1%.

Решающим в осуществлении суицида у психически здорового человека является интрапсихический конфликт, а психологическая установка на суицид может бытьдоминирующей при слабости антисуицидального барьера.

Анализ приведенных наблюдений показал, что в ситуации конфликта суицидальноеповедение у одних лиц реализуется на фоне своеобразных характеристик сознания и самосознания, у других - при ведущем влиянии интенсивных эмоциональныхпережиганий, у третьих - впоследствии доминирования идеи, подрывающей жизнестойкость индивида, у четвертых - решение о самоубийстве являлосьрезультатом "трезвого" взвешивания всех "за" и "против". Имели место также смешанные и переходные варианты.

Таким образом, все обследованные были распределены по группам в соответствии с классификацией А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1978) по следующим типамреакций:
1) эгоцентрического переключения - 35,7%;
2) душевной боли или "психалгии" - 7,1%;
3) негативных интерперсональных отношений - 23,8%;
4) отрицательного баланса - 19%;
5) реакции смешанные и переходные - 14,4%. Склонность к суицидальному поведению чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин. Частично это можно объяснить лучшейвыявляемостью ауто-агрессии у женщин (их большей доступностью для контакта с врачом).

При суициде снижается устойчивость антисуицидального барьера, происходит социально-психологическая дезадаптация (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980,Нуллер Ю.Л., 1988).

К антисуицидальному барьеру относятся социально-юридические икультурно-религиозные основы мировоззрения человека. В России в конце прошлого века уровень самоубийств был самым низким среди европейских стран. Основнымисдерживающими факторами были православие и социально-юридическое преследование лиц, совершавших суицидальные попытки (Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И., 1991).Религиозное мировоззрение, как нравственная сила личности, может считаться одним из важных критериев отношения личности к самоубийству и имеет реальнуюантисуицидальную направленность. Основные мировые религии: христианство, ислам, буддизм осуждают добровольный уход из жизни. Резкий слом устоявшегосяатеистического мировоззрения привел в настоящее время к социальной и идеологической дезадаптации. Традиционные конфессии образовавшийся вакуумзаполняют вяло, и народ, оторванный от корней религии, не имеет возможности получить религиозное образование.

Освободившееся поле заполняют как ранее существовавшие, так и современные тоталитарные секты, в которые часть россиян, теряя ориентацию, отдают свое"я".

Бесчисленные колдуны, экстрасенсы, ясновидящие и активно спекулирующие на этомсредства массовой информации, используя стройную систему приемов, создают фазовые состояния в сознании. Все это позволяет устранить барьер критическогоосмысления и дает возможность вторгаться в механизмы памяти, мышления, воли и других психических функций. Под влиянием данных факторов психика многих людейоказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления, что вызывает кризис идентичности. В данном случает необходимо рассматриватьмагический вариант кризиса (Положий Б.С., 1996). Известно, что магическое мышление свойственно детям и примитивным культурам, а также, какпсихопатологический феномен, - больным шизофренией (в нашем случае появление архаических психопатологических переживаний), лицам, страдающимобсессивно-компульсивнымии шизотипическими расстройствами. Магический вариант кризиса идентичности приводит к дезадаптации отдельных личностей, опаснымявлениям в обществе, что связано с феноменом группирования таких лиц и их индуцирующего влияния на людей. Магическое мышление способствует индуцированиювнутренней агрессивности, в том числе направленный на себя. Налицо все компоненты пресуицидального синдрома: сужение психологических функций,суицидальные фантазии, наличие агрессивности, направленной на себя.

Тайлор и Шаре в 1984 г. показали, что резкие социально-идеологические изменениясопровождаются не ростом невротических состояний, как это утверждается в отечественной литературе, а психотических заболеваний. Можно ожидать повышениязаболеваемости реактивными психозами и, возможно, даже снижения заболеваемости невротическими состояниями (Гурвич И.Н., 1996).

Учитывая вышеизложенное, можно сделать заключение, что эффективная система практическихмероприятий по предотвращению и профилактике суицидов может быть создана лишь на базе глубоких научных исследований, вскрывающих причины, условия и механизмысуицидального поведения, которые открывают пути его прогнозирования, а следовательно, и возможности управления.

При планировании и разработке стратегических задач в психиатрической помощи необходимо учитывать новые социально-экономические изменения в обществе,повлекшие изменения в сознании и мышлении человека. Профилактика суицидов будет значительно эффективнее, если эти изменения учитывать в новых подходах кразработке профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Литература
1. Абрумова А.Г., Тихоненко В.А. Актуальные проблемы суицидологии. М.,1979.
2. Гурвич И.Н. Социально-экономические изменения и паттерны нервно-психическойпатологии, М., 1996.
3. Дмитриева Т.Е., Положий С.Б. Культуральные и этнические проблемыпсихического здоровья М., 1996.
4. Кондратьев Ф.В. Подсознательные формы коллективного реагирования и поведенияв новых "конфессиональных" группах на современном социокультуральном уровне. М., 1996.
5. Пилягина Г.Я. Культурологические предпосылки суицидального поведения. М., 1996.
6. Случевский Ф.И. Атактическое мышление при шизофрении. Л.,"Медицина", 1975