

УДК 15.018 + 615.851. + 616.89 (063)

АНАЛИЗ КОНЦЕПЦИЙ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

М.А. Ассанович, к.м.н.; В.А. Карпюк, к.м.н., доцент;

Э.Г. Хмельницкая, к.м.н.; С.А. Бузук; Т.Е. Томашик;

Е.А. Толкач; И.С. Попеня

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Существующие социологические и психологические концепции суицидального поведения нуждаются в экспериментальном и эмпирическом подтверждении. В последние годы на основе накопленного экспериментального материала формируются нейрокогнитивные и биохимические концепции суицидогенеза. Выделены рецепторные маркеры суицидальной активности. Выявлены когнитивные особенности лиц с суицидальными проявлениями.

Ключевые слова: суицидальное поведение, концепции суицидогенеза, суицидальный мозг, социально-когнитивные маркеры суицидальности

Existing sociological and psychological concepts of suicide behavior need experimental and empirical confirmation. In the last years neurocognitive and biochemical concepts of suicide genesis are formed on the basis of experimental material. Receptor markers of suicide activity have been distinguished. Cognitive features of persons with suicidal manifestations have been revealed.

Key words: suicidal behavior; concepts of suicide genesis, suicidal brain, social-cognitive markers of suicidal syndrome.

В настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийства. Среди множества концепций суицидального поведения выделяют три основные: социологическую, психологическую и психопатологическую.

Социологическая концепция рассматривает суицид с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой [1]. Вместе с тем данная концепция описывает феномен самоубийства односторонне, как феномен, отражающий общественные процессы, не учитывая личностных особенностей человека, а также наличие или отсутствие у него каких-либо психопатологических проявлений.

Существует большое количество различных психологических теорий, объясняющих суицидальное поведение. К ним относятся: психоаналитическая, мотивационная, клинико-психологическая и когнитивно-поведенческая.

Психоаналитическая концепция описывает суицид как результат трансформации деструктивных психологических сил на самого себя, в силу присутствующего человеку инстинкта смерти.

Согласно мотивационной концепции суицидального поведения суицид порождается душевной болью, которая возникает из-за фрустрации индивидуально значимых психологических потребностей [2].

Когнитивно-поведенческий подход рассматривает суицидальное поведение как вариант общеповеденческих реакций, возникающих, как прави-

ло, в ситуациях жизненного кризиса и характеризующийся осознанным желанием покончить с собой. При любой кризисной ситуации у человека появляется определенная личностная позиция, которую он занимает при данных обстоятельствах. Позиции личности в ситуациях кризиса следует разделить на адаптивные и неадаптивные (проигрышные). Проигрышные позиции не позволяют человеку адаптироваться к изменившимся условиям существования, что может способствовать развитию суицидальных тенденций [3].

Суицидальное поведение как результат социально-психологической дезадаптации рассматривается в клинико-психологической концепции А.Г. Амбрумовой. Решающим моментом формирования суицидальных проявлений согласно этой концепции является суицидогенный конфликт, который запускает механизм развития социально-психологической дезадаптации [4].

В последние годы появились исследования, формирующие новые нейро-когнитивные и биохимические концепции суицидогенеза. В этих работах вводится понятие «суицидального мозга» [6]. Считается, что определенные мозговые структуры вносят свой вклад в формирование личностно-зависимых характеристик, которые определяют развитие суицидальных действий. Взаимосвязь между мозговой дисфункцией и суицидальным поведением оценивается на основе анализа частоты суицидальных проявлений у различных соматичес-

ких больных. Установлено, что суицидальный риск в 2 раза выше у больных сахарным диабетом и раком, в 5 раз – у больных с периферическими неврологическими нарушениями и более чем в 5 раз у пациентов с такими заболеваниями ЦНС, как инсульт и эпилепсия. Предполагается, что определенные личностные черты, которые связаны с суицидальностью, наиболее часто обнаруживаются у больных с мозговой дисфункцией [6].

В последних нейропсихологических исследованиях выделяют социально-когнитивные процессы, связанные с суицидальным поведением. Данный компонент суицидальных действий локализуется во фронтальной и темпоральной зонах головного мозга и реализуется через 5НТ(1А) и норадреналовые нейротрансмиттеры. Он определяет чувствительность к социальным стимулам, которая коррелирует с активацией стресс-систем у лиц, совершивших суицидальную попытку. Данная чувствительность модулируется норадренергической системой, а способность к решению проблем и адекватному копинг-поведению – 5-НТ(2А) серотонинергической системой. Некоторые исследования показывают связь суицидального поведения с недостаточностью 5-НТ(2А) рецепторов в префронтальной коре головного мозга, что положительно коррелирует с высоким уровнем безнадежности [6].

В данном контексте особый интерес представляют последние данные о состоянии когнитивных функций у лиц с суицидальными проявлениями. В одной из работ выделены три базовых отличительных признака депрессивных пациентов с высоким суицидальным потенциалом от других депрессивных больных [6]. К ним относятся:

1. Чувствительность к событиям, основанная на избирательности внимания в отношении тех жизненных событий, которые сигнализируют о поражении или неудаче.

2. Чувство охваченности неспособностью разрешить проблемы, особенно межличностного плана.

3. Отсутствие защитных факторов, которые могли бы справиться с состоянием безнадежности, обусловленное когнитивным и эмоциональным дефицитом.

Выдвигается гипотеза, что в основе первого фактора лежит когнитивная ригидность. Считается, что инертность познавательных процессов является фактором, который связывает стрессовые жизненные события и суицидальное поведение. Кроме того, в исследовании с помощью теста интерференции Струпа было установлено, что уровень суицидальности коррелирует с трудностями переключения внимания [6].

Второй фактор основан на нарушениях в автобиографической памяти, за которую отвечают лобные доли головного мозга. Вследствие этого индивиду трудно вспомнить и актуализировать эффективные стратегии решения проблем.

Третий фактор обусловлен трудностями когнитивной репрезентации позитивных событий, которые могут произойти в жизни.

Сохраняет свою актуальность и психопатологическая концепция развития суицидального поведения. Исходя из данного подхода надо отметить, что ведущую роль в формировании суицидальных проявлений занимает психопатологическая симптоматика. Известно, что вероятность совершения самоубийства для всей популяции психически больных составляет 10-15%, по сравнению с 1% в общей популяции населения [5]. Наиболее часто с суицидальным поведением ассоциируются депрессия, шизофрения, расстройство личности и злоупотребление психоактивными веществами.

Литература

1. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э. Дюркгейм.- СПб.: Союз, 1998. – 268 с.
2. Шнейдман, Эдвин С. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
3. Тихоненко, В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение / В. А. Тихоненко // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 21-24.
4. Амбрумова, А. Г. Социально-психологическая дезадаптация и профилактика суицида / А. Г. Амбрумова // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 91-102.
5. Яничак, Ф. Дж. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С. А. Малярова / Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Дэвис, Ш. Х. Прескорн, Ф. Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999. – 728 с.
6. Van Heeringen, C. Understanding the suicidal brain / C. Van Heeringen // The British Journal of Psychiatry 183. – 2003. – P. 282-284.

Поступила 11.06.08