

© Зотов П.Б., 2015  
УДК 616.89

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: РОЛЬ «ВНЕШНЕГО КЛЮЧА», КАК ЭЛЕМЕНТА СУИЦИДАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ОБЪЕКТА ПСИХОТЕРАПИИ

П.Б. Зотов<sup>1,2</sup>

ГБОУ ВПО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, г. Тюмень (1)  
ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр  
«Медицинский город», г. Тюмень (2)

Совершение попытки самоубийства обычно не носит случайный характер. Запуск программы возможен лишь при актуализации какого-либо внешнего признака / события, который суицидент выделяет в субъективно значимый фактор – «внешний ключ». Обращается внимание, что до момента срабатывания «внешнего ключа» суицидальные действия маловероятны, а при его актуализации – практически неизбежны. Отмечается, что перечень данных образований обычно характерен для определенных групп риска. Приводятся примеры внешнего ключа у подростков и больных злокачественными новообразованиями. Идентификация «внешнего ключа» является обязательным этапом диагностики, и требует рассмотрения его врачом как объекта психотерапии с целью предупреждения суицида.

**Ключевые слова:** «внешний ключ», суицид, суицидальное поведение, подростки, онко-суицид, психотерапия.

Самоубийство является одной из важнейших медико-социальных проблем [14]. Несмотря на четко прослеживаемую тенденцию снижения уровня самоубийств в России, регистрируемую в последние годы, показатели суицидальной смертности, по-прежнему, удерживаются на уровне, оцениваемом экспертами ВОЗ как критический (20 случаев на 100 000 населения), а в отдельных регионах значительно его превышают. В «суицидологическом рейтинге» лидирующие места занимают Сибирский, Дальневосточный и Приволжский федеральные округа. Хотя и в этих регионах наблюдается регресс уровня суицидов [4, 21].

Отмеченное снижение показателей вполне отражает улучшение социальных и экономических условий жизни в стране. Однако более выраженный прогресс в превенции суицидальной активности возможен лишь на основе комплексного, многоуровневого подхода, включающего

работу, как с отдельной личностью, так и социальными группами [6, 19]. При этом указывается на важность выделения психологических [9, 20, 24], когнитивных [21], неспецифических [16, 23] факторов и групп суицидального риска и более углубленной работы с ними [15, 26]. Для разработки эффективных мер профилактики предлагаются типология [8] и модели суицидального поведения [19, 25].

Несмотря на многообразие предлагаемых подходов, основной задачей все же является своевременная диагностика суицидального поведения и оказание необходимой психологической поддержки и/или психиатрической помощи. В этой связи наибольшее значение имеет индивидуальная работа с каждым больным [15, 18]. При этом следует помнить, что коррекция суицидального поведения – сложная и многогранная работа, требующая от специалиста получения терапевтического эффекта не только «здесь и

сейчас», но и создания условий для предупреждения аутоагрессивных тенденций в будущем, повторных покушений на самоубийство [7].

Опыт практической работы и данные литературы свидетельствует о том, что формирование суицидального поведения крайне редко происходит в короткий промежуток времени. Важными условиями «стремительной» суицидальной динамики является присутствие исключительного по силе, внезапно возникшего психотравмирующего фактора, и индивидуальные премоурбидные особенности личности, как правило, существующей в условиях ограниченной социальной (микросоциальной) поддержки.

Суицидальное поведение – это стабильный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий. В большинстве случаев развитие суицидального поведения занимает достаточно длительный период, измеряемый не одним месяцем. Знание этапов и особенностей развития суицидального поведения для клинициста дает возможность оценить степень суицидального риска и определить объем и характер психологической поддержки.

Традиционно в динамике суицидального поведения выделяют три основных этапа: пресуицидальный, реализации суицидальных действий и постсуицидальный [2]. Для превенции суицида наиболее важен первый из них, включающий так называемые «внутренние формы» суицидальной активности. Именно этот этап характеризуется значительной внутренней борьбой, поиском смысла существования в сложившейся ситуации и др.

Так на стадии принятия решения о совершении суицидальных действий (этап суицидальных замыслов), совершение попытки суицида обычно не носит случайный характер. Запуск программы возможен лишь при актуализации какого-либо внешнего признака / события, названного нами – «внешний ключ» [5]. «Внешний ключ» – это психологиче-

ское образование, создаваемое самим суицидентом. При этом оно представляет собой какое-либо объективное событие, действие, которое индивид, выделил в индивидуальный, субъективно особо значимый фактор. Актуализация этого фактора может запустить программу реализации суицидальных действий. Примерами «внешнего ключа» могут являться: получение результата о ВИЧ-инфицировании; диагноз онкологического или другого тяжелого заболевания; «полный» отказ любимого человека от встреч; получение «достоверных» фактов об измене и др.

Структура вербальных проявлений в этот период чаще соответствуют схеме: «если – КЛЮЧ, то – РЕАЛИЗАЦИЯ». Например, «... если у меня подтвердится ВИЧ, то отравлюсь ...», «если узнаю, что жена изменяет, то ...» и др.

Особенно наглядно эти психологические образования озвучиваются в виде угроз, в том числе при шантажных, рентных формах суицидального поведения.

Характер и структура «ключа» зависит от многих факторов, но в большинстве случаев среди них можно выделить основные категории, которые можно считать характерными для отдельных групп.

Так, примерами «внешнего ключа» у детей, подростков и лиц молодого возраста могут являться ситуации [1, 3, 10-12, 17, 22]:

– отказ от включения в референтную группу, организованную по принципу исключительности по определённому признаку («... не достоин», например, по материальному уровню – нет соответствующей одежды, иномарки в семье и др. В группах организованных, по принципу исключительности личных качеств участников возможны ритуалы инициации, испытания, непрохождение которых, ведёт к отказу, нередко с приклеиванием «ярлыка»);

– исключение из референтной группы – может быть следствием «утраты» или «измены» ключевых свойств / качеств, характерных для этой группы. Утраченными могут являться и не только социально приемлемые качества, но негативные (участие в тусовках, драках, потребление психоактивных веществ) – «...

ты стал как все...». К исключению из группы может привести и приобретение новых, отличных от принятых в группе качеств: «... ты стал отличником», «... ботаником» и др.;

– «полный» отказ любимого человека от встреч (при «неполном» отказе всегда есть надежда на возврат отношений);

– получение «достоверных» фактов о параллельных отношениях любимого человека;

– ожидаемый уровень текущих школьных оценок, а так же показатели сдачи промежуточных и выпускных экзаменов, в том числе ЕГЭ (в том числе субъективно завышенный уровень или индуцированный системой образования);

– развод родителей;

– повторный брак одного из родителей;

– рождение ребенка в новой семье (отчим, мачеха);

– получение результата о ВИЧ-инфицировании и др.

В группах соматических больных, в частности, пациентов онкологической клиники, такой субъективной значимостью, способной актуализировать суицидальную активность, могут быть: сам факт установления диагноза, предложение калечащей операции (удаление молочной железы и др.), выявление прогрессирования заболевания, неэффективный контроль хронического болевого синдрома и др. В течение всего периода наблюдения в онкологической клинике, начиная с момента диагностики до заключительного этапа заболевания – паллиативное лечение – ведущие мотивы могут меняться. Это указывает на необходимость поддержания в профессиональной среде (врачи, психологи, средние медработники) принципа суицидологической настороженности при работе с этими пациентами в течение всего периода наблюдения [13].

В целом, введение понятия «внешнего ключа» в теорию суицидального поведения, на наш взгляд, позволяет более четко охарактеризовать этап суицидальных замыслов. Понять, что до момента срабатывания «внешнего ключа» суицидальные действия маловероятны, а при его актуализации – практически неизбежны. Поэтому при ра-

боте специалиста с этим контингентом активное выявление данного индивидуального субъективно значимого психологического образования является необходимым условием и обязательным этапом диагностики. Идентификация «внешнего ключа» позволяет приблизиться к пониманию мотивов суицидального поведения, а главное оценить степень суицидального риска на момент осмотра. Практика показывает, что на этом этапе человек обычно достаточно ясно представляет условия реализации суицидальных действий, способ и место суицида. Специалисту необходимо выявить максимально полную картину предстоящих событий и оказать помощь. Следует обратить внимание, что при этом сам «внешний ключ» должен обязательно рассматриваться врачом, педагогом, социальным работником как объект психологического воздействия, психотерапии и включаться в программу помощи.

Необходимо отметить, что характер ситуаций и перечень «внешних ключей» обычно достаточно типичен для отдельных групп суицидального риска, что указывает специалистам на примерные ориентиры психологического поиска. Тем не менее, всегда следует помнить, что в отдельно взятой группе «внешние ключи» могут носить оригинальный характер. Они подлежат обязательному изучению и должны учитываться при организации системы суицидальной превенции и проведении профильных профилактических мероприятий.

#### **Заключение**

Выделенный в данной работе подход к оценке суицидальной динамики, может быть использован, как в клинической практике при проведении коррекционной работы, так и в теоретической суицидологии для разработки мер профилактики и организации системы превенции суицида.

#### **Литература**

1. Александрова Н.Н. Анализ случая парного подросткового суицида / Н.В. Александрова [и др.] // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 4-5.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Соци-

- альная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 4. – С. 14-20.
3. Васяткина Н.Н. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области / Н.Н. Васяткина, А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 4-5.
  4. Говорин Н.В. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению / Н.В. Говорин [и др.] // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 5-6.
  5. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения / П.Б. Зотов // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 3. – С. 35-37.
  6. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? / Н.А. Корнетов // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 44-58.
  7. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства / И.А. Кудрявцев // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
  8. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов / И.А. Кудрявцев // Суицидология. – 2013. – № 2. – С. 3-7.
  9. Кудрявцев И.А. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики / И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
  10. Куценко Н.И. Суицидальные проявления у детей с 5 до 7 лет, выявленные в дневном стационаре центра развития речи / Н.И. Куценко, А.В. Курзин // Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 122-124.
  11. Лукашук А.В. Современная клинко-психологическая характеристика подростков, совершающих суицидальную попытку / А.В. Лукашук // Университетская медицина Урала. – 2015. – № 1. – С. 15-19.
  12. Лукашук А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
  13. Любов Е.Б. Опыт, осведомлённость и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению / Е.Б. Любов // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 18-30.
  14. Любов Е.Б. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации / Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
  15. Меринов А.В. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, И.А. Федотов // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – № 3. – С. 136-141.
  16. Меринов А.В. Сравнение методов психотерапевтического лечения аутоагрессивного поведения / А.В. Меринов, И.А. Федотов, С.О. Куликов // Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – Т. 11, №2 (57). – С. 128-132.
  17. Меринов А.В. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях / А.В. Меринов [и др.] // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 54-58.
  18. Москвитин П.Н. Персонологические различия в процессе профессиональной идентификации психотерапевтов и психотерапии суицидального поведения / П.Н. Москвитин // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 17-20.
  19. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 3-7.
  20. Розанов В.А. Метафакторы Big Five и феномен безнадежности в предикции суицидальности / В.А. Розанов, А.А. Мидько // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34-43.
  21. Семёнова Н.Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера / Н.Б. Семёнова // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 1. – С. 28-33.

22. Солдаткин В.А. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону / В.А. Солдаткин, А.В. Дьяченко, К.С. Меркурьева // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
23. Харитонов С.В. Неспецифические факторы суицидального риска / С.В. Харитонов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 30-31.
24. Церковникова Н.Г. Психологические особенности личности подростка, склонного к суицидальному поведению / Н.Г. Церковникова // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 25-27.
25. Чухрова М.Г. Вероятностная модель суицидального поведения / М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, А.С. Чухров // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 37-42.
26. Conwell Y. Risk factors for suicide in later life / Y. Conwell, P.R. Duberstein, E.D. Caine // Biol. Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – P. 193-204.

#### SUICIDAL BEHAVIOR: THE ROLE OF "FOREIGN KEY", AS AN ELEMENT OF THE SUICIDAL DYNAMICS AND OBJECT OF PSYCHOTHERAPY

*P.B. Zotov*

The commission of a suicide attempt is usually not random in nature. The program start is only possible if the actualization of some external characteristic / event that the suicide of the highlights in the subjectively meaningful factor is «foreign key». It is noted that before the trip a «foreign key» suicidal action unlikely, and if it needs updating – is almost inevitable. It is noted that the list of these entities is usually specific to certain risk groups. Examples of foreign key in adolescents and patients with malignant tumors. Identification of «foreign key» requires consideration by the doctor as an object of psychotherapy to prevent suicide.

*Keywords:* suicide, suicidal behavior, "foreign key" teenagers, cancer suicide, psychotherapy.

Зотов П.Б. – д.м.н., проф. кафедры онкологии ГБОУ ВПО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, зав. ОПП и РБ МКМЦ «Медицинский город».

E-mail: sibir@sibtel.ru