



Материал предоставлен в рамках обучения на курсе повышения квалификации
«Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов»
Дмитрий Иванович Шустов д.м.н., TSTA-P

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

«СОГЛАСОВАНО»

Заместитель начальника Главного
управления научных учреждений
Н. Н. Самко
30 января 1991 г.

«Утверждаю»

Заместитель министра
В. И. Стародубов
30 января 1991 г.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Методические рекомендации
(с правом переиздания местными органами
здравоохранения)

Москва — 1991 г.

Методические рекомендации составлены руководителем Всесоюзного научно-методического суицидологического центра, заслуженным деятелем науки РСФСР, доктором медицинских наук, профессором Амбрумовой А. Г. и старшим научным сотрудником центра, кандидатом философских наук Постоваловой Л. И.

Методические рекомендации посвящены актуальной проблеме выявления роли социально-психологических факторов в генезе суицидального поведения. Впервые проанализированы данные официальной статистики самоубийств, которая была закрыта для печати в течение шестидесятилетнего периода. В числе факторов, влияние которых на рост уровня самоубийств в различных регионах страны демонстрируется путем сравнения суицидальных показателей в союзных республиках, краях и областях, указываются нарушение жизненных стереотипов у мигрирующих групп населения, ослабление традиционных институтов семьи, брака, церкви и т. д. Показаны основные направления и конкретные шаги, которые должны быть предприняты при организации суицидологических исследований на местах, а также при развертывании суицидальной профилактики.

Данные методические рекомендации могут быть использованы при организации профилактической работы в области суицидологии и при внедрении суицидологических служб по образцу Московской суицидологической службы в различных городах страны.

Высокий уровень самоубийств в большинстве экономически развитых стран мира ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств для его предупреждения. Рассмотрение суицидального поведения лишь в рамках клинико-психологических исследований неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Суицид это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими и патопсихическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития страны и отдельных ее регионов. Объективные условия существования конкретных людей и целых социальных групп вне всякого сомнения влияют на частоту самоубийств, однако это влияние осуществляется не прямо, а опосредованно — через действие социально-психологических факторов. Поэтому причины возникновения суицидального поведения должны анализироваться в связи с общим состоянием современной культуры и в контексте господствующих в нашем обществе этических норм, мировоззренческих представлений о сущности жизни и смерти, с учетом особенностей массовой психологии.

Важнейшей научно-практической задачей для суицидологов является установление суицидоопасных контингентов населения в тех географических зонах, где рост самоубийств в последнее десятилетие наиболее интенсивен и численность их значительно превышает средние показатели по стране. Результаты подобных исследований необходимы для планирования объема и характера суицидологической помощи населению.

В СССР статистика самоубийств стала публиковаться в открытой печати лишь в самое последнее время спустя шесть десятилетий после первых публикаций Отдела моральной статистики при Центральном Статистическом Управлении в середине 20- годов. Появилась реальная возможность для углубления и расширения исследований, проводимых Всесоюзным научно-методическим суицидоло-

гическим центром, и, главное для привлечения к этой работе значительного числа суицидологов, работающих в различных регионах страны. Официальная статистика дает минимальную информацию о самоубийствах: она ограничена всего четырьмя параметрами (пол, возраст, сельские или городские жители, место жительства по административно-территориальному признаку). Нет сведений о социальном и профессиональном статусе самоубийц, брачно-семейном положении, этнической принадлежности. Неизвестно, сколько среди них военнослужащих, лиц, отбывающих тюремное заключение, бомжей и т. д. Остаются невыясненными мотивы самоубийств, материальное состояние и здоровье тех, кто лишает себя жизни. Что касается такой разновидности суицидального поведения, как покушение на самоубийство, то здесь ситуация столь же неопределенна. Сведения о суицидальных попытках не регистрируются Госкомстатом СССР, однако, по данным Суицидологического центра, число их в г. Москве, например, в 1989 г. более чем в 7 раз превышало количество завершённых самоубийств (на 1468 самоубийств было свыше 11 тысяч вызовов неотложной помощи и связи с суицидальными попытками). Соотношение между самоубийствами и покушениями на свою жизнь в различных категориях населения и в различных городах неодинаково и также требует тщательного изучения. Важнейшей проблемой, поэтому является объединение усилий и координация научно-практической деятельности во всех регионах страны для получения достоверной информации и разработки путей и средств суицидальной профилактики, принимая во внимание социально-демографическую и культурно-этническую специфику каждого региона. Осознание подлинных размеров численности самоубийств в союзных и автономных республиках, краях и областях страны, несомненно, должно активизировать деятельность местных органов здравоохранения для развертывания профилактической работы и внедрения служб профилактики самоубийств. Подобная деятельность уже в течение нескольких лет проводится не только в Москве, но и в Ленинграде, Риге, Таллине, Вильнюсе, Киеве, Казани, Днепропетровске, Минске, Свердловске и ряде других городов. Однако во многих регионах, где проблема самоубийств стоит достаточно остро, до сих пор не создана база для научной и практической деятельности суицидологов, без чего не может целенаправленно осуществляться комплексная антисуицидальная борьба.

Многоплановые и детальные обследования суицидоопасных контингентов, проводимые в течение двадцати лет Суицидологическим центром, позволили составить определенное концептуальное представление о суицидальном феномене. Оно базируется на осмыслении суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности, возникающей под влиянием раз-

личного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе в результате нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его социальным окружением (Амбрумова 1974, 1978, 1981). Анализ статистических данных показывает, что уровень самоубийств в популяции зависит от интенсивности некоторых социальных процессов, приводящих к дезадаптации целые категории населения. Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой самоубийств и такими переменными как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований. Кроме того, рост самоубийств в значительной степени обусловлен ослаблением роли традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми. С другой стороны, устойчивость институтов церкви, семьи, брака, сохранение традиционного уклада жизни являются мощными антисуицидальными факторами, так как они препятствуют разобщенности между людьми и ограничивают безмерный рост потребностей и личностных притязаний, свойственный экономически развитым обществам.

Сведения официальной статистики самоубийств, которыми располагает Госкомстат, несмотря на то, что они, как указывалось выше, ограничены всего лишь четырьмя параметрами, позволяют пронаблюдать наличие функциональной зависимости между уровнем самоубийств и интенсивностью социально-экономических процессов в нашей стране. Сопоставление суицидальных показателей по союзным республикам показывает, что различные темпы экономического развития, степень сохранности традиционных форм жизнедеятельности влияют на масштабы суицидальной активности населения. Прибалтийские республики и РСФСР являются наиболее индустриально развитыми среди остальных, именно они и обнаруживают максимум частоты самоубийств. По данным за 1988 г. на 100 тысяч жителей было совершено самоубийств: в Литве — 26; Эстонии — 24; РСФСР — 24; Латвии — 23. Наименьшие суицидальные показатели регистрируются в республиках Закавказья (от 2 до 4-х) и Средней Азии (кроме Киргизии) — от 4-х до 8-и. Киргизия, как наиболее развитая в экономическом отношении из остальных среднеазиатских республик, имеет и самый высокий из них уровень самоубийств — 11 (на 100 тыс. населения). Сравнительно невысокая частота самоубийств в закавказских и большинстве среднеазиатских республик связана прежде всего с тем, что там сохранились достаточно устойчивые национальные и религиозные традиции, преобладает сельское население, имеющее прочные родственные связи, при многодетности в семьях воспитывается

уважение к пожилым и старым людям, что в совокупности оказывает сдерживающее влияние на формирование суицидальных тенденций у лиц, переживающих тяжелые жизненные ситуации.

Влияние объективных процессов социально-экономического развития на уровень самоубийств в той или иной стране достаточно широко известный факт по данным многочисленных зарубежных и отечественных исследований. Однако степень этого влияния в различных странах проявляется по-разному. Во Франции, например, период интенсивного промышленного развития в конце прошлого века привел к росту самоубийств — там регистрировалось чуть более 20 самоубийств (на 100 тыс. населения), в конце нашего века — в середине 80-х годов — отмечаются практически те же самые показатели. Что же касается России, то в ней показатели самоубийств за 70 лет, прошедших после революции, выросли более чем в 7 раз (с 3,6 в 1910 г. до 24 в 1988 г. — на 100 тыс. населения).

При средних показателях самоубийств в РСФСР в 1986 г. — (23 на 100 тыс. населения) наблюдается значительно более сложная картина, если учесть многообразие входящих в нее автономных республик, краев и областей. Регионы России различаются между собой по плотности населения, уровню индустриализации и урбанизации, интенсивности протекающих в них демографических процессов (в частности по рождаемости и смертности, числу браков и разводов, заболеваемости населения). Население одних регионов относительно стабильно, другие характеризуются оттоком населения или, напротив, массовым притоком мигрантов, в том числе жителей сельской местности, что вызывает изменение привычного образа жизни и, соответственно, напряженность адапционных процессов. Все это потенциально создает почву для возникновения социально-психологической дезадаптации у определенных категорий населения и опосредованно влияет на различие суицидальных показателей в разных регионах.

Ситуацию во многих регионах России по уровню самоубийств можно назвать чрезвычайно тревожной, о чем свидетельствует сравнение с данными мировой статистики. В середине 80-х годов наиболее высокие суицидальные показатели отмечались в Венгрии — 44, Дании — 28, Австрии — 28, Финляндии — 25 (в пересчете на 100 тыс. населения). Что же касается РСФСР, то здесь в 3-х автономных республиках и 9 областях показатели самоубийств превышают 30 человек (на 100 тыс. жителей), уступая лишь Венгрии. Достаточно остро стоит проблема и на остальной части России. В целом же из 52,8 тысяч человек, лишивших себя жизни в 1986 г., 33,3 тысячи приходится на долю РСФСР. Национальное многообразие, характерное для России, ставит вопрос об этнических различиях в уровне самоубийств, в частности о ситуации у

так называемых малых народностей. Без предварительных целенаправленных исследований трудно судить о том, почему в одних автономных республиках чрезвычайно высокие показатели, а в соседних значительно ниже: например, в Марийской АССР в 1986 г. уровень самоубийств достиг 40,7 (на 100 тыс. населения), а рядом в Мордовской частота была уже гораздо ниже — 16,9.

Сравнение с дореволюционной Россией показывает, что изменилось на противоположное географическое распределение частоты самоубийств. Если раньше максимум самоубийств приходился на центральные районы страны — в первую очередь на крупные промышленные города Москву, Петербург, Харьков — при минимуме самоубийств на окраинах империи, то сейчас положение совершенно иное. По данным за 1986 г. в Уральском регионе в среднем зафиксировано 30 самоубийств (на 100 тыс. жителей), в Восточно-Сибирском — 28, Северном — 27, Дальневосточном — 27, в Центральном — уже только 20, Центрально-Черноземном — 17 и в Северо-Кавказском — 15. Беспрецедентный рост уровня самоубийств в отдаленных от центра районах можно объяснить только с учетом специфических исторических условий, в которых совершалось экономическое освоение этих районов. В течение многих десятилетий ощущалось суицидогенное воздействие таких факторов как, например, насильственная миграция населения: многомиллионное переселение крестьян в период коллективизации и малых народов во время Отечественной войны, а с 60-х годов перемещение из больших городов в отдаленные районы так называемых «тунеядцев» (как правило, больных алкоголизмом) и лиц с уголовным прошлым. Организация на огромных территориях страны «исправительно-трудовых» лагерей, а вокруг них многокилометровой прилагерной зоны с соответствующим контингентом и нравами явилась питательной средой для деклассирования, а, следовательно, полнейшей дезадаптации больших масс людей. Негативные последствия и бесчисленные страдания испытали не только жертвы социально-демографических и политических экспериментов, но и коренные жители окраин России: социальной деструкции, нарушению традиционного уклада жизни способствовали вытеснение местного населения с их исконных земель, ограничение в занятиях традиционными промыслами (охотой, рыболовством, оленеводством и проч.), распространение алкоголизации и усвоение молодежью моделей криминального и суицидального поведения.

Чем интенсивнее совершаются происходящие в том или ином обществе перемены — условий жизни, поведенческих стереотипов, образа жизни населения — тем шире почва для действия дезадаптирующих и стрессогенных факторов. Возрастание числа мигрантов связано с утратой семейных и родственных связей, потерей корней в прежней среде обитания, психологически сложным про-

цессом поисков новых эмоциональных и социальных связей и зачастую со снижением чувства защищенности и безопасности. Разрушение традиционных устоев жизни влечет за собой исчезновение веками складывавшихся обычаев, способствующих стабилизации социально-психологических отношений между людьми, снятию психического напряжения и фрустраций, урегулированию семейных конфликтов. Результатом подобной деструктивной тенденции в обществе является обострение проблемы одиночества и отчужденности между людьми.

Фактор алкоголизации населения оказывает существенное воздействие на уровень самоубийств в стране. Это подтверждает анализ статистики за последние десятилетия. С 1965 по 1984 гг. в СССР наблюдался неуклонный рост самоубийств: с 17 до 30 (в пересчете на 100 тыс. населения). В период с 1984 по 1986 гг. смертность от самоубийств снизилась более чем на одну треть (в абсолютных цифрах с 81 тыс. человек до 53 тыс.), что, несомненно, произошло под влиянием мер, направленных на ограничение торговли алкогольными напитками. Доказательством может служить прежде всего тот факт, что снижение суицидальных показателей наблюдалось в республиках с максимальным потреблением алкоголя: в Белоруссии уровень самоубийств снизился на 40%, в РСФСР — на 39%, Казахстане — на 37%. Кроме того, в этих республиках столь же значительно сократилась численность несчастных случаев на производстве и дорожно-транспортных происшествий. В закавказских и среднеазиатских республиках, где традиционно высока культура винопития и где пьянство не приобрело характер социальной проблемы, такого снижения суицидальных показателей не произошло. Следует отметить и тот факт, что смертность от самоубийств снизилась в значительной степени за счет возрастных групп от 25 до 59 лет, преимущественно у мужчин, то есть среди лиц, которые и составляют основную часть как среди лиц, злоупотребляющих алкоголем на бытовом уровне, так и среди больных алкоголизмом. У женщин же старших возрастных категорий (70 лет и старше) за это время суицидальные показатели не только не снизились, но даже несколько увеличились. В 1986—1988 гг. относительные показатели самоубийств не превышали 19 случаев на 100 тыс. жителей страны. В 1989 г. показатели увеличились до 21 самоубийства. Ослабление антиалкогольной кампании немедленно отразилось на численности самоубийств, уровень которых стал постепенно вновь увеличиваться: в 1987 г. — 54 тыс. случаев погибших, в 1988 г. — 56 тыс., а в 1989 г. — 60 тыс.

Однако было бы ошибкой трактовать фактор алкоголизации как доминирующий в генезе суицида независимо от специфических условий той или иной страны. Достаточно сравнить уровень потребления спиртных напитков в ряде стран с частотой самоубийств

в них, чтобы убедиться, что страны, лидирующие в потреблении алкоголя на душу населения, занимают отнюдь не первые места в таблице самоубийств. Так, Италия, находящаяся на втором месте (после Франции) по уровню потребления алкогольных напитков на душу населения, имеет сравнительно низкие суицидальные показатели (7 самоубийств на 100 тыс. населения), в то время как Венгрия по потреблению алкоголя стоит на 17-м месте в мире (Лисицин, Копыт 1983), а по уровню самоубийств, напротив, в течение длительного времени занимает первое место (44 самоубийства на 100 тыс. населения). Таким образом, связь между пьянством и самоубийством носит более сложный характер нежели прямая линейная зависимость. И дело здесь не столько в физиологическом влиянии алкоголя на организм человека, сколько в роли социально-психологических воздействий. И злоупотребление алкоголем и суицид опосредованным образом отражают определенное, специфическое для каждой страны состояние культуры, национальных традиций, общественной жизни. В нашей стране и пьянство и самоубийство, достигшие высокого уровня в эпоху застоя, имели общие корни: неустойчивость нравственных идеалов у многих групп населения, равнодушие к жизни страны, как и к своей собственной жизни и здоровью, порождались подавлением социальных инициатив, творческих импульсов, невозможностью реализовать потенциальные способности. Перестройка лишь обнажила, но отнюдь не устранила эти корни. Поэтому принудительное лишение населения доступа к спиртным напиткам могло быть лишь временной мерой борьбы с различными видами аутодеструктивного поведения (включая злоупотребление алкоголем и суицидальные проявления). Медикам известно, что за эти годы резко возросло число тяжелых отравлений суррогатами алкоголя, разного рода токсическими веществами, обладающими наркотическими свойствами.

Принадлежность к сельским или городским жителям оказывается важной переменной, которую нельзя не учитывать при оценке суицидоопасности тех или иных категорий населения. В настоящее время частота самоубийств в сельской местности превышает соответствующие показатели в городе. Причем значительные расхождения между городом и селом наблюдаются по РСФСР: город — 21 самоубийство, село — 28 (на 100 тыс. населения, по данным 1986 г.). Сравнение по отдельным краям, областям и автономным республикам, входящим в состав России, обнаруживает еще более существенную разницу. Так, в Марийской АССР в 1985 г. уровень самоубийств в сельской местности был в два с лишним раза выше, чем в городе, а в 1986 г. эта разница еще более увеличилась (соответственно: 41:89; 22:71) на 100 тыс. населения, то есть на каждое самоубийство в городе приходится два или

ванию социальной незащищенности и изоляции, дезадаптирующих личность.

Пол и возраст оказывают существенное влияние на распределение самоубийств в населении. В СССР в целом мужчины чаще совершают самоубийство, чем женщины. Эта закономерность наблюдается во всех союзных и автономных республиках и областях. Однако в разных возрастных группах различие между уровнем женских и мужских самоубийств неодинаково. На каждую девочку в возрасте от 10 до 14 лет, лишившую себя жизни, приходится четыре мальчика-самоубийцы того же возраста. Мужчины в возрастной группе 25—34 года в 6 раз чаще кончают с собой, чем женщины. Лишь в возрасте после 70 лет соотношение мужских и женских самоубийств становится менее заметным в пользу мужчин (2,6:1). Сравнение частоты мужских и женских самоубийств по возрасту

Сравнение частоты мужских и женских самоубийств обнаруживает существенное расхождение по возрастным группам в некоторых союзных республиках. Так, в 1986 г. в Латвии мужчины в возрасте 20—24 лет лишали себя жизни в 17 раз чаще, чем женщины (показатели на 100 тыс. населения). В том же году мужчины этой же возрастной группы совершали попытку самоубийства в полтора раза реже, чем женщины этого возраста. О чем это свидетельствует? Прежде всего о том, что влияние пола и возраста на уровень самоубийств определяется не биологическими, а социальными и социально-психологическими факторами. Это влияние носит характер не константы, а переменной, то есть меняется в зависимости от условий жизни в том или ином регионе страны. Это лишний раз говорит о необходимости тщательного и подробного изучения на местах всей совокупности факторов, порождающих суицидальное поведение с учетом этнокультурных различий. Для того, чтобы иметь возможность разрабатывать конкретные профилактические программы нейтрализации стрессогенных воздействий в конкретных этнокультурных и социальных условиях. В целом по стране самые высокие показатели самоубийств

В целом по стране самые высокие коэффициенты самоубийств наблюдаются в старших возрастных группах. Эта тенденция характерна не только для СССР, но и для большинства других стран мира. Однако было бы неправильно объяснять ее, только исходя из физиологических и психологических особенностей, свойственных людям в старости. И здесь причины высокого уровня самоубийств у лиц позднего возраста следует искать в том месте, которое они занимают в социальной структуре, в той роли, которая им отводится в том или ином обществе, а также в типичных мировоззренческих и этических представлениях, характерных для определенного поколения. Достаточно сказать, что указанная тенденция не прослеживается в некоторых регионах страны. Например, среди сельских жителей Закавказья и Средней Азии показатели самоубийств в старших возрастных группах минимальны.

11

даже три самоубийства в селе. Достаточно велика разница между уровнем самоубийств в городе и селе и по другим областям и автономным республикам: в Удмуртской АССР, Кировской, Свердловской, Архангельской, Иркутской и других областях.

Еще в начале века картина была совершенно иная: по данным отечественных суицидологов (Коровин, 1911) показатели самоубийств в городах России были гораздо выше, чем в деревнях. Принадлежность к большому семейному клану, сельский образ жизни, традиционность жизненных устоев, православная культура препятствовали формированию суицидальных тенденций у населения. Голод 30-х годов, ликвидация кулачества, уничтожение храмов, аресты и ссылки духовенства, в последние годы ликвидация неперспективных деревень и насильственное переселение жителей в «перспективные» села, другими словами, вся совокупность бездумных и широкомасштабных преобразований, проведенных в деревне имели необратимые последствия для демографической структуры сельского населения и нанесли вред не только в сфере природопользования, но и в области социальной и культурной экологии. В сельской местности повсеместно увеличилось число лиц пожилого и старческого возраста, доля одиноких людей заметно возросла. Село покинули наиболее предприимчивые люди, обосновавшиеся в городе и оставив доживать там за чертой бедности наименее приспособленных по возрасту или по болезни людей. Именно в сельской местности более всего обострилась проблема пьянства и алкоголизма. Ухудшилось снабжение отдаленных сел и деревень продуктами питания, пожилые люди там иногда были не в силах обеспечить свое существование и удовлетворить элементарные потребности в пище, одежде, медицинском обслуживании, поддержании приемлемых бытовых условий жизни. Все эти серьезные изменения в укладе жизни способствовали тому, что уровень самоубийств среди сельских жителей стал выше, чем среди городских.

В тех местностях, где условия жизни сельских жителей не претерпели таких пагубных преобразований, частота самоубийств в сельском населении по-прежнему осталась меньшей, чем в городском. Это относится прежде всего к закавказским и среднеазиатским республикам, где преобладает сельское население и где остались прочными традиционные формы жизни и не изменилась демографическая структура в сторону резкого постарения населения, как например, это наблюдается в РСФСР. В Узбекистане в 1986 г. показатели самоубийств в городе — 12,6 (на 100 тыс. жителей), в селе — 6,1; в Таджикистане соответственно — 10,8 против 2,4; в Туркмении — 12,1 против 1,7; в Армении 1,9 против 1,6; в Азербайджане 4,8 против 1,9. Таким образом, суицидальные показатели отражают социально-психологическую реальность, т. е. условия, способствующие или, напротив, препятствующие формиро-

ванию социальной незащищенности и изоляции, дезадаптирующих личность.

Пол и возраст оказывают существенное влияние на распределение самоубийств в населении. В СССР в целом мужчины чаще совершают самоубийство, чем женщины. Эта закономерность наблюдается во всех союзных и автономных республиках и областях. Однако в разных возрастных группах различие между уровнем женских и мужских самоубийств неодинаково. На каждую девочку в возрасте от 10 до 14 лет, лишившую себя жизни, приходится четыре мальчика-самоубийцы того же возраста. Мужчины в возрастной группе 25—34 года в 6 раз чаще кончают с собой, чем женщины. Лишь в возрасте после 70 лет соотношение мужских и женских самоубийств становится менее заметным в пользу мужчин (2,6:1).

Сравнение частоты мужских и женских самоубийств обнаруживает существенное расхождение по возрастным группам в некоторых союзных республиках. Так, в 1986 г. в Латвии мужчины в возрасте 20—24 лет лишали себя жизни в 17 раз чаще, чем женщины (показатели на 100 тыс. населения). В том же году мужчины этой же возрастной группы совершали попытку самоубийства в полтора раза реже, чем женщины этого возраста. О чем это свидетельствует? Прежде всего о том, что влияние пола и возраста на уровень самоубийств определяется не биологическими, а социальными и социально-психологическими факторами. Это влияние носит характер не константы, а переменной, то есть меняется в зависимости от условий жизни в том или ином регионе страны. Это лишний раз говорит о необходимости тщательного и подробного изучения на местах всей совокупности факторов, порождающих суицидальное поведение с учетом этнокультурных различий. Для того, чтобы иметь возможность разрабатывать конкретные профилактические программы нейтрализации стрессогенных воздействий в конкретных этнокультурных и социальных условиях.

В целом по стране самые высокие коэффициенты самоубийств наблюдаются в старших возрастных группах. Эта тенденция характерна не только для СССР, но и для большинства других стран мира. Однако было бы неправильно объяснять ее, только исходя из физиологических и психологических особенностей, свойственных людям в старости. И здесь причины высокого уровня самоубийств у лиц позднего возраста следует искать в том месте, которое они занимают в социальной структуре, в той роли, которая им отводится в том или ином обществе, а также в типичных мировоззренческих и этических представлениях, характерных для определенного поколения. Достаточно сказать, что указанная тенденция не прослеживается в некоторых регионах страны. Например, среди сельских жителей Закавказья и Средней Азии показатели самоубийств в старших возрастных группах минимальны

(меньше, чем в среднем по этим республикам). В Армении в 1986 г. среди жителей села в возрасте 60 лет и старше не было ни одного случая самоубийства. Не зарегистрированы самоубийства и у сельских жителей, достигших возраста 70 лет и старше.

Статистическое распределение самоубийств по возрастным категориям дает возможность выявить некоторые особенности и тенденции, которые необходимо учитывать при разработке программ суицидальной превенции. Если рассмотреть возрастной состав всех умерших в результате самоубийства в 1987 г., то обнаружится, что подростки и молодые люди до 19 лет составляют 4%, от 20 до 29 лет — 15%. Весьма многочисленную группу составляют лица в возрасте от 30 до 49 лет — 37%, и, наконец, лица после 50 лет — 44%. Процент подростковых самоубийств в генеральной совокупности сравнительно невелик. Однако тревожным является тот факт, что с каждым годом этот процент возрастает. В 1983 г. на долю молодежи приходилось 3,2%, а в 1987 г., как видно, уже 4%.

Растет и удельный вес лиц пожилого возраста в общей массе суицидентов: в 1983 г. на возрастную группу 60 лет и выше приходилось 17% от общего числа самоубийц, а в 1987 г. — уже 24%. Для сравнения заметим, что в США суициды лиц старше 50-летнего возраста держатся приблизительно на одном уровне в течение почти трех десятилетий и составляют 39% всех самоубийств. Это говорит о том, что там ситуация стабильна, а у нас постепенно усиливается влияние стрессогенных факторов на лиц предпенсионного и пенсионного возрастов.

Как зарубежные, так и отечественные исследования, проводимые Суицидологическим центром (Амбрумова, 1989), показывают, что возраст и пол оказываются значимыми характеристиками при распределении не только самоубийств, но и покушений на самоубийство. Причем здесь отчетливо констатируется дифференциация по видам суицидального поведения. Если завершённые суициды совершают по преимуществу лица среднего и пожилого возраста и вероятность лишения себя жизни с возрастом все более увеличивается, то при анализе суицидальных попыток наблюдается обратная картина: покушение на свою жизнь чаще всего совершается молодыми женщинами и подростками (подавляющее большинство приходится на лиц до 29 лет). Такая закономерность обнаруживается в большинстве экономически развитых стран. В США, по данным Г. Гендина (H. Hendin 1984), соотношение суицидальных попыток и самоубийств в целом составляет 10:1, а у молодежи это соотношение достигает 100:1, у лиц же пожилого возраста — всего лишь 1:1. Это означает, что почти все попытки у пожилых людей серьезны, без манипуляций, в то время как суицидальные попытки у молодежи имеют оттенок манипулятивности — без серьезных намерений лишить себя жизни.

Причины, порождающие возникновение суицидального поведения в различных возрастных контингентах населения, многообразны, а суицидальные мотивы, по сути дела, отражают всю гамму проблем, с которыми сталкивается человек, начиная с отрочества и до глубокой старости. В подростковом и молодом возрасте решение о самоубийстве носит чаще всего импульсивный характер. Оно может прийти в голову под влиянием остро вспыхнувшей обиды, желания отомстить, нетерпимости к отрицательным оценкам собственного поведения со стороны окружающих. В зрелом и особенно пожилом возрасте человек все менее склонен к необдуманным, спонтанным действиям. Идея суицида, обычно, вынашивается неделями, месяцами, а иногда и больше, постепенно превращаясь в убеждение, что это наиболее соблазнительный и простой выход из жизненной ситуации, которую не удастся разрешить иным путем.

Между самоубийцами и лицами, оставшимися в живых после покушения на свою жизнь, не всегда удается провести четкое психологическое разделение по мотивам и целям совершаемых поступков, также как и по признаку объективной опасности направленных против себя действий и вероятности летального исхода. Но очевидно, что по мере взросления утяжеляются проблемы, с которыми сталкивается человек: тяжело переживаются смерти близких людей, развод, тяжелые заболевания. По-видимому, сложность проблем определяет и серьезность намерений, чем и объясняется преобладание среди самоубийц лиц зрелого и пожилого возраста.

Одиночество, которое нередко называют проблемой века, является, пожалуй, наиболее общим мотивом суицидального поведения разного рода и в любом возрасте. Оно может быть мимолетным чувством или хроническим переживанием. Формы одиночества крайне разнообразны: здесь и неутоленная потребность в родительской любви, супружеская ревность в ситуации покинутости, жажда уважения и признания. В пожилом возрасте по мере снижения жизненной активности формируется чувство беспомощности и неполноценности. Неизбежная смерть близких людей и сверстников у пожилых людей обостряет ощущение эмоционального вакуума и опустошенности, провоцирует суицидогенные переживания «усталости от жизни», «нетерпения смерти».

Как уже отмечалось выше, социально-психологические и этнокультурные обстоятельства в совокупности составляют сумму неблагоприятных факторов в одних регионах, принимая выраженный суицидогенный характер и делая пожилых людей, по выражению одного французского суицидолога, беззащитными «перед соблазном самоубийства». В других регионах действие такого рода неблагоприятных факторов нейтрализуется сдерживающим

влиянием культурных традиций, религиозных верований, прочностью семейных и родственных связей.

Ситуации, которые толкают человека на самоубийство, имеют чрезвычайно широкий диапазон — от обыденных и банальных до глубоко трагичных. Покушению на свою жизнь также могут предшествовать события разной степени серьезности с точки зрения объективной сложности их разрешения. Анализ конкретных случаев суицидальных попыток показывает, что в одних случаях суицидогенная ситуация переживается субъектом как тяжелейшая жизненная драма, порождающая глубокий душевный надлом, и воспринимается как личностный крах. В других случаях, напротив, поражает легковесность в принятии решения о покушении на собственную жизнь и при этом заметный прагматизм в подходе к житейским проблемам, что не исключает, естественно, целой гаммы негативных переживаний. Мотивом такого поступка может быть стремление изменить ситуацию в выгодном для себя направлении, вызвать к себе жалость и сострадание, либо стремление любой ценой настоять на своем или, наконец, желание получить защиту или поддержку со стороны общественного мнения в случае реальных или мнимых притеснений, которые терпит суицидент от родственников, административных и правоохранительных органов (особенно если грозит уголовное наказание). Совершая суицидальные действия, человек посылает таким образом сигнал бедствия, апеллируя к чувствам партнера, родителей, других близких или даже посторонних людей.

Во многих случаях суицидального поведения у молодежи может быть и простое подражание, копирование поведенческих образцов, демонстрируемых с экранов телевизоров, с которыми неразлучно связано современное поколение и откуда оно черпает готовые схемы решения эмоциональных и житейских проблем. Легче всего суицидальные модели поведения усваиваются социально незрелыми людьми, а среди них подростками, как наиболее восприимчивыми к освоению новых поведенческих образцов.

В этом одна из причин, почему суициденты зачастую рассматривают посягательство на свою жизнь не с точки зрения общественной морали, а с позиции эффективности суицидальных действий как средства разрешения жизненных коллизий и способ выхода из психологического кризиса. Нужно принять во внимание также особенности массовой психологии и общественной морали, которая сложилась в нашем обществе и явилась результатом сознательного и целенаправленного разрушения христианской нравственности и насильственного насаждения атеизма. Идеалы милосердия, самоотречения, долга, благотворительности, личной ответственности в течение длительного времени казались слишком старомодными, либо были крайне абстрактными — декларируемыми,

а не подлинными ценностями, наполненными реальным содержанием. На смену им пришли более понятные и зримые ценности — материальный достаток, собственное здоровье, жизненные удовольствия. Широко распространился культ физической силы, выдаваемой молодости, полноты и новизны ощущений. Все больше число людей склонны подходить к своей жизни с подобными мерками, но далеко не всем удается приспособиться к этим требованиям — здесь и формируется почва для психологического дискомфорта. Различные виды суицидального поведения, по сути дела, отражают неудачи и падения на пути достижения видимых знаков житейского благополучия. Такого рода социально-психологическая дезадаптация, не редко являющаяся следствием дисгармоничного развития личности и дефектов социализации, и порождает суицидальное поведение. Самоубийства, его демонстрации являются своеобразными моделями поведения, усваиваемыми все новыми категориями людей, которым по тем или иным причинам не удалось выработать в себе иммунитет против навязываемых массовой культурой поведенческих стандартов.

Разрушение христианской культуры в нашем обществе, искоренение одной из главных заповедей «Не убий» привело к ослаблению социальных запретов на самоубийство и снижению самой ценности человеческого существования и его смысла. Если утрачиваются нравственные ориентиры, то к недопустимым поступкам начинают относиться лишь те, за которые можно подвергнуться публичному осуждению, либо уголовно-правовому наказанию. Наименее общечеловеческой морали все большее распространение получает так называемая «ситуационная этика»: этически, или хорошо, все то, что в данной ситуации полезно мне, моей семье, моей социальной группе или, наконец, идеологии того общества, к которому я принадлежу и от которого рассчитываю получить максимальные блага. Применительно к покушению на свою жизнь это означает, что этот поступок вполне допустим и оправдан, если позволяет человеку выйти из тяжелого внутреннего кризиса или решить конфликтную ситуацию в свою пользу: удержать около себя возлюбленного или мужа, занять в семье более прочное положение, изгнать из нее неугодного родственника и т. д.

Таким образом, деструктивные процессы, которые происходили в нашей стране на протяжении жизни нескольких поколений, подмена общечеловеческих ценностей классовой моралью привели во многом к утрате духовных ориентиров, точки отсчета, идеалов, с которыми может сопоставить свое поведение человек в трудной для него ситуации. Отсюда вытекает путь к вседозволенности, к искажению личности и распространению различных видов социальной патологии — коррупции, преступности, пьянства, суицидальных проявлений. Предпосылкой для формирования ауто-

деструктивных тенденций является социальная апатия, снижение ценности человеческой жизни, отсутствие одухотворенного смысла существования и перспектив, стимулирующих творческую и витальную активность человека.

Весь этот набор негативных социально-психологических факторов, оказывающих суицидогенное воздействие на некоторые группы населения, может быть преодолен при условии пробуждения в обществе интереса к подлинно духовным, нравственным ценностям. Сложившаяся массовая психология должна быть изменена под влиянием целенаправленных воспитательных воздействий, направленных прежде всего на молодое поколение и ориентированных на возрождение в нашем обществе гуманных идеалов, основанных на любви и уважении к жизни другого человека и к своей собственной.

Резюмируя изложенные соображения, можно сказать, что такое сложное и трагическое по своей сути явление как самоубийство должно получить максимальное внимание со стороны всего общества, от его государственных, кооперативных и общественных организаций, готовых субсидировать разработку и реализацию превентивных суицидологических программ. Основная же роль в предупреждении суицидального поведения лежит на работах органов здравоохранения и медицины, призванных помочь людям выйти из сложных кризисных состояний, вернуть им веру в жизнь и восстановить психологическое равновесие. Анализ статистики самоубийств, опыт, накопленный в процессе эмпирических наблюдений и при решении организационных проблем, позволяет сделать следующие выводы относительно проблем практической организации суицидологической превенции:

1. Официальная статистика дает ограниченный объем информации и должна быть дополнена всесторонними исследованиями в различных регионах страны с целью выяснения социального и профессионального статуса самоубийц, их этнокультурной принадлежности, образовательного уровня, брачно-семейного положения, состояния здоровья и т. д.

2. Необходимо организовать регистрацию суицидальных попыток в крупных городах страны для того, чтобы иметь более полное представление о сложившейся суицидальной ситуации и объеме превентивной помощи.

3. Внутри каждого крупного региона страны должны быть выявлены суицидогенные зоны и установлены факторы, ответственные за рост суицидальных показателей.

4. Необходимо выявить группы риска, то есть наиболее суицидоопасные категории населения, и дать подробные социально-психологические, демографические и прочие характеристики этих групп.

5. При анализе причин суицидального поведения и выработке стратегии суицидальной профилактики должны учитываться не только объективные условия существования тех или иных групп населения, но и свойственные определенным категориям людей мировоззренческие особенности, социально-психологические установки и ценности.

6. Модель суицидологической службы, действующая в Москве и некоторых других городах, должна повсеместно внедряться и в первую очередь в регионах Урала, Сибири, Севера, Дальнего Востока, где наиболее сложная суицидальная ситуация и велик процент завершенных самоубийств.

7. Снижение уровня самоубийства возможно лишь при условии осуществления целого комплекса социальных, психологических, психотерапевтических и реабилитационных мероприятий, учитывающих интересы разных возрастных групп и различных по своему социальному статусу категорий населения.