



УДК 343.97  
ББК 67.513

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

*А.В. Сухинин, О.А. Яковлева*

Одним из наиболее трагичных видов девиантного поведения является суицид. Как показывает практика, в подавляющем большинстве случаев суицид мотивируется переживаемыми конфликтами. В статье рассматриваются наиболее типичные конфликтные ситуации, явившиеся причинами суицидального поведения, и анализируется психологическое кризисное состояние личности, лежащее в основе конфликтной ситуации.

**Ключевые слова:** *суицид, самоубийство, конфликт, ситуация, кризис, психологическое состояние, психотравма.*

Одним из наиболее трагичных видов девиантного (отклоняющегося) поведения является суицид (самоубийство, от лат. *sui* – себя, *caedere* – убивать) – намеренное лишение себя жизни. Сведения о самоубийствах появляются одновременно со сведениями о возникновении человеческой цивилизации. Очевидно, самоубийства столь же стары, сколь история человеческого рода [4, с. 15]. Не случайно Ж.-П. Сартр усматривал отличие человека от животного в том, что человек может покончить с собой.

В истории человечества самоубийство оценивалось по-разному: от резкого осуждения до признания достойным способом ухода из жизни. В разные исторические эпохи в различных обществах, а иногда и в разных слоях одного общества самоубийству давались противоположные моральные оценки. Неоднозначно трактовалось самоубийство и правом.

Как социальное явление, самоубийство столь же отличается от индивидуального поведенческого акта, как преступность отлична от преступления. Под суицидальным поведением можно понимать различные формы активности, направляемые представлением о лишении себя жизни и служащие деструктивным средством разрешения личностного кризиса в условиях конфликтной ситуации.

Анализ современных концепций самоубийств, распространенных в зарубежной и отечественной литературе, позволяет сформулировать некоторые понятия, которыми оперирует автор:

*Суицидент* – человек, совершивший самоубийство или покушение на самоубийство.

Под *самоубийством* (суицидом) понимается смерть человека, явившаяся результатом его волевой деятельности (действия).

*Покушение на самоубийство* – это однородная деятельность человека, не закончившаяся летальным исходом (смертью) по различным обстоятельствам.

*Суицидальный риск* – склонность человека к совершению действий, направленных на собственное уничтожение.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, то есть более 1 000 в день, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 миллионов в год. Уровень самоубийств более чем в 20 случаях на 100 тысяч населения является критическим.

В последние годы число завершенных самоубийств в целом по Российской Федерации составляет более 35 на 100 тыс. населения, а в ряде экономических регионов – от 60 до 180 на 100 тысяч.

Согласно результатам 15-летних исследований, проведенных Федеральным научно-

методическим центром суицидологии при Московском НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ, покушения на самоубийство совершаются как практически здоровыми гражданами, так и людьми с пограничными психическими расстройствами или психическими заболеваниями, алкогольной и наркотической зависимостью.

С 2002 по 2007 г. количество самоубийств увеличилось на 68,9 % и составило в среднем 407 случаев; распространенность самоубийств среди населения России в 2006 г. – 39,4 на 100 тысяч. На рост числа суицидов влияют факторы: а) снижение уровня жизни и рост социальной напряженности; б) интенсивное социально-имущественное расслоение и увеличение потребительских запросов в обществе, а также в микросоциальном окружении, порождающие состояние отчаяния из-за неспособности обеспечить достойный по современным стандартам уровень жизни себе и членам своей семьи; в) нарастание разобщения, атомизации общества и микроколлективов, обостряющих у человека чувство одиночества, вызывающих эмоциональную угнетенность, ощущение отчужденности от окружающих (включая сослуживцев), что не позволяет ему рассчитывать на сопереживание, понимание, эмоциональную поддержку со стороны окружающих.

Изучение материалов досудебных проверок по конкретным фактам суицидального поведения показывает, что в подавляющем большинстве случаев подобные действия мотивировались переживаемыми конфликтами. Причем в 84 % случаев конфликты имели объективно реальный характер, в остальных субъективные переживания конфликта обуславливались психопатологическими расстройствами.

Данные для исследования были получены нами путем сбора и обработки архивных документов ГИЦ МВД России, сводок дежурной части МВД, различных аналитических справок, методических рекомендаций и докладов, уголовных дел, медицинской документации лиц, покончивших или пытавшихся покончить жизнь самоубийством. Собранная информация позволила обобщить и проанализировать сведения о 1 341 зарегистрированном случае завершенных и незавершенных суицидов.

Наиболее типичные конфликтные ситуации, явившиеся причинами суицидального поведения, можно разделить на следующие основные группы:

1. Конфликты, обусловленные спецификой деятельности и взаимодействием в коллективе. Сюда относятся: индивидуальные дезадаптационные процессы ценностно-мировоззренческого, биофизиологического и микросоциального характера; неудачи выполнения конкретных задач в профессиональной деятельности; межличностные конфликты с коллегами; острые, неадекватные реакции на проблемы в отношениях с начальниками и подчиненными; неуживчивость, импульсивность, болезненное самолюбие и завышенная самооценка, акцентуации характера и др. Их доля составляет от 7 до 13 %.

2. Конфликты, обусловленные спецификой лично-семейных взаимоотношений. Они возникают на основе индивидуально-психологических особенностей и негативного характера межличностных взаимоотношений с ближайшими родственниками. Зачастую акцентированные личностные особенности накладываются на неблагоприятную семейную ситуацию, усиливают семейный конфликт до ситуации взаимного неприятия, провоцируют развитие внутриличностного и межличностного конфликтов и ведут к безвыходной, неразрешимой, тупиковой ситуации (по представлениям суицидентов). Указанные конфликты являются причинами 40–60 % случаев суицидального поведения, в том числе из-за ревности, супружеской измены или неудачной любви, половой несостоятельности, тяжелой болезни, семейных неурядиц, злоупотребления алкоголем.

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением, возникающие из-за страха перед возможным наказанием за правонарушение, опасения уголовной ответственности, боязни позора за свои негативные поступки, или как одно из последствий профессиональной деформации (деградации).

4. Конфликты, обусловленные состоянием здоровья: психические заболевания; хронические соматические заболевания; физические недостатки (дефекты речи и особенности внешности, воспринимаемые как недостаток – дисморфобия).

5. Конфликты, связанные с материально-бытовыми трудностями, и др. Около половины самоубийств граждан происходит в различных степенях алкогольного опьянения, что в большинстве случаев имеет преднамеренный характер для облегчения реализации суицидальных намерений. Наиболее суицидоопасным возрастом является период от 31 года до 40 лет (40,7 %). Кроме того, отмечается всплеск суицидального поведения среди лиц в возрасте старше 45 лет (31,1 %), а также несовершеннолетних (13 %). Интересен тот факт, что граждане, имеющие среднее или высшее образование и прошедшие адаптационный период во время учебы, совершают суицидальные акты в девять раз реже, чем лица без специального образования. Граждане, покончившие жизнь самоубийством, как правило, имели среднее (54,3 %) или среднее специальное (23,5 %) образование. В своем большинстве они не имели взысканий и замечаний по работе, характеризовались положительно (70 %).

Суицидальные действия совершались в выходные дни (42 %), по месту жительства (65 %), с 18 до 24 часов. В 21,6 % случаев самоубийства происходили в рабочее время, в рабочих помещениях, чаще с нуля часов до шести часов утра. Большинство суицидентов были женаты (73,8 %) и имели детей (80 %).

Структура самоубийств по способу их совершения неоднородна. Так, в 1999 г. были зафиксированы следующие способы: самоповешение – в 55,4 % случаях; огнестрельное ранение – 36 %; прочие (прыжки с высоты, самопорезы, отравления, сожжения и т. д.) – 8,6 %.

Практика психологической работы, информационно-статистические данные и результаты расследования уголовных дел по фактам самоубийств в 2001–2009 гг. показывают, что кроме перечисленных причин возникновения, развития и реализации суицидальных намерений, ауто-деструктивного поведения при проведении профилактической работы необходимо особое внимание обращать на наличие следующих факторов: психологические кризисные состояния; посттравматические стрессовые расстройства; психотравмирующие события, вызвавшие психическую дезадаптацию; деструктивное поведение; неблагоприятная наследственность; психичес-

кие отклонения и заболевания; личностные особенности.

В отечественной суицидологии психологический кризис рассматривается в качестве одного из основных проявлений социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого конфликта в различных жизненных ситуациях. Он возникает при невозможности преодоления сложных жизненных препятствий и проблем, в процессе формирования неадекватной (негативной) оценки событий на основе предыдущего жизненного опыта и индивидуально-личностных особенностей сотрудников. Кризисные состояния, как правило, характеризуются интенсивными отрицательными эмоциями, беспокойством и тревогой, утратой чувства реальности, дезорганизацией целенаправленного поведения. Для таких состояний характерны: фиксация на психотравмирующей ситуации или значимом событии; переживания по поводу собственной беспомощности и несостоятельности; чувство одиночества; пессимистическая оценка собственной личности, актуальной ситуации и будущего; неверие в свои силы и возможности.

Ситуационные кризисы часто сопровождаются различными поведенческими отклонениями и деструктивными проявлениями.

Во многих случаях острых кризисных состояний помимо психологических изменений наблюдаются определенные соматические нарушения: ухудшение самочувствия, ощущение физической слабости, истощение, возникновение или обострение язвенной болезни желудка, гипертония, болезни сердца и т. д.

Психологи различают два наиболее типичных варианта развития психологических кризисных состояний: первый – постепенное нарастание интенсивности психологического кризиса с повышением эмоционального и нервно-психического напряжения, накоплением отрицательных эмоций и повышением вероятности суицидального поведения; второй – внезапное кризисное состояние, вызванное неожиданным психотравмирующим событием, когда психоэмоциональная напряженность, стадия дезорганизации личности, поведенческие изменения максимально выражены в первые часы и сутки после события.

В обоих вариантах развития кризисного состояния происходит личностная интеллектуальная переработка события, утраты близкого человека или конфликта, осмысление произошедшего с усилением душевных переживаний. Происходит сложная внутриличностная «борьба» между аутодеструктивными (суицидальными) тенденциями и антисуицидальными (жизнеутверждающими) факторами личности.

При внезапном возникновении кризисного состояния выделяются четыре последовательные стадии психологического состояния человека:

- стадия психотравмы, то есть «психического шока» (длится от нескольких часов до 2–3 суток);
- стадия дезорганизации личности (от одних суток до двух недель) является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (принятия случившегося и адаптации к вновь возникшим обстоятельствам), либо происходит фиксация на травме и последующее развитие (хронификация) постстрессовых нарушений;
- стадия «принятия», то есть адаптация к утрате (длится несколько недель);
- стадия восстановления (длится от нескольких недель до нескольких месяцев).

Необходимо отметить, что психологическое кризисное состояние создает возможность и условия для быстрых (положительных или отрицательных) изменений в структуре личности. В случаях оказания гражданам, находящимся в кризисном состоянии, своевременной психологической поддержки и помощи со стороны значимых для него лиц существенно возрастает (до 90 %) возможность перехода из кризисного состояния в благоприятное русло, положительно перестраивается отношение личности к психотравме, возникает перевес жизнеутверждающих факторов, оптимизма [1, с. 15].

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) связаны с экстремальными условиями деятельности. Они характеризуются сильным травмирующим воздействием на психику. Это воздействие может быть:

- мощным и однократным (применение оружия на поражение, гибель друга, близкого человека и др.);

- интенсивным и многократным, требующим периода адаптации к постоянно действующим источникам стресса.

Наиболее сильными стрессорами являются катастрофа, террористический акт, разрушительное стихийное бедствие или другие события, повлекшие массовую гибель людей. У граждан, переживших подобные ситуации, повышается риск возникновения состояний психической дезадаптации и психических нарушений. Экстраполяция этих данных на американскую популяцию в целом показывает, что в США приблизительно у 1,07 млн подростков диагностируется текущее ПТСР. Что касается взрослого населения, то 76 % граждан США хотя бы один раз пережили воздействие экстремального стресса различной этиологии. Примерно у 10 % из них обнаружено ПТСР [3, с. 74].

Рассматриваемые нарушения проявляются на психологическом и поведенческом уровнях в виде пониженного настроения, тревожности, чувства вины, ухудшения показателей в работе, в формах деструктивного поведения (агрессивности и аутоагрессивности), суицидальных намерений, недисциплинированности, злоупотреблений спиртными напитками, внутрисемейными и межличностными конфликтами и др.

Общим обязательным критерием для диагностики постстрессовых нарушений является факт переживания человеком события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта (критический инцидент). Важно отметить, что необходимым условием развития ПТСР является факт того, что пережитое событие сопровождалось интенсивными эмоциями страха, ужаса или ощущением беспомощности индивида перед лицом драматических обстоятельств, что и составляет основу этиологии и развития постстрессовых нарушений.

Изучение возможности возникновения ПТСР у людей в зависимости от степени психической травматизации позволило выделить несколько групп риска развития данного психического заболевания [2, с. 10]:

Группа 1 (группа наибольшего риска). Высока вероятность ПТСР клинического уровня, проявляющегося в виде навязчивых болезненных переживаний и чувств, связанных с

полученной психической травмой, расстройством сна, замкнутостью или конфликтностью и др. Выявленное расстройство способно вызвать склонность к агрессивному или аутоагрессивному поведению, существенно нарушить выполнение должностных обязанностей.

Группа 2 (группа умеренного риска). Наличие ПТСР в виде умеренно выраженных или кратковременных болезненных проявлений доклинического уровня или отдельных групп симптомов, например: вторжение (повторные навязчивые переживания травмирующего события), гиперактивация (повышенная нервная возбудимость), избегание любых напоминаний о травмирующем событии. Группа характеризуется эмоциональной нестабильностью, возможны затруднения в выполнении профессиональных обязанностей. Не исключена возможность развития ПТСР клинического уровня.

Группа 3 (промежуточная). Состояние сотрудников в целом нормальное, возможны отдельные незначительные следы психической травматизации событиями профессиональной или личной жизни. В случаях последующего накопления психотравмирующего опыта из-за пролонгированности события либо неадекватной оценки происходящих событий в силу личностных особенностей у граждан данной группы повышается возможность отнесения их к названной группе.

Группа 4 (благополучная). Состояние обследованных благополучное, хотя они имеют незначительный опыт столкновения с экстремальными ситуациями и могут обладать высокой нервно-психической устойчивостью. Практика кадровой и медико-психологической работы с гражданами, имеющими опыт работы в экстремальных ситуациях, таких как выполнение служебных обязанностей в зонах вооруженных конфликтов, проведение антитеррористических операций, применение оружия на поражение, показывает целесообразность выделения руководителями и практическими психологами (по результатам целевого медико-психологического обследования): а) граждан, отнесенных к группам 2–3 (группа для медико-психологического сопровождения); б) сотрудников, отнесенных к группе 1 (группа риска возникновения ПТСР).

Во всех случаях для предупреждения отрицательных последствий психической

травмы, в том числе деструктивного, суицидального поведения, необходимо своевременное квалифицированное вмешательство психологов для проведения психологической коррекции, активных реабилитационных мероприятий на возможно более ранних стадиях формирования посттравматического стрессового синдрома, а также проведения периодического медико-психологического обследования с целью определения динамики психофизиологического состояния сотрудников, риска деструктивного и суицидального поведения.

Анализ фактов самоубийств показывает, что в 80 % случаев суицидального поведения его возникновению и развитию предшествовало конкретное психотравмирующее событие (иногда пролонгированное по времени) или их череда. Особенностью психотравмирующего события является то, что оно может быть незначительным для окружающих и весьма значимым для конкретного человека, а также такое событие может не выходить за пределы обычного человеческого опыта.

К наиболее часто встречающимся психогенным факторам относятся: семейные конфликты; развод; одиночество; ревность (измена супруга); неудачная любовь; сексуальные конфликты; изменение семейного положения; смена места жительства; конфликты с соседями; оскорбления со стороны окружающих; собственный неблагоприятный поступок; собственная болезнь или увечье; болезнь или смерть близких; угроза здоровью или жизни, не связанная с соматическим заболеванием; материально-бытовая неустроенность; материальный ущерб; страх наказания, позора, утраты уважения; напряженный характер служебной деятельности; неудовлетворенность работой; изменение служебного положения; вынужденная смена работы; конфликты в коллективе.

Деструктивное поведение – это проявление личностью конкретных деструктивных поведенческих актов. Оно может быть следствием кризисных и пограничных состояний, психотравмирующих событий, посттравматических стрессовых расстройств, профессиональной деформации, психических заболеваний, личностных особенностей, акцентуаций характера. Существуют два основных вида деструктивного поведения: 1) аллодеструкция,

то есть потребность в разрушении и агрессивность, направленные на внешний мир: на людей, объекты и предметы (преступность, правонарушения, уголовные преступления, повышенная агрессивность и конфликтность, ненависть); 2) аутодеструкция (аутоагрессивность), то есть потребность в саморазрушении: суицидальные попытки, самоубийства, умышленное причинение вреда своему здоровью, включая употребление наркотических средств и спиртных напитков.

Суицидальное поведение – это последнее звено в процессе социальной и личностной дезадаптации. Оно проявляется в двух основных формах: внутренних и внешних.

Внутренние формы суицидального (аутоагрессивного) поведения: переживания, пассивные мысли и суицидальные замыслы, суицидальные намерения. Непосредственно после осознания неразрешимости какого-либо конфликта или психотравмирующего события у человека возникают душевные переживания, включающие в себя размышления и представления об отсутствии ценности жизни. Они выражаются в формулировках типа «не живешь, а существуешь», «нет в жизни счастья» и т. д., особенностью которых является отсутствие четких представлений о собственной смерти, а имеется пессимистическое отрицание ценности жизни. Это своеобразный «нулевой» цикл в развитии процесса принятия решения о самоубийстве и совершении аутодеструктивных действий.

Первая ступень – пассивные мысли о лишении себя жизни, самоубийстве. Она характеризуется представлениями, фантазиями и размышлениями о своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания типа «чем так жить, лучше умереть», «хочется уснуть и не проснуться» и т. д. По данным изучения материалов уголовных дел, аналогичные высказывания были выявлены в 75 % случаев завершенных суицидов. При этом значение таких высказываний коллегами или близкими недооценивалось или воспринималось в демонстративно-шантажном аспекте.

Вторая ступень – суицидальные замыслы. Это активная форма проявления желания покончить с собой. Она сопровождается разработкой плана реализации аутодеструктив-

ных замыслов: продумываются способы, время и место совершения самоубийства.

Третья ступень – суицидальные намерения. Происходит присоединение к замыслу о суициде уже сформированного решения (установки) и волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм аутодеструктивных поведенческих актов.

Период от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток их осуществления называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид).

При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу без предшествующих ступеней.

Внешние формы суицидального (аутодеструктивного) поведения: депрессивные состояния; злоупотребление алкоголем, алкоголизм, наркомания; умышленное причинение вреда своему здоровью; суицидальные высказывания и неадекватное поведение; попытки самоубийств; суициды.

Анализ фактов самоубийств свидетельствует о том, что в пресуицидальном периоде были характерны ранее несвойственные проявления: злоупотребление алкоголем; выраженный пессимизм; глубокие душевные переживания и пессимистические высказывания; обостренное чувство обиды или неудовлетворенности; обособленность, замкнутость, растерянность и неверие в свои силы; явные или скрытые депрессивные состояния. Причем необходимо знать, что характерными отличиями депрессии от обычной печали являются: ощущение человеком своей полной беспомощности; представления о бессмысленности жизни; занижение самооценки, а также признаки сужения сознания и фиксации на психотравмирующем событии.

Антисуицидальные факторы личности, которые необходимо знать руководителям и практическим психологам: сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологических особенностей человека, а также динамика душевных переживаний, препятствующих осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся: эмоциональная

привязанность к родным и близким; родительские обязанности; выраженное чувство долга, обязательность; поддержание хорошей физической формы, забота о собственном здоровье, инстинкт самосохранения; учет общественного мнения и избежание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения; убеждения о неиспользованных жизненных возможностях; наличие разнообразных жизненных, творческих, деловых, семейных, служебных и других планов, замыслов; наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении; положительные жизненные установки, сформированные воспитанием и жизненным опытом, личностными характеристиками (оптимизм, доброта, человечность, порядочность, стремление достичь определенных целей в жизни, службе, учебе и т. д.); психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы саморегуляции и снятия психической напряженности.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, тем сильнее его «психологи-

ческая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер. Поэтому создание здорового морально-психологического климата в коллективах, пропаганда жизнеутверждающих факторов, духовных и нравственных канонов являются одними из важнейших направлений в работе руководителей компаний, трудовых коллективов и практических психологов по профилактике суицидального поведения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бовин, Б. Г. Основные виды деятельности и психологическая пригодность к службе в системе органов внутренних дел : справ. пособие / Б. Г. Бовин, Н. И. Мягких. – М. : Искусство, 2007. – 130 с.
2. Войцех, В. Ф. Профилактика самоубийств сотрудников органов внутренних дел : метод. рекомендации / В. Ф. Войцех, И. О. Котенева. – М. : Юрид. мысль, 1999. – 60 с.
3. Лазебная, Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
4. Dublin, L. Suicide / L. Dublin // Sociological et Statistical Studu. – N. Y., 1963.

## SUICIDAL BEHAVIOR AND ITS SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASSAY

*A.V. Sukhinin, O.A. Yakovleva*

One of the most tragic types of deviant behavior is suicide. The practice shows, that in most cases, suicide is motivated by infelt conflicts. In article the most typical argumentative situations, which are reasons of suicidal behavior, are considered and psychological critical personality's condition underlying in a conflict situation is analyzed.

**Key words:** *suicide, self-murder, conflict, situation, crisis, psychological condition, psychological trauma.*