

# Предиспонирующие факторы суицидального поведения у лиц, совершивших покушение на самоубийство

ПОЛОЖИЙ Б.С.

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

КОНОВАЛОВ А.Ю.

Центральная районная клиническая больница г.Химки, Московская область

*Изучались предиспонирующие факторы суицидального поведения у 122 чел., госпитализированных в общемедицинский стационар по поводу покушения на самоубийство. У 96,7% суицидентов было выявлено наличие психического заболевания, в большинстве случаев до этого не диагностированного. Наиболее частыми предиспонирующими факторами оказались преобладание астенического конституционального соматотипа, отягощённость наследственности по психическим заболеваниям и/или по суицидальному поведению, неполная и/или социально неблагополучная родительская семья, патологическое воспитание по типу гипоопёки и безнадзорности, преобладание аутоагрессивного и аутично-депрессивного типов реагирования на стресс, злоупотребление алкоголем.*

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, лица, совершившие покушение на самоубийство; предиспонирующие факторы, психические заболевания, злоупотребление алкоголем

## Введение

Неблагополучная суицидальная ситуация в России ставит профилактику самоубийств в ряд важнейших задач здравоохранения. Её решение во многом зависит от знания предиспонирующих факторов суицидального поведения, т.е. факторов, способствующих его формированию. В молодом и зрелом возрасте к ним традиционно относят низкий материальный и образовательный уровень, алкоголизацию и наркотизацию, наличие случаев суицида среди ближайшего микросоциального окружения. В пожилом возрасте возникновение намерений покончить с собой потенцируется соматическими болезнями, вызывающими чувство беспомощности и немогкости, а также утратой близких и социальным одиночеством. Большинство исследователей признаётся связь между суицидальным поведением и различными видами психических расстройств [2, 8, 9, 12], при этом мнения авторов в определении их частоты у суицидентов существенно расходятся [8—11]. Ряд исследователей указывает на связь суицидального поведения с конституциональным морфофенотипом, полагая, что дисгармоничный генотип служит патопластической почвой для его формирования [4, 5]. В целом, литературные сведения о предиспонирующих факторах суицидального поведения продолжают оставаться дискуссионными, что требует их дальнейшего изучения и систематизации.

*Цель исследования:* определение предиспонирующих факторов суицидального поведения у лиц, госпитализированных в общемедицинский стационар по поводу покушения на самоубийство.

## Объект и методы исследования

Исследование проводилось на базе Химкинской центральной районной клинической больницы, куда поступали лица, совершившие покушение на самоубийство. Каждому пациенту проводилось клинико-психопатологическое обследование, в ходе которого заполнялась специально разработанная суицидологическая карта, включающая в себя сведения о характере и обстоятельствах суицидальных действий, а также анамнестические, клинические, социодемографические и психологические данные.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнявшийся объективными сведениями, полученными от родственников, а также результатами параклинических исследований и данными медицинской документации.

Всего было обследовано 122 пациента, из них 42 мужчины и 80 женщин (соответственно 34,4 и 65,6%). Это подтверждает доминирующую в суицидологии точку зрения о том, что суицидальные попытки чаще совершаются женщинами.

Почти две трети от общего количества суицидентов (63,3%) находились в молодом и зрелом возрасте — до 40 лет. Средний возраст пациентов с впервые в жизни совершёнными суицидальными попытками составил 41,5 года, а с повторными — 33,2 года.

В качестве предиспонирующих факторов рассматривались соматотип, наследственная отягощённость, особенности микросоциального окружения, тип воспитания и наличие нарушений поведения в детском возрасте; формы реагирования в стрессовых ситуациях, уровень потребления алкоголя.

Таблица 1

Распределение суицидентов по соматотипу

| Соматотип        | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Вся группа (n=122) |      |
|------------------|----------------|------|----------------|------|--------------------|------|
|                  | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.               | %    |
| Нормостенический | 16             | 38,1 | 26             | 32,4 | 42                 | 34,4 |
| Пикнический      | 5              | 11,9 | 15             | 18,8 | 20                 | 16,4 |
| Астенический     | 17             | 40,5 | 39             | 48,8 | 56                 | 45,9 |
| Атлетический     | 4              | 9,5  | —              | —    | 4                  | 3,3  |
| Всего            | 42             | 100  | 80             | 100  | 122                | 100  |

Таблица 2

Факторы наследственной отягощённости у суицидентов

| Наследственная отягощённость            | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Вся группа (n=122) |      |
|---|----------------|------|----------------|------|--------------------|------|
|   | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.               | %    |
| Суицидальное поведение у родственников  | 4              | 9,5  | 15             | 18,8 | 19                 | 15,6 |
| Психические заболевания у родственников | 9              | 21,4 | 16             | 20,0 | 25                 | 20,5 |
| Всего с отягощённой наследственностью   | 13             | 31,0 | 31             | 38,8 | 44                 | 36,1 |
| Всего                                   | 42             | 100  | 80             | 100  | 122                | 100  |

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере при помощи пакета программ для статистической обработки данных Statistica for Windows 7.0. Использованы стандартные методы параметрической и непараметрической статистики. Для определения различий частоты сравниваемых признаков между выборками использовали критерий  $\chi^2$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Клинико-психопатологическое обследование суицидентов показало, что подавляющее большинство из них страдало различными формами психической патологии — 118 чел., или 96,7% от их общего количества. При этом лишь 29 чел. имели ранее контакты с психиатрическими службами. Эти данные показывают особую важную роль психической патологии в суицидогенезе, а также крайне низкий уровень выявления больных с психическими расстройствами, что ведёт к утяжелению их течения и способствует развитию суицидальных форм поведения.

Изучение конституциональных особенностей суицидентов показало, что почти половина из них имели астенический соматотип — 45,9% в общей группе, в том числе среди мужчин — 48,8%, среди женщин — 40,5% (табл. 1). Это позволяет расценивать данный соматотип как наиболее распространённый среди лиц с суицидальным поведением.

На втором по частоте месте оказался нормостенический соматотип (в общей группе суицидентов — 34,4%, среди мужчин — 38,1%, среди женщин — 32,4%). Достоверно реже ( $p < 0,05$ ) выявлялся пикнический (16,4%) и только в единичных случаях (3,3%)

— атлетический соматотипы, что позволяет расценивать их как менее типичные для суицидентов.

Согласно современным представлениям, наследственная отягощённость играет важную роль в формировании повышенной суицидальной готовности. Наши исследования показали, что суицидальное поведение у родственников имело место в 15,6% случаев в общей выборке, в том числе в 9,5% — у мужчин и в 18,8% — у женщин (табл. 2). Несколько чаще определялась отягощённость наследственности по психическим заболеваниям: 20,5% всех случаев, что в равной степени характерно как для мужчин, так и для женщин. Таким образом, в общей сложности, наследственность, отягощённая по суицидам и по психическим заболеваниям, была выявлена более чем у трети всех суицидентов — 36,1%. Это даёт основания говорить о наследственной отягощённости как предрасполагающем факторе суицидального поведения.

Изучение микросоциального окружения суицидентов в детском возрасте показало, что более половины из них выросли в неблагополучных социальных условиях. В частности, 31,9% суицидентов воспитывались в неполных семьях, по 20,5% — в атмосфере семейных скандалов и постоянной алкоголизации родителей, 18,9% имели отчима или мачеху, 4,9% выросли вне родительской семьи у родственников (табл. 3).

Дополнительно к этому большинство суицидентов (71,3%) подверглось патологическим типам воспитания. Среди них наиболее частым вариантом оказалось воспитание по типу гипоопеки и безнадзорности — 36,1% всех случаев, в том числе среди мужчин — 42,9%, среди женщин — 32,5% (табл. 4).

Особенности микросоциального окружения суицидентов в детстве

| Особенности микросоциального окружения | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Всего (n=122) |      |
|--|----------------|------|----------------|------|---------------|------|
|  | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.          | %    |
| Полная семья                           | 20             | 47,6 | 39             | 48,8 | 59            | 48,4 |
| Неполная семья                         | 12             | 28,6 | 27             | 33,8 | 39            | 31,9 |
| Воспитание у родственников             | 4              | 9,5  | 2              | 2,5  | 6             | 4,9  |
| Семейные скандалы                      | 11             | 26,2 | 14             | 17,5 | 25            | 20,5 |
| Алкоголизация родителей                | 10             | 23,8 | 15             | 18,8 | 25            | 20,5 |
| Наличие отчима (мачехи)                | 7              | 16,7 | 16             | 20   | 23            | 18,9 |
| Всего                                  | 42             | 100  | 80             | 100  | 122           | 100  |

Распределение суицидентов по типу воспитания

| Тип воспитания                | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Вся выборка (n=122) |      |
|-------------------------------|----------------|------|----------------|------|---------------------|------|
|                               | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.                | %    |
| Гармоничный                   | 15             | 35,7 | 20             | 25,0 | 35                  | 28,7 |
| Кумир семьи                   | 3              | 7,1  | 8              | 10,0 | 11                  | 9,0  |
| "Золушка"                     | —              | —    | 11             | 13,8 | 11                  | 9,0  |
| Гипоопёка и безнадзорность    | 18             | 42,9 | 26             | 32,5 | 44                  | 36,1 |
| Гиперопёка                    | —              | —    | 4              | 5    | 4                   | 3,3  |
| Непоследовательное воспитание | 6              | 14,3 | 11             | 13,8 | 17                  | 13,9 |
| Всего                         | 42             | 100  | 80             | 100  | 122                 | 100  |

Достоверно реже ( $p < 0,05$ ) встречались другие типы патологического воспитания — непоследовательный, «кумир семьи» и «золушка», при этом последний вариант был выявлен только в группе суицидентов женского пола. Наиболее редким оказалось воспитание по типу гиперопеки — 4% случаев у женщин (у мужчин его вообще не зарегистрировано). Таким образом, на долю гармоничного воспитания пришлось менее одной трети всех случаев — 28,7%, что свидетельствует о значимой роли патологического воспитания в генезе суицидального поведения.

Нарушения поведения в детском возрасте были выявлены у суицидентов в 29,5% случаев, причём их доля среди мужчин (59,5%) оказалась в 4,3 раза больше, чем среди женщин — 13,7% (табл. 5).

Наиболее распространённым типом поведенческих нарушений было девиантное поведение, частота встречаемости которого в общей группе суицидентов составила 15,6%, а среди суицидентов-мужчин — 30,9%. У суицидентов женского пола данный вариант также оказался наиболее распространённым, однако его доля (7,5%) была в 4 раза меньше, чем у мужчин. Это свидетельствует о большей суицидогенной значимости девиантного поведения в детском возрасте среди лиц мужского пола.

Распределение суицидентов по преобладающим формам реагирования в стрессовых ситуациях (табл. 6) продемонстрировало преобладание аутоагрессивного

(37,7%) и аутично-депрессивного типов (28,7%) реагирования на стресс. При этом у мужчин относительно более высока доля аутоагрессивного поведения, а у женщин — аутично-депрессивного. В целом, суицидоопасные формы реагирования на стрессовые ситуации имели место у двух третей от общего числа суицидентов — 66,4%, что в равной степени характерно для суицидентов мужского и женского пола.

Согласно данным литературы [3, 7], среди больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25% по сравнению с 7,4% в общей популяции, а суицидальная смертность из числа лиц, состоящих на наркологическом учёте, достигает 7—15,6%. Частота суицидов и других форм аутоагрессивного поведения на фоне алкоголизма в 20—60 раз чаще, чем у непьющих лиц [1, 2]. В нашем исследовании (табл. 7) доля суицидентов с алкогольной зависимостью составила 5,7%, в том числе среди мужчин — 7,2%, среди женщин — 5% ( $p > 0,05$ ). Дополнительно к этому у 64,3% суицидентов-мужчин и 36,2% суицидентов-женщин было выявлено систематическое злоупотребление алкоголем. Таким образом, половые различия между суицидентами в аспекте их отношения к алкоголю характеризуются достоверным ( $p < 0,05$ ) преобладанием среди женщин лиц с употреблением спиртного в пределах культуральной нормы, а среди суицидентов-мужчин — лиц со злоупотреблением алкоголем ( $p < 0,05$ ).

Таблица 5

## Нарушения поведения в детском возрасте

| Нарушения поведения           | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Вся выборка (n=122) |      |
|-------------------------------|----------------|------|----------------|------|---------------------|------|
|                               | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.                | %    |
| Не было                       | 17             | 40,5 | 69             | 86,3 | 86                  | 70,5 |
| Реакции оппозиции             | 2              | 4,8  | 2              | 2,5  | 4                   | 3,3  |
| Реакции эмансипации           | 1              | 2,4  | 2              | 2,5  | 3                   | 2,5  |
| Группирование со сверстниками | 4              | 9,5  | —              | —    | 4                   | 3,3  |
| Патологические увлечения      | 3              | 7,1  | —              | —    | 3                   | 2,5  |
| Девиантное поведение          | 13             | 30,9 | 6              | 7,5  | 19                  | 15,6 |
| Делинквентное поведение       | 2              | 4,8  | 1              | 1,3  | 3                   | 2,5  |
| Всего                         | 42             | 100  | 80             | 100  | 122                 | 100  |

Таблица 6

## Распределение суицидентов по преобладающим формам реагирования в стрессовых ситуациях

| Формы реагирования на стресс | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Вся выборка (n=122) |      |
|------------------------------|----------------|------|----------------|------|---------------------|------|
|                              | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.                | %    |
| Экспрессивные                | 15             | 35,7 | 26             | 32,5 | 41                  | 33,6 |
| Аутоагрессивные              | 18             | 42,9 | 28             | 35,0 | 46                  | 37,7 |
| Аутично-депрессивные         | 9              | 21,4 | 26             | 32,5 | 35                  | 28,7 |
| Всего                        | 42             | 100  | 80             | 100  | 122                 | 100  |

Таблица 7

## Распределение суицидентов по отношению к алкоголю

| Отношение к алкоголю           | Мужчины (n=42) |      | Женщины (n=80) |      | Всего (n=122) |      |
|--------------------------------|----------------|------|----------------|------|---------------|------|
|                                | Абс.           | %    | Абс.           | %    | Абс.          | %    |
| В пределах культуральной нормы | 12             | 28,6 | 47             | 58,8 | 59            | 48,4 |
| Злоупотребление                | 27             | 64,3 | 29             | 36,2 | 56            | 45,9 |
| Зависимость                    | 3              | 7,1  | 4              | 5,0  | 7             | 5,7  |
| Всего                          | 42             | 100  | 80             | 100  | 122           | 100  |

## Заключение

Проведённое исследование позволило выявить предрасполагающие факторы суицидального поведения у лиц, совершивших покушение на самоубийство. К ним относятся:

- наличие психических расстройств — 96,7% всех случаев;
- наличие наследственной отягощённости по психическим заболеваниям и/или суицидам;
- конституциональный астенический соматотип;
- неполная и/или асоциальная родительская семья;
- полученное в детстве патологическое воспитание, особенно по типу гипоопёки и безнадзорности;
- девиантное поведение в детском возрасте;
- аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс;
- злоупотребление алкоголем.

Знание данных факторов позволяет повысить эффективность работы по выявлению групп риска развития суицидального поведения и проведению универсальной и селективной профилактики суицидов.

## Список литературы

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии. — М., 1986. — С. 725.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме. — М., 1980. — 16 с.
3. Гольдштейн Р.И. Причины смертности больных алкоголизмом // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1985. — Т. 85. — Вып. 8. — С. 1235—1238.
4. Дремов Г.Д. К вопросу о распространённости аффективных расстройств в соматической практике // Актуальные вопросы психиатрии: Мат. VI науч. отчётной сессии НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. — Томск, 1993. Т. 6. — С. 163—165.
5. Корнетов Н.А. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — Вып. 2. — С. 75—90.
6. Москаленко В.Д. Внутрисемейная среда и развитие детей, родители которых больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1994. — №3. — С. 85—89.
7. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д. Проблемы современной алкогольной политики в России и рубежом // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 68—75.

8. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. — 2010. — №4. — С. 55—63.

9. Положий Б.С. Клиническая суицидология: этнокультуральные подходы. — М., 2006. — 207 с.

10. Самохвалов В.П. Краткий курс психиатрии. — Симферополь: Сонат, 2000.

11. Reutfors J., Brandt L., Jonsson E. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study // *Shizophr. Res.* — 2009. — Vol. 108 (103). — P. 231—237.

12. World Report on Violence and Health / Ed. E.G. Krug. — Geneva, World Health Organization, 2002. — 346 p.

### ***Predispositional factors of suicidal behavior in people who have committed attempted suicide***

**POLOZHY B.S.** V.P. Serbsky State Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow  
**KONOVALOV A.Yu.** Central District Hospital, Khimki, Moscow Region

*The study predispositional factors of suicidal behavior in 122 people (42 males and 80 females) admitted to the medical clinic on the attempted suicide. In 96.7% revealed the presence of mental disorders, in most cases are not diagnosed before. The most frequent predispositional factors were the predominance of asthenic somatotype, a family history of mental illness and/or suicidal behavior, an incomplete and/or socially dysfunctional family, neglect and careless type of education, the prevalence of autistic autoaggressive-depressive types of stress reaction, and alcohol abuse.*

**Key words:** suicidal behavior, people who have committed attempted suicide, predispositional factors, mental disorders, alcohol abuse