

## **Нарушения инстинкта самосохранения. Психология суицида.**

Нарушения инстинкта самосохранения проявляется его повышением, понижением и извращением.

*Повышение инстинкта самосохранения* проявляется боязнью всего нового, страхом перед незнакомыми людьми и объектами, приверженностью к привычному и неизменному порядку. Страх, связанный с повышенным инстинктом самосохранения, может быть немотивированным, иметь высокую интенсивность и витальный оттенок, сопровождаться психомоторным возбуждением либо заторможенностью.

У детей повышение инстинкта самосохранения наиболее ярко проявляется при невропатии и раннем детском аутизме. Кроме того, встречается у шизоидных, астеноневротических, психастенических и конформных личностей, при шизофрении и атонической форме олигофрении.

Снижение и извращение инстинкта самосохранения выражается агрессивностью.

*При снижении инстинкта самосохранения* наблюдается гетероагрессивность – враждебные действия, направленные против окружающих лиц и объектов. Извращение инстинкта самосохранения проявляется аутоагрессивностью – агрессией, направленной на самого себя (нанесение себе увечий, травм, какого-либо ущерба). Аутоагрессивность может сочетаться с мазохизмом.

У детей до 3 лет проявления выражаются немотивированным, стойким упрямством.

У детей 3-7 лет повышенная агрессивность проявляется аффективными вспышками с конфликтностью, упрямством, прямой агрессией (могут ударить, укусить, плюнуть), в том числе к матери и близким. Агрессивность может сопровождаться отказами от еды.

В школьном возрасте дети с агрессивностью испытывают радость при неудачах или страданиях окружающих, недоброжелательно и недоверчиво относятся к окружающим. Такие дети драчливы, жестоки, издеваются над младшими, придираются к высказываниям и действиям родителей. В случае агрессивно-садистического поведения постоянная и жестокая агрессивность сочетается с садистским извращением полового влечения.

У подростков агрессивность проявляется делинквентным поведением:

- нарушением школьной дисциплины;
- непослушанием;
- хулиганскими поступками;
- стремлением противоречить родителям и учителям и т.п.

**Снижение инстинкта самосохранения** с явлениями гетероагрессивности встречается *при психопатиях*, патологических развитиях личности, психопатоподобных состояниях.

При шизофрении оно характеризуется вычурностью агрессии, садистическими элементами, при эпилепсии – импульсивностью, возникновением на фоне дисфорий или сумеречного помрачения сознания.

Аутоагрессия проявляется патологическими привычками, имеющими характер символических аутоагрессивных действий. Наблюдается трихотилломания – выдергивание волос, онихофагия – обкусывание ногтей, аутомутиляция – обкусывание губ, пальцев. Патологические привычки наблюдаются при психопатиях, неврозах, шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Более тяжелыми проявлениями аутоагрессивности являются аутодеструктивные действия (стремление к членовредительству, нанесению себе повреждений) и суициды или самоубийства (от лат. *suus* – себя, *caedo* – убивать).

Влечение к нанесению себе повреждений может быть импульсивным или развиваться в связи с бредовыми, галлюцинаторными переживаниями, состояниями помраченного сознания.

Различают истинные, часто завершенные (приведшие к гибели) и демонстративные, в абсолютном большинстве незавершенные суициды.

Число незавершенных суицидов превосходит число завершенных в 5-10 раз, и в нашей стране, по разным данным, составляет от 300 до 800 на 100000.

На сегодняшний день суициды во многих странах входят в десятку основных причин смерти. Число суицидов варьирует в зависимости от возраста, пола, сезонности, степени социальной изоляции.

Наибольший риск имеют возрастные группы пожилого населения, что объясняется влиянием соматических заболеваний, потерей социальной роли, одиночеством и периодическими депрессиями.

Увеличилось число суицидов для лиц от 15 до 24 лет. Среди возможных причин указывают на распространение психических заболеваний, наркозависимости.

Мужчины заканчивают около 80% всех суицидов, однако женщины делают попытки суицида в 3 раза чаще мужчин.

Суициды совершаются, как правило, в весенние месяцы.

**Суицид – это всегда борьба мотивов:** с одной стороны, причины, способствующие суициду, с другой – антисуицидальный барьер (совокупность причин, препятствующих суициду – страх смерти, страх физической боли, беспокойство за родных и близких, нравственные установки и др.).

Исследуются фантазии суицидантов, включающие жажду мщения, могущества, контроля, наказания; жажду искупления и жертвы; желание убежать или заснуть; возродиться с помощью смерти в новой жизни.

***Первое место среди суицидов занимают психические расстройства*** (девять из десяти самоубийств). С наибольшей частотой они наблюдаются при депрессивных расстройствах. Патологические мотивы, прежде всего, связаны с тревожно-тоскливых переживаний и депрессивными идеями самоуничтожения и самообвинения. Шизофрения диагностируется у 3-10% самоубийц. Патологическая мотивация связана с бредовым расстройством, императивными галлюцинациями. При кататонии суицидные попытки носят импульсивный характер, не мотивированны и совершаются случайным способом.

***Второе место*** – завершенных суицидов, занимают различные формы ***наркозависимости***, чаще всего, ***хронический алкоголизм***.

Высокий риск суицида имеется у больных СПИДом.

Тяжелые суицидные попытки при эпилепсии наблюдаются при эпилептиформном возбуждении.

Относительно редко наблюдается суицид при невротических расстройствах. Исключение составляют истерические реакции, для которых характерны демонстративные суициды с целью привлечь внимание к своей личности. Суицидные намерения реализуются часто в форме порезов вен на предплечьях, отравления лекарством. На демонстративный характер указывают «прощальные записки, тайные признания родным или друзьям» с определенным расчетом, что последние остановят их в последний момент. Тем не менее, не следует недооценивать степень тяжести состояния. При выраженном аффективном напряжении и развитии аффективного сужения сознания суицид может принять завершённый характер.

Среди основных моментов, на которые следует обращать внимание, с людьми, совершившими суицидную попытку, необходимо выделить следующее.

1. Наибольшую опасность представляет первая неделя после совершенного суицидальных намерений.
2. Наибольший риск повторного суицида имеют лица, страдающие психическими заболеваниями, психопатическими чертами характера, аддиктивным поведением, а также попытками суицида в анамнезе.
3. При непсихотических формах наименьший риск повторного суицида в постсуицидальном периоде имеют лица с реакцией эгоцентрического переключения, наибольший – с реакцией отрицательного баланса.

***Выделяют 4 типа непсихотических суицидных реакций.***

- Реакция эгоцентрического переключения – острая аффективная реакция на конфликт с внезапным проявлением и непреодолимым характером суицидных намерений.
- Реакция психалгии – избавление от нарастающей тяжести аффективных переживаний.
- Реакция негативных интерперсональных отношений характеризуется мучительной сосредоточенностью, нередко достаточно длительной (от нескольких месяцев до года) на представлениях и суждениях, связанных с резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц. Иногда суицидная попытка может носить манипулятивный характер, зависеть от реакции окружающих на происшедшее.
- Реакция отрицательного баланса – рациональное подведение итогов жизни с высоким уровнем критичности, рассмотрением всех аспектов ситуации. Следует учитывать возможность наличия компонента этого реагирования в структуре указанных выше типов, что существенно отягощает прогноз в постсуицидальном периоде.

***Считается, что среди детей самоубийство – достаточно редкое явление.*** Используя угрозу самоубийства, дети редко прибегают к ней. Тем не менее, имеется отчетливая тенденция к росту суицидов у младших подростков. В этой группе самоубийство чаще совершают мальчики, которые нередко прибегают к жестоким методам, например, самоповешенью. Девочки используют, как правило, чрезмерные дозы лекарственных веществ. Одним из факторов, приводящих к самоубийству в этой группе, является асоциальное и суицидальное поведение и депрессивные расстройства у родственников. Отмечают также значение таких черт, как импульсивность, склонность к насилию и нетерпимость критики. Среди старших подростков тенденция к росту самоубийств связана с распространением алкоголя и наркотиков в подростковой среде, увеличением числа распавшихся семей. В последнем случае суицидное поведение служит своего рода посланием (псевдосуицид), попыткой привлечь к себе любовь и внимание, спровоцировать наказание или проявить свой гнев. Отмечено, что в 2/3 семей выявились инфантильно-зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как у самих матерей наблюдались депрессивные расстройства и суицидные попытки.

***Необходимо обсудить разные варианты суицидального поведения и особенно те случаи, которые не попадают в круг явлений, описанных данным определением.***

Это могут быть такие примеры:

- Эвтаназия – медицинское убийство, которое происходит по желанию больного при неизлечимых заболеваниях, с целью избежать мучений, связанных с заболеванием. В нашей стране это запрещено.
- Отказ от приема медикаментов, необходимых для поддержания жизни.
- Голодовка.
- Дуэль.
- Жертвенное самоубийство в условиях войны.
- «Русская рулетка».
- Виды деятельности с высоким риском для жизни (профессии, рискованная езда на автомобиле, мотоцикле, опасные виды спорта).
- Ненамеренное совершение действий, которые могут быть потенциально опасны (случайное оставление электроприборов в ванне, переход дороги не по правилам в опасном месте).
- Отказ от реанимации.

**В общем виде причины самоубийств могут выглядеть так:**

**1. Причины детских самоубийств** могут быть самые разные. Часто взрослым такие поступки детей кажутся немотивированными, однако следует обратить внимание на такие ситуации:

- на ребенка навалилось множество мелких проблем; при этом взрослые не могут или не хотят протянуть руку помощи. В смерти ребенок ищет возможность найти временное (ведь ребенок еще не понимает, что такое смерть) убежище;
- ребенок хочет отомстить кому-либо, привлечь на себя внимание или напугать родителей («Я умру, и вы узнаете, как были не правы»). Часто в этом случае дети говорят о своем намерении взрослым. Нельзя игнорировать такие угрозы;
- ребенок боится наказания («Получил двойку, разбил чашку»);
- недавно самоубийство совершил известный человек и/или самоубийство широко освещалось средствами массовой информации. Подростки часто совершают самоубийства, подражая кумиру.

**2. Причины взрослых самоубийств** (охватывают 99 % случаев):

- Денежные долги.
- Потеря высокого занимаемого поста.
- Профессиональная несостоятельность.
- Безработица.
- Раскаяние за совершенное убийство или предательство.
- Угроза тюремного заключения или смертной казни.
- Тюремное заключение.
- Угроза физической расправы.
- Получение тяжелой инвалидности.

- Неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти.
- Психическое расстройство.
- Шантаж.
- Сексуальная неудача.
- Измена мужа/жены. Бросил жених/невеста.
- Ревность.
- Потеря невинности.
- Нежелательная беременность.
- Венерические болезни.
- Изнасилование.
- Систематические избиения.
- Публичное унижение.
- Коллективная травля.
- Проигранная война, неудачный мятеж.
- Политическая несостоятельность.
- Жертвенность в условиях войны.
- Состояние аффекта.
- Смерть детей, близкого человека.
- Одиночество. Тоска. Усталость. Безысходность.
- Религиозные мотивы.
- Подражание кумиру.

### ***Неотложная (первая) помощь при суициде (суицидальной попытке)***

Если соматическое состояние суицидента не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрическую больницу. При наличии угрозы жизни суициденты поступают в отделения реанимации или профильные отделения, в зависимости от вида суицида: при отравлениях — в отделение токсикологии, при ранениях — в отделение хирургии и т. д.

Вне зависимости от вида суицидальной попытки, оказание неотложной помощи осуществляется в следующем порядке:

1. Убедиться в наличии дыхания, пульса на сонных артериях; если они отсутствуют, начать реанимационные мероприятия, как при остановке сердца.
2. Устранить признаки острой дыхательной недостаточности и острой сердечной недостаточности, при их наличии.
3. При наличии судорог купировать судорожный синдром.
4. В случае травмы, если есть наружное кровотечение, остановить его.
5. Перед транспортировкой пострадавшего в больницу нужно исключить наличие у него переломов, особенно черепа и позвоночника и производить эвакуацию крайне осторожно.
6. В зависимости от вида суицида после устранения угрозы для жизни проводится специфическая и симптоматическая терапия. При восстановлении сознания больной обязательно консультируется психиатром

для установления психиатрического диагноза, согласования тактики медикаментозной терапии и решения вопроса о месте дальнейшего лечения.

***Телефоны организаций, которые оказывают помощь при суициде***

- Кризисная линия доверия (круглосуточно) 8 (800) 100-49-94
- «Горячая линия» Центра экстренной психологической помощи МЧС России (Москва) 8 (495) 626-37-07
- Государственная скорая психиатрическая помощь (Москва) 8 (495) 620-42-30
- Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Москва), приемное отделение 8 (495) 952-91-61
- Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина (Москва), справочная 8 (495) 963-11-02
- Центральная клиническая психиатрическая больница (Москва), приемный покой 8 (495) 614-19-11