

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

И.И.Замятина, Н.С.Бабайцева, О.В.Поплавская

ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ
(учебное пособие)

Волгоград 2023 г.

УДК: 616.89-008.441.44 (075)

ББК 53.4 Я 73

К

Авторский коллектив:

к.м.н. доцент Замятина И.И., к.м.н. доцент Бабайцева Н.С., к.м.н. доцент
Поплавская О.В..

Рецензенты:

-заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и
клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ имени
В.И.Разумовского» Минздрава РФ, профессор, д.м.н. **Барыльник.Ю.Б.**

-врач психиатр-нарколог ГБУЗ «ВОКНД», к.м.н. **Евдокимов А.Г.**

К

Основы суицидологии: Учебное пособие для студентов старших
курсов / к.м.н. доцент Замятина И.И., к.м.н. доцент Бабайцева Н.С., к.м.н.
доцент Поплавская О.В.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2023. – 126 с.

Учебное пособие посвящено теоретическим основам суицидологии,
принципам организации суицидологической службы в РФ, методическим
аспектам кризисной терапии и профилактики суицидального поведения.

В основу работы были положены результаты обобщенных данных,
отражающие наиболее общепринятые подходы в современной клинической
психиатрии.

Учебное пособие предназначено для студентов старших курсов:
специальности «лечебное дело», дисциплины «психиатрия», специальности
«педиатрия», дисциплины «психиатрия, медицинская психология»,
специальности «медико-профилактическое дело», дисциплины
«психиатрия, наркология». Пособие поможет развить студенту компетенции:
(ОПК-5),(ПК-1), (ПК-8).

УДК: 616.89-008.441.44 (075)

ББК53.4 Я 73

К

©Волгоградский государственный медицинский университет, 2023
Издательство ВолгГМУ, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ПРЕДИСЛОВИЕ	6Ошибка! Закладка не определена.
1. СУИЦИД КАК ЯВЛЕНИЕ, ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЛИЧНОСТИ	7
Суицид как явление	7
Основные понятия в суицидологии	10
Антисуицидальные факторы личности.....	13
2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ СУИЦИДОВ.	15
Медицинская модель самоубийств.	15
Психопатологическая концепция суицида.	15
Биологическая концепция суицидального поведения.....	17
Анатомо-антропологическое направление	17
Нейрохимическая гипотеза	18
Генетическая гипотеза	19
Социологическая теория Э. Дюркгейма	20
Психокультуральная теория М. Фарбера	21
Социокультуральная теория Карен Хорни	22
Теория Нормана Фейбероу.....	23
Теория Эдвина Шнейдмана	24
Концепция А. Г. Амбрумовой.....	26
Концепция И. П. Павлова	27
Концепция Antoon A. Leenaars (1988).....	28
Концепция Aaron Beck (Leenaars, 1990)	29
Концепция D. Lester.....	30
Теория адаптации Р. Мариса	31
3. СУИЦИАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ.....	33
4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ДЕПРЕССИИ (ШКАЛА БЕКА).	43
5. СУИЦИДЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.	48
6. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОЛОГИИ.	54
Суицидальное поведение у детей и подростков	54
Суицидальное поведение у пожилых людей.....	58

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОЛОГИИ.	60
8. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ.....	85
9. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	116
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:	122
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ	

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ПАВ – психоактивные вещества

ТЦА - трициклические антидепрессанты

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

ПНД – психоневрологический диспансер

ЦНС – центральная нервная система

КСПП – кабинет социально-психологической помощи

ПРЕДИСЛОВИЕ

По данным ВОЗ (2021) вследствие суицидов в мире ежегодно погибают порядка 1 миллиона человек (в среднем, 11,4 случая на 100 тысяч населения), в то время как Российская Федерация традиционно занимает одно из лидирующих мест по частоте завершённых суицидов (17,1 на 100 тыс. населения по данным за 2022 г.). Несмотря на масштабность данной проблемы, во многих регионах нашей страны лишь непродолжительное время назад начали свою работу суицидологические службы, а уровень осведомленности врачей-психиатров, клинических психологов, психотерапевтов в отношении данной проблемы зачастую недостаточен в связи с дефицитом актуальной литературы по данному профилю.

В основу работы были положены результаты обобщения данных, отражающих наиболее общепринятые подходы в современной клинической психиатрии и суицидологии, а также использован многолетний опыт преподавания на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии Волгоградского государственного медицинского университета.

Пособие отражает теоретические основы суицидологии, принципы организации суицидологической службы в РФ, методические аспекты кризисной терапии и профилактики суицидального поведения. Данные мероприятия позволят студентам приобретать актуальные клинические знания, навыки, применимые в практической деятельности врача, формировать клиническое мышление.

1. СУИЦИД КАК ЯВЛЕНИЕ, ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЛИЧНОСТИ

Суицид как явление

Суицидология – область психиатрии, изучающая причины самоубийств и разрабатывающая методы их предотвращения и предупреждения.

Как самостоятельная научная дисциплина, суицидология сформировалась только в середине XX века. Появлению данного понятия в качестве научного термина мы обязаны нашему соотечественнику – П.Г. Розанову, впервые употребившим данное понятие в своем труде «О самоубийстве» (1891).

Суицидология – наука комплексная, мультидисциплинарная. Опираясь на ряд родственных ей отраслей научного знания: психологию, психиатрию, педагогику, социологию, юриспруденцию – она всесторонне изучает суицидальное поведение. Выделить суицидологию в отдельную научную дисциплину позволяет наличие у нее собственных объекта и предмета исследования, а также теоретического, терминологического и методического аппарата.

Родоначальником современной суицидологии является французский социолог Эмиль Дюркгейм, опубликовавший в 1897г. фундаментальный труд «Самоубийство». Его идеи, широко пропагандировались известным русским социологом Питиримом Сорокиным в самый разгар очередной эпидемии самоубийств в стране (1910-1914).

Отдельные грани суицидального поведения анализировались также русскими учеными в конце XIX - начале XX вв. (Н.П. Бруханский, П.Ф. Булацель, В.М. Бехтерев, А.Ф. Кони, Н.П. Островский, Г.С. Петров, Л.А. Прозоров, Е.Н. Тарновский, М.Н. Гернет).

Начало XX века ознаменовалось проведением заседания Венского психоаналитического общества, на котором впервые обсуждалась проблема суицидального поведения с участием А. Адлера, К.Г. Юнга, В.Штекеля и др.

В это же время выходит статья «Скорбь и меланхолия» (1910) авторства Зигмунда Фрейда (1856-1939). Данные события показывают, что аутоагрессивное поведение стало предметом интереса приверженцев теории психоанализа.

В советской научной литературе освещение данной проблематики носило фрагментарный характер, без попыток построения целостной теоретической системы. Только в единичных работах клинического плана исследовались отдельные аспекты аутоагрессивного поведения.

Говоря о современной суицидологии, необходимо упомянуть ведущих исследователей в данной области – американских ученых Эдвина Шнейдмана и Нормана Фарбероу. Существующая общепризнанная клинико-психологическая модель неотрывно связана с их именами.

«Ключи к суициду» - именно так профессор Калифорнийского университета в Лос-Анжелесе Э. Шнейдман назвал признаки, указывающие на приближение возможного самоубийства. Им были развенчаны многие мифы, существующие в обществе, относительно суицидального поведения, а также выделены характерные личностные особенности, определяющие суицидальные наклонности. Э. Шнейдманом, невзирая на огромное разнообразие обстоятельств и методов совершения суицидов, смог описать и выделить характерные черты для данной девиации. Совместно с Н. Фарбероу ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов), значительно развивший понимание психодинамики самоубийства.

Н. Фарбероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Благодаря его подходу удалось взглянуть на проблему более широко, в расчет берутся не только завершённые самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудоголизм, делинквентные поступки, неоправданную склонность к риску, опрометчивый азарт и т. д. Данный подход позволил Н. Фарбероу

разработать принципы современной профилактики самоубийств и инициировать создания центров их профилактики в начале в США, а затем во многих странах мира.

Создание в Москве в середине 70-х годов превентивной суицидологической службы стало важным этапом в развитии отечественной суицидологии. Предложенная гибкая система оказания помощи суицидентам различных диагностических категорий, при этом звенья службы для реабилитации кризисных пациентов, не страдающих душевными заболеваниями, были развернуты вне психиатрических учреждений: амбулаторные подразделения, кабинеты социально-психологической помощи - в общесоматических поликлиниках; кризисный стационар - в стенах городской больницы "скорой помощи". Было открыто также отделение экстренной терапевтической помощи - "телефон доверия".

Специализированная служба суицидальной превенции на государственном уровне была учреждена приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Согласно вышеуказанному закону, суицидологическая служба носит трехуровневый характер: телефон доверия, кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар. Элементы этой системы, в скором времени, появились во многих регионах страны.

Внимание к проблеме суицидов ВОЗ проявила созданием межнациональных программ по изучению причин и распространенности самоубийств. Сравнительные статистические исследования позволяют мониторить тенденции роста уровня самоубийств в различных регионах мира.

С 1999 года ВОЗ приступила к осуществлению программы SUPRE – всемирной инициативы по превенции самоубийств.

Основные понятия в суицидологии

Суицид - целенаправленное лишение себя жизни. Термин «суицид» впервые был использован в книге Thomas Brown's «Religio Medici», написанной в 1635 г. и, увидевшей свет в 1642 г. (цит. по: Alvarez A., 1971). Однако, отдельные авторы считают, что (Daube D., 1972; Хайд Д., Блох С, 1998), этот термин появился уже в XII в.

Суицидальное поведение – понятие более объемное. Собственно, суицидальным поведением называются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Следует обратить внимание, что термин «поведение» объединяет разнообразные внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, которые, согласно современным психологическим воззрениям, находятся в отношениях генетического родства.

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. Перечисленный ряд понятий, с одной стороны, отражает различия в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов, а с другой стороны, представляет шкалу их глубины или готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения.

Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы, причем выделять перед ними, особую, недифференцированную «почву» в виде антивитальных переживаний. К ним откосятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь» и т. п., где ещё нет чётких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли. Они характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером

этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь и я бы умер ...» и т. д.

Вторая ступень – суицидальные замыслы. Это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья ступень – суицидальные намерения. Они предполагают добавление к идее решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их осуществления называется **пресуицидом**. Его продолжительность может исчисляться минутами («острый пресуицид») или месяцами («хронический пресуицид»). При длительном пресуициде процесс развития внутренних форм суицидального поведения четко следует описанным выше стадиям. Однако эта последовательность встречается не всегда. При острых пресуицидах суицидальные мысли и намерения можно наблюдать сразу – без предшествующих шагов.

К внешним формам суицидального поведения относятся суицидальные попытки и завершённые суициды.

Под «**завершённым суицидом**» понимают смерть от нанесённого самому себе повреждения.

Термин «**суицидальная попытка (покушение)**» относится к попытке травмы или самоубийства, которая не привела к смерти.

Демонстративно-шантажирующее суицидальное поведение предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию субъектом этого намерения с целью привлечения внимания окружающих.

Парасамицидное поведение характеризуется членовредительством, которое обычно делается с целью снижения переживаемого эмоционального напряжения или разрядки агрессивного аффекта.

Истинные суицидальные акты характеризуются последовательной реализацией обдуманного плана совершения самоубийства.

Причины суицида

Всемирная организация здравоохранения перечисляет около 800 причин самоубийств. Среди них преобладают:

- 41% – неизвестны;
- 19% – страх перед наказанием;
- 18% – душевная болезнь;
- 18% – домашние огорчения;
- 6% – страсти;
- 3% – денежные потери;
- 1,5% – пресыщенность жизнью;
- 1,2% – физические болезни.

Около 2/3 всех самоубийств происходят под влиянием личных и семейных причин. Среди них семейные конфликты и разводы занимают первое место и составляют 37 % от общего числа, болезни и смерть близких - 11,4 %, одиночество - 6,5 %, неудачная любовь - 4,2 %.

Кроме того, к личностно-семейным конфликтам относятся препятствия на пути удовлетворения насущной ситуационной потребности, неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других», изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция, отсутствие внимания и заботы со стороны окружающих, такие как также половая несостоятельность.

В 19% самоубийств ведущим мотивом был страх наказания. В эту рубрику также входят конфликты, связанные с асоциальным поведением суицидального лица, в том числе боязнь юридической ответственности, боязнь иного наказания или позора, а также самоосуждение за неблагоприятный поступок.

В 1,5% случаев основной причиной суицида была «пересыщенность жизнью» – состояние, при котором ни работа, ни семья, ни окружающий мир

не интересны и болезненны. В предсмертных записках «утомление жизнью» как причина самоубийства иногда представляется единственной причиной самоубийства.

Факторы риска

Суицидальное поведение имеет множество причин. Оно связано с целым комплексом сложных факторов, взаимодействующих друг с другом и создающих реальную опасность для человека. Оно включает:

- психические факторы, такие как глубокая депрессия, шизофрения, употребление алкоголя и наркотиков и тревожные расстройства;
- биологические факторы или генетические особенности (наличие случаев самоубийств в семейном анамнезе);
- жизненные события (потеря близкого человека, потеря работы);
- психологические факторы, такие как межличностный конфликт, жестокое обращение или история физического и сексуального насилия в детстве, а также чувство беспомощности;
- социальные и экологические факторы, в том числе доступность средств для совершения самоубийства (огнестрельное оружие, отравляющие газы, наркотики, гербициды и пестициды), социальная изоляция и экономические трудности.

Антисуицидальные факторы личности

Антисуицидальные факторы личности – это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений.

К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к родственникам и друзьям;
- сильное чувство долга, целеустремленность;

- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь нанести себе физический вред;
- учет общественного мнения и избегание осуждения окружающих, представления о позоре самоубийства и неприятие (осуждение) суицидального поведения;
- убеждения об упущенных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, идей;
- наличие духовно-нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- планировать свое ближайшее будущее и жизненные перспективы;
- негативная проекция их появления после суицида.
- привязанность к родственникам, близким людям, степень значимости отношений с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Для формирования антисуицидальных установок следует:

- постоянно общаться с ребенком, не оставлять его наедине со своими мыслями;
- укрепить уверенность в своих силах и возможностях;
- вселять оптимизм и надежду;
- проявите сострадание, окружите себя теплом и пониманием;
- осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Чем больше антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов имеет человек, в частности подросток, тем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем сильнее его антисуицидальный барьер.

2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ СУИЦИДОВ.

Не существует единой теории самоубийства. До сих пор остается открытым вопрос, что первично: биологическое программирование на саморазрушение, психические расстройства, деформации личности или приобретенная у членов семьи поведенческая (психологическая) стратегия, направленная на поиск выхода из ситуации кризиса только в самоубийственный способ.

Специалисты из разных областей знаний по-разному трактуют природу аутоагрессивного поведения.

Медицинская модель самоубийств.

Самоубийство является признаком или следствием болезни. Болезнь является результатом взаимодействия определенных причин (генетических, биологических и др.) человека и окружающей среды (физических, психологических и социальных условий). Поэтому при разработке профилактических программ необходимо учитывать конкретную этиологию заболевания, психологические особенности состояния человека и условия внешней среды.

Сторонники медицинской модели считают наиболее частым этиологическим фактором суицида психологические и поведенческие расстройства. Успешные профилактические программы требуют своевременной диагностики и соответствующего лечения психических расстройств.

Психопатологическая концепция суицида.

Французский психиатр Филипп Пинель писал о связи между самоубийством и психическими расстройствами. В «Медицинско-философском описании психических заболеваний» он описал «меланхолию с суицидальной тенденцией».

Психопатологическую концепцию самоубийства обосновал ученик Пинеля, французский психиатр XVIII века Жан-Этьен-Доминик Эскироль. Результат его сорокалетней психиатрической деятельности нашел отражение в учебнике «О душевных болезнях». Эскироль сильно ассоциировал самоубийство с психической патологией. Самоубийство он рассматривал как продукт болезненно измененной психики, квалифицировав суицидальные симптомы как симптом психического заболевания. «Самоубийство показывает все признаки психического заболевания, симптомом которого оно является», – писал он.

Моро де Тур выделил четыре формы самоубийства: маниакальное, автоматическое или импульсивное, самоубийства у меланхоликов и у одержимых навязчивыми идеями.

Известный психиатр Сергей Сергеевич Корсаков (1854-1900) не так четко связывал душевные болезни с самоубийством. Он не исключил возможности толкования самоубийства как не связанного с психическим состоянием человека. Его рассуждения не потеряли своей актуальности и сегодня. Он писал: «Самоубийство – явление, часто встречающееся в жизни и относящееся к числу деяний, не выходящих за рамки деятельности, которую может совершить вполне нормальный человек. Действительно, когда человек решается на самоубийство из чувства долга или исходя из требований разума, это может быть и в здравом уме. Но статистика показывает, что большинство самоубийц происходят из психопатических семей и часто представляют собой острые признаки психической неуравновешенности.

Согласно концепции основоположника суицидологии в СССР А. Г. Амбрумовой (1971), каждый случай самоубийства является результатом взаимодействия ситуативных, личностных и психопатологических факторов. Самоубийство она рассматривала как следствие социально-психологической дезадаптации личности к условиям переживаемого ею конфликта.

В современных американских психиатрических руководствах психическое здоровье также считается весьма значимым фактором совершения самоубийства. В США у 95% людей, пытающихся покончить жизнь самоубийством, диагностированы психические и поведенческие расстройства. На депрессивные расстройства приходится 80% этого числа, на шизофрению – 10%, на деменцию или делирий – 5%.

Биологическая концепция суицидального поведения.

Рассмотрение суицидального поведения как клинического явления указывало на наличие некоторых специфических патологических изменений в организме суицидального человека. С начала XIX века, когда суицидальное поведение рассматривалось в рамках медицинской модели, до сегодняшнего дня ведутся поиски биологической основы суицида.

Со второй половины 20 века активно изучаются биологические предикторы суицидального поведения. Изучаются биохимические корреляты, физиологические, нейрофизиологические и другие параметры жизнедеятельности организма, которые могут потенцировать суицидальное поведение. До настоящего времени однозначного биологического предиктора суицидального поведения не обнаружено, хотя сторонники нейрохимической и генетической гипотез суицида выявили ряд факторов, позволяющих выявить некоторые биологические закономерности формирования суицидального поведения, которые в перспективе могут быть использованы для создания дифференцированных терапевтических программ.

Анатомо-антропологическое направление

Анатомо-антропологические исследования суицидального поведения стали активно проводиться в XIX веке. Британский врач Ф. Уинслоу обобщил свои исследования и данные Эскироля, Фальре и других ученых в книге «Анатомия самоубийства». В некоторых наблюдениях он также выявил «дезорганизацию» сердца.

В дальнейшем исследователи ограничили свои поиски той областью мозга, в которой пытались найти своеобразный «центр самоубийств». Результатом исследований стал вывод не только об отсутствии специфических анатомо-антропологических маркеров суицидального поведения, но и об отсутствии прямой зависимости между суицидальным поведением, анатомо-физиологическими данными и наличием психических заболеваний).

Нейрохимическая гипотеза

Одной из наиболее разработанных биохимических гипотез суицида является серотониновая. При исследовании депрессивных пациентов, совершивших суицид, был обнаружен дефицит серотонина (снижение метаболизма 5-НТТ) в спинномозговой жидкости. Причем, более низкий уровень метаболита серотонина был выявлен у тех суицидентов, которые совершили суицидальную попытку более тяжелым и жестоким способом (например, выстрел из ружья, падение с высоты).

Люди, которые пытались покончить жизнь самоубийством и имеют дефицит серотонина, в 10 раз чаще повторяют попытку самоубийства, чем пациенты с более высоким уровнем серотонина. Выявлена связь агрессивности, суицида и серотонина с уровнем метаболитов аминов в спинномозговой жидкости. Доказано, что низкий уровень активности серотонина наблюдается у лиц с суицидальными наклонностями без клинических симптомов депрессии.

При исследовании моноаминоксидазы в тромбоцитах плазмы у здоровых добровольцев было выявлено, что у лиц, имеющих самый низкий уровень этого фермента, число суицидов в семейном анамнезе в восемь раз выше, чем у тех добровольцев, чей уровень тромбоцитов в плазме был высоким.

Генетическая гипотеза

Частота суицидов у родственников самоубийц значительно выше, чем в общей популяции. Американские суицидологи установили, что в 6% самоубийств один из родителей совершал самоубийство, что в 88 раз выше, чем в общей популяции. Выяснилось, что если один из монозиготных близнецов совершал самоубийство, то у второго суицидальный риск резко возрастал. Датские исследователи показали большую согласованность в отношении фактора самоубийства у однояйцевых близнецов, чем у разнояйцевых (R. Komer, 2002). Однако следует отметить, что эти же генетические данные психодинамически – и клинико-психологически ориентированные исследователи интерпретируют как подтверждение факта влияния самоубийства близкого человека на моделирование поведенческих стратегий в сложных жизненных обстоятельствах.

Самоубийство было семейной традицией нобелевского лауреата американского писателя Эрнеста Хемингуэя (1899-1961). В 1928 году отец писателя, доктор Кларенс Хемингуэй, преследуемый финансовыми неудачами и измученный болезнью, застрелился из ружья. Сестра Урсула и брат Листер также покончили жизнь самоубийством. Внучка писателя Марго, которая успешно работала моделью, но потом пристрастилась к алкоголю, отравилась снотворным.

Хемингуэй страдал от алкогольной зависимости и депрессии. За несколько месяцев до самоубийства он лечился в больнице, где пытался избавиться от бреда преследования и галлюцинаций. Лечение электросудорожной терапией (ЭСТ) усугубило состояние, резко ухудшилась память, Хемингуэй уже не мог писать. После двух безуспешных попыток восстановления ранним утром 2 июля 1961 года он поднес ко лбу свой любимый двуствольный дробовик «Босс» и одновременно нажал на оба курка...

Социологическая теория Э. Дюркгейма

С социологической точки зрения суицид относится к области социальной патологии и считается одной из моделей девиантного поведения.

На взаимосвязь между процессами, происходящими в социальной среде, и суицидальной активностью обратил внимание Э. Дюркгейм в своем социологическом исследовании «Самоубийство», ставшем классическим. Хотя эта работа была опубликована еще в 1897 г., она оставалась актуальной и наиболее цитируемой более ста лет.

Как социолог, Эмиль Дюркгейм (1858-1917) дистанцировался от психологических и психопатологических объяснений самоубийств, считавшихся тогда главной причиной, и статистически исследовал связь между частотой самоубийств и различными социальными характеристиками, поддающимися обработке (гендерными, возраст, социальный класс, религия, семейное положение и т. д.). Он использовал собранные статистические данные в качестве основы для своей теории социальной солидарности. Согласно этой теории, высокий уровень самоубийств в обществе свидетельствует об ослаблении чувства принадлежности.

Основываясь на анализе статистических данных, Э. Дюркгейм основной причиной суицидального поведения назвал аномию (греч. А-номи - беззаконие, норма). В состоянии аномии узы, объединяющие людей, ослабевают, что делает людей менее устойчивыми к жизненным изменениям и вызовам, что приводит к повышенному уровню самоубийств. «Каждое общество, считал Э. Дюркгейм, в известный исторический момент имеет известную склонность к самоубийству».

Э. Дюркгейм выделил три социальных типа самоубийств:

1) Эгоистическое самоубийство

Суицидальное поведение в этом случае объясняется тем, что связи, объединяющие человека с обществом, семьей, друзьями, ослабевают или разрываются, что приводит к крайнему индивидуализму. По мере того, что деятельность человека по своей природе коллективна и ментальные процессы

социально детерминированы, подобный разрыв социальных связей трагичен для личности. Человек теряет свой смысл жизни и объект для приложения своей энергии. Жизнь обесценивается. Данный тип самоубийств свойственен творческим людям, для личности которых характерен обостренный индивидуализм.

2) Альтруистическое самоубийство.

На этот раз суицидальное поведение, напротив, характеризуется слабо развитой индивидуальностью. Значимость общества или группы людей имеет такую важность, что человек упускает свою идентичность и беспрекословно следует требованиям большинства. Дюркгейм называет альтруистический суицид приметой «обществ низшего порядка». В это понятие он вносит ритуал самоубийства пожилых и немощных людей в примитивных обществах, массовые самоубийства в тоталитарных религиозных сектах, добровольное и собственноручное сожжение женщин после гибели их мужей (сати).

3) Анемическое самоубийство.

В этом варианте предпосылкой суицидального поведения является утрата идеалов, которые были первостепенными на протяжении многих лет, духовных ценностей, состояние безнравственности и потери веры, массовое изменение принятой социальной иерархии, экзистенциальный вакуум. Подобные самоубийства становятся не редки в период революционных процессов в социуме.

Э. Дюркгейм относил самоубийства к одному из видов девиантного поведения и считал его разрядом социальной патологии (таких как наркомания, алкоголизм, преступность и проституция). С его мнением соглашаются и современные социологи.

Психокультуральная теория М. Фарбера

М. Фарбер разработал закон, который можно описать так: частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству индивидов,

отличающихся ранимостью выше, чем у других, и масштабу лишений, свойственных данной популяции. Также он выразил эту закономерность формулой:

$$S=f(V,D),$$

где S – вероятность самоубийства;

f – функция;

V – повышенная ранимость (vulnerability);

D – масштаб общественных лишений (deprivation).

Из вышеописанной формулы становится понятно, что максимальная вероятность совершения суицида в популяции – это период социальных потрясений, в который уровень невротизации (а значит и ранимости) общества внезапно возрастает.

Возможны случаи осознанного суицида и в такие моменты, когда человек с довольно устойчивой и крепкой психикой неожиданно попадает в чрезвычайно сложную общественную ситуацию (D). Описывая подобную ситуацию, М.Фарбер в качестве примера говорит о событиях в восточном секторе Берлина, разделенного стеной, в котором за одну ночь (13 августа 1961 г.) количество суицидов выросло в 25 раз.

В вышеизложенном законе синтезированы и суждения Э. Дюркгейма, которые говорят о тесной связи количества суицидов с социально-демографическими характеристиками (D) и представления психоаналитиков, искавших первопричину суицида в личностных особенностях индивида (V).

Социокультуральная теория Карен Хорни

К. Хорни описала базовые принципы социокультуральной теории, которая объясняет суицидальное поведение как результат влияния друг на друга социокультуральных факторов и личностных характеристик человека. В ее работе достоверно описано, что современная культура способствует зарождению в людях повышенного уровня тревожности, который становится причиной, стимулирующей суицидальный риск или его эквиваленты в виде

разнообразных аддикций. Хорни выделила четыре основных метода избегания тревоги в современной западной культуре:

1) *Рационализация тревоги.* Самый действенный метод оправдания своего ухода от ответственности. Тревога трансформируется в рациональный страх.

2) *Отрицание тревоги, то есть устранение ее из сознания.*

Этот способ вызывает у человека соматовегетативные проявления. Изложен и механизм осознанного преодоления тревоги вследствие ее игнорирования.

3) *Попытка заглушить тревогу,* используя разные виды аддикций (алкоголь, наркотики и т.п.).

4) *Избегание мыслей, чувств, побуждений или ситуаций, вызывающих тревогу.*

Причиной самоубийства К. Хорни считала «базисную тревогу», которая создается в период детства и проявляется по причине несоответствия представлений человека о своей личности и «идеализированным образом» или эталоном, принятым в обществе. В том случае, когда чувство несоответствия социокультуральным стандартам возрастает, человек совершает «суицид исполнения».

Теория Нормана Фейбероу

Норман Фейбероу считается основоположником современной суицидологии. Написанная им вместе с Э. Шнейдманом монография «Крик о помощи», посвящена людям, которые впали в отчаяние и находятся в одиночестве. Он определил одиночество, как самое важное событие, стимулирующее суицидальное поведение. Изучая одиночество в аспекте психологии, он определил некоторые предпосылки этого феномена:

1) *Недостаточная социализация человека* (чем более явными становятся несовпадения между ценностями человека и общественными ценностями, тем выше опасность становления человека изгоем).

2) *Попадание в среду с пониженной коммуникативностью или в сложные личные и социальные ситуации* (эмиграция, статус беженца, резкие социокультуральные и экономические изменения в стране проживания и т.п.).

3) *Потеря близких, работы, социального статуса.*

Особенные мировоззрение и мироощущение талантливых людей, которые определяют наличие характерных ценностей и желаний, отличающихся от подобных стремлений в обществе, вследствие чего возникает непонимание и непринятие.

Работая с личностными паттернами суицидального поведения у пациентов психиатрических стационаров, Н. Фейбероу разделил их на 4 группы:

- Больные, совершающие суициды с целью обретения лучшей жизни.
- Больные, пришедшие к самоубийству по причине заболевания психозом.
- Больные, самоубийство которых является актом мести возлюбленному.
- Больные в престарелом возрасте, беспомощные, которые видят суицид как прекращение страданий.

Теория Эдвина Шнейдмана

Э. Шнейдман выделил следующие черты характера суицидентов:

- тяжелейшие душевные боли;
- чувство отчуждения от общества;
- чувство полной безнадежности и беспомощности;
- мысль о том, что кроме смерти выхода из данного состояния нет.

Используя личный клинический опыт, он создал типологию лиц, склонных к самоубийству:

1) *Искатели смерти:* лица, нарочно совершающие суицидальные действия, после которых невозможно остаться в живых, так как нет способа получить спасение;

2) *Инициаторы смерти*: больные со смертельным диагнозом, совершающие суицид для остановки оказания им медицинской помощи (отсоединение иглы или канюли), что приводит к летальному исходу;

3) *Игроки со смертью*: люди, нарочно ищущие необоснованного риска, совершающие события, в которых вероятность выживания минимальна. Типовым примером являются игроки в «русскую рулетку», где шансы погибнуть составляют 5 из 6;

4) *Одобрившие смерть*: категория лиц, имеющих серьезное и открытое желание закончить жизнь, но ничего не совершающих для выполнения подобной установки. Примером могут служить одинокие и оставленные старики, а также молодежь в повышенном уровне тревоги.

Помимо этого, Э. Шнейдман описал десять особенностей самоубийств, которые необходимо иметь в виду для успешной психотерапии:

- Общей целью для суицида становится попытка найти решение проблемы.
- Общей задачей суицида является остановка сознания.
- Общим стимулом суицида является психическая боль, с которой невозможно совладать.
- Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность.
- Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
- Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- Общим действием при суициде является бегство.
- Общим коммуникативным действием при суициде является предупреждение о своих намерениях.
- Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю поведения в течение жизни.

Концепция А. Г. Амбрумовой

В концепции А. Г. Амбрумовой (1971) самоубийство представляется как следствие социально-психологической дезадаптации личности в процессе переживаемого ею конфликта. Объективными изменениями человека при дезадаптации являются перемены в его поведении (вплоть до его патологической трансформации) и ухудшение социального функционирования. Субъективно дезадаптация проявляется в различных психоэмоциональных сдвигах: от отрицательных эмоций (тревога, душевная боль, обида, возмущение и т.п.) до клинически выраженных психопатологических синдромов. Иными словами, проявления социально-психологической дезадаптации существуют на двух уровнях: патологическом и непатологическом.

Каждый суицид является последствием взаимодействия ситуационных, личностных и психопатологических факторов. Также суицидогенность заключается не в самом событии, а характеризуется психологическими (личностными) особенностями человека, его личным опытом, полученным на протяжении жизни, сабильностью межличностных связей.

В контексте данной концепции суицидальное поведение рассматривается как один из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных условиях по всему диапазону диагностических вариаций – от психической нормы до выраженной патологии.

А. Г. Амбрумова представила суицидентов следующими диагностическими категориями:

- Психически больными.
- Пациентами с пограничными психическими расстройствами.
- Психически здоровыми.

Численное соотношение данных диагностических категорий составляет: 1,5 (психически больные): 5 (пограничные расстройства):1 (без психических расстройств).

В своей работе А. Г. Амбрумова со своими учениками выдвинула тезис о том, что прямая зависимость суицидального поведения от характера и тяжести болезненных переживаний отсутствует, а принятие суицидального решения становится возможным только после личностной переработки суицидогенного конфликта.

Даже людей, совершивших самоубийство в психотическом состоянии «псевдореальный» конфликт проходит через призма базисных личностных установок.

А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко (1980) описали возможные предпосылки суицидального поведения:

1) *Протест*: ответ на негативное действия объектов, ставших причиной психотравмирующей ситуации (к протестным мотивам относится месть);

2) *Призыв*: возможность получения помощи со стороны; целью данного действия является привлечение внимания к себе и желание получить сострадание от окружающих, тем самым изменив психотравмирующую ситуацию;

3) *Избежание*: избежание наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);

4) *Самонаказание*: попытка искупить «собственную вину» при совершении самоубийства;

5) *Отказ от жизни*: цель и причина суицидального поведения сходятся (цель-самоубийство, причина-отказ от существования).

Основополагающим фактором в вышеперечисленных категориях, потенцирующим суицидальные проявления, является суицидогенный конфликт.

Концепция И. П. Павлова

Павлов изучал рефлекс цели не только в физиологическом аспекте, но и как психологический феномен. Павлов утверждал, что по мере проживания

человеком его жизни, у него всегда имеется цель, ради которой человек готов использовать всю свою энергию. Также он делал акцент на том, что зачастую огромное количество энергии поступает на достижение неоправданных целей и наоборот. Первостепенным для человека является не сам факт достижения его цели, а совершаемый для этого процесс. Однако для полного, результативного проявления рефлекса цели необходимо некоторое его напряжение. Англосаксы на вопрос: «Какое главное условие достижения цели?» отвечают следующим образом: «Существование препятствий».

И. П. Павлов описывал отсутствие цели как определяющий фактор совершения суицида у большого количества людей. «Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна... Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него и происходит чаще всего мимолетное, и только гораздо реже продолжительное, задерживание, торможение ... рефлекса цели». И. П. Павлов высказал эту точку зрения в 1916 году на 3-м съезде по экспериментальной педагогике в Петрограде.

«Если каждый из нас будет лелеять этот рефлекс в себе как драгоценнейшую часть своего существа, если родители и все учительство всех рангов сделает своей главной задачей укрепление развития этого рефлекса в опекаемой массе, если наша общественность и государственность откроют широкие возможности для практики этого рефлекса, то мы сделаемся тем, кем мы должны и можем быть». Отсутствие прежней цели следует немедленно восполнять другой, потому как у человека есть бесконечные возможности и способы для выбора личных целей. В то время, когда у больного угасает рефлекс цели, необходимо задать ему новые направления развития и существования, привести примеры самоотверженной борьбы с болезнью, вселить веру и надежду на исцеление.

Концепция Antoon A. Leenaars (1988)

- Суицидент находится в состоянии невыносимой психической боль.

- Суицидент чувствует безнадежность и беспомощность перед имеющейся проблемой.
- Суицидент трудно взаимодействует в социуме, что ведет к фрустрированию его потребности в общении с людьми.
- Суицидент обращает на себя даже импульсы гнева (в том числе и гомицидные) по отношению к другому.
- Суицидент не способен адаптироваться к возникающим трудностям.
- Суициденту затруднительны прямые коммуникации, что связано с бессознательными элементами психики.
- Суицидент идентифицирует себя с другим, не отвечающим на его эмоциональную потребность, что приводит к психологической боли.
- Суицидент имеет хроническую историю потерь и неудач.
- Суицидент демонстрирует низкие способности развивать конструктивные и зрелые тенденции его личности.
- Суицидент обнаруживает несостоятельность мышления, его узкий фокус и невозможность формирования другого отношения к самоубийству.

Концепция Aaron Beck (Leenaars, 1990)

- Самоубийство опосредовано депрессией. Критическая связь между ними – чувство безнадежности.
- Безнадежность, определяемая в терминах негативных ожиданий, являясь значимым фактором суицида. Суицидент считает самоубийство единственно верным решением его/ее сложной ситуации.
- Суицидент видит будущее негативно и зачастую неправдоподобно. Он/она предвидят большие страдания, фрустрацию и депривацию.
- Суицидент оценивает себя негативно и нереалистично (как неизлечимого, беспомощного). Критика по отношению к себе, чувство вины и сожаления связаны с низкой самооценкой.
- Суицидент видит себя с лишением чего-то. Формируются мысли об одиночестве, ненужности и материальной необеспеченности.

- Подобные мысли общество способно подвергать критике, но он/она воспринимают их как единственно верные.
- Мысли суицидента в основном генерируются автоматически, без его воли, и часто обнаруживают когнитивные искажения (не связанные с шизофренией): ничего, никогда, всегда, чрезмерное обобщение или минимизация, неправильное понимание, селективное абстрагирование, негативные предубеждения.
- Аффективная реакция суицидента пропорциональна его оценке ситуации независимо от того, какова реальная интенсивность события.
- Вне зависимости от характера аффекта (тревога, грусть и др.) искажение ситуации связано с когницией.

Концепция D. Lester

1. Суицид является формой поведения, которой люди учатся в процессе получения негативного опыта в жизни. Детские переживания или социум формируют человека с суицидальными наклонностями и преципитируют суицидальный акт.
2. Для самоубийства критическим является переживание наказания ребенком в процессе его воспитания. В первую очередь суицидент учится подавлять гетероагрессию и обращать ее на себя самого.
3. Суицид может быть предсказан на основании основных законов обучения. Суицид – это сформированное поведение, которое поддерживается окружением.
4. Суицидальные мысли представляют собой стимул с последующим ответом в виде суицида. Когниция (как пример - самопохвала) может выступать как усилитель или закрепитель этого акта.
5. Ожидания суицидента играют критическую роль в момент суицида. Он/она ожидают подтверждения (награды за акт).
6. Депрессия, особенно ее когнитивный компонент, в очень большой степени связаны с суицидом и очень важны для объяснения суицидального

поведения (например, депрессия может быть вызвана обучением и/или вознаграждением).

7. Суицид может быть манипулятивным актом. Он поддерживается и закрепляется другими.

8. Суицидент не социализируется. Он/она недостаточно социализируются в традиционной культуре. Суицидент не смог выучить традиционные культуральные нормы в отношении жизни и смерти.

9. Суицид может быть усилен (закреплен) многими факторами окружения (субкультуральными нормами), влиянием TV, половыми предпочтениями определенной линии поведения, суицидами людей, значимых в жизни суицидента (моделированием), семейным и других средовых и культурных моделей.

Теория адаптации Р. Мариса

Основные постулаты копинг-теории Р. Мариса представлены в виде следующих статей:

1. Самоубийство – результат неудовлетворенности состоянием человека и хронической депрессии с отчаянием и неумением управлять состоянием человека (его жестокостью, ограниченностью, грубостью, непредсказуемостью, одиночеством).

2. Люди, склонные к суициду, имеют доступ (и знают) к способам покончить с собой.

3. Суицидальная безнадежность относится к повторяющейся депрессии, повторяющимся жизненным неудачам, длительным негативным отношениям и социальной изоляции.

4. Суицидальные люди обычно пытаются адаптироваться или изолироваться деструктивным путем (алкоголизм, наркомания, сексуальные эксцессы, попытки самоубийства).

5. Суицидальные люди имеют амбивалентное отношение к смерти. Хотя они обычно хотят умереть, их поведение не обязательно должно быть преднамеренным.
6. Суицидальный человек во многом рационален, чтобы избежать чего-то (боли, несчастья, отчаяния и т. д.). Самоубийство – это либо акт агрессии по отношению к другим, либо (реже) готовность пожертвовать собой ради изменения ситуации или повышения ценности своей жизни.
7. Самоубийства характеризуются неспособностью решить определенные задачи, возникающие на определенных этапах их жизни.
8. Самоубийства были травмированы в раннем возрасте или происходили из семей с многочисленными проблемами, особенно из семей с отцами.
9. У самоубийц были серьезные проблемы на работе или физические заболевания.
10. Люди, совершающие самоубийство, не являются глубоко религиозными людьми.

3. СУИЦИДАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ.

Реакции дезадаптации

Суицидальные дезадаптационные реакции связаны с влиянием объективно и субъективно значимых факторов внешней среды, вызывающих фрустрацию жизненных потребностей и порождающих состояние психологического кризиса. Дезадаптация носит количественный характер и состоит из ограничений способности человека управлять социальными функциями, поведенческих изменений в микросоциальной среде и негативно окрашенных психологических переживаний.

Характерны фиксация внимания на кризисной проблеме, связь состояния с изменением обстановки и сохранением трудоспособности. Суицидальная опасность реакций определяется резким снижением конструктивного планирования будущего и проявляется в виде переживания отчаяния.

Определяющим для развития того или иного варианта суицидальной реакции был не темперамент, а такие факторы, как степень переносимости фрустрации в целом; место, которое фрустрированная потребность занимает в системе ценностей; состояние энергетических ресурсов человека; Особенности межличностных отношений с другими значимыми людьми в районе.

В зависимости от преобладания аффективного, когнитивного или поведенческого компонента кризиса выделяют три дезадаптивных суицидальных реакции: реакцию оппозиции, пессимистическую реакцию, реакцию демобилизации.

Реакция оппозиции возникает как протест против действий других значимых фигур и характеризуется ярко выраженным экстракарательным (карательным - англ.) отношением личности, высоким уровнем агрессивности и явно негативной оценкой окружающих и их деятельности.

Самоагрессивные тенденции возникают на высоте проявления обиды, гнева, в результате гетероагрессивных высказываний, вплоть до

убийственных (лат. homo – человек, caedere – убивать). Преморбидная самооценка больных снижена под влиянием суицидальной установки типа: «унижение хуже смерти». Текущую кризисную ситуацию они воспринимают для себя обобщенно, заявляя, что не хотят жить в мире, где царит несправедливость.

Общая продолжительность суицидальной реакции (от момента воздействия психотравмы до исчезновения суицидальных тенденций) была относительно небольшой и составляла в среднем три недели.

Пессимистическая реакция развивается в ситуации необратимой утраты значимого человека или других доминирующих ценностей. Его отличительные черты - негативная оценка настоящего, будущего и собственных возможностей; исчезновение смысла жизни. Выражаются соответствующие изменения в мироощущении, мировоззрении, суждениях и оценках, модификации системы ценностей, которые приводят к формированию негативных представлений о ситуации, которая оценивается как реально или потенциально неблагоприятная.

Такое восприятие вызывает стойкое снижение уровня оптимизма и препятствует продуктивному планированию деятельности в будущем. Во-вторых, снижается самооценка, нарастает ощущение недостаточности собственных возможностей.

Больные склонны к самоанализу и пессимистическим выводам при интерпретации различных жизненных событий. Эти особенности приводят к преобладанию когнитивного компонента в развитии пессимистической реакции. Вышеупомянутый компонент содержит негативные образы собственной ненужности, бесперспективности и болезненности в дальнейшей жизни, пессимистический вывод о невозможности выхода из кризиса в силу нехватки времени и возможностей.

Такие представления не являются следствием болезненно измененного настроения, а, наоборот, предшествуют ему и полностью определяются спецификой познавательной сферы, тенденцией к формированию

неадаптивных установок. Эти установки тесно связаны с представлениями о чем-то большем, чем собственная жизнь, о важности семейных, личных, общественных, престижных и других ценностей.

По сравнению с описанными выше суицидальными реакциями демобилизационная реакция характеризуется наиболее резкими изменениями в коммуникативной и мотивационно-волевой сфере.

Происходит отказ от привычных контактов или их существенное ограничение, в результате чего сохраняются стойкие чувства одиночества, беспомощности, безысходности. Характерен также частичный отказ от деятельности, а их продуктивность снижается и не удовлетворяет самого больного, приводя к психологическому дискомфорту, чувству отверженности и замкнутости.

Эта реакция обычно возникает у молодых людей, которым свойственна психическая незрелость, низкая устойчивость к фрустрациям, склонность «уходить» или «избегать» трудных жизненных обстоятельств. Больные сравнительно легко испытывают чувство краха, «неудачи в жизни», сопровождающееся снижением мотивов и волевых усилий, направленных на устранение конфликта. Из-за отсутствия активного стремления к достижению цели любые попытки изменить жизненную ситуацию заканчиваются неудачей, что приводит к сужению представлений о надежных средствах разрешения психологического кризиса и его дальнейшему углублению.

Невротические реакции

Содержание суицидальных переживаний у больных неврозами характеризуется относительно небольшой связью с психотравмирующей ситуацией. Преобладает фиксация на собственном состоянии, при которой на первый план выступают не резко выраженные соматовегетативные расстройства. Остальные клинические проявления плохо сформированы и непостоянны.

Суицидальный риск низок и ограничивается суицидальными мыслями на пике опыта. У суицидальных людей пресуицид длится около трех недель; как правило, суицидальные тенденции сохраняются в постсуицидальном периоде в течение 8-10 нед, постепенно трансформируясь в суицидально-ипохондрическую симптоматику с тенденцией к затяжному течению. В зависимости от основного клинического синдрома выделены четыре невротических суицидальных реакции: истерическая, фобическая, ипохондрическая и астеническая.

Истерическая невротическая суицидальная реакция наблюдается у больных, для которых характерна повышенная самовнушение, чрезмерная требовательность к другим по сравнению с собой, чрезмерная потребность во внимании.

Эти больные проявляют суицидальные наклонности в эмфатической и демонстративной форме, стараются переложить ответственность за свое суицидальное поведение на других, легко вступают с ними в конфликт, используют тяжесть своего состояния как способ вызвать чувство вины у значимых других и улучшить свое отношение к они сами; попросите врача помочь вам в этом.

Тяжесть суицидальных переживаний зависит от отношения окружающих; настроение быстро меняется, больные быстро переходят от смеха к бурным рыданиям. С одной стороны, они подчеркивают исключительность, непереносимость своего страдания, а с другой стороны, пассивны в психотерапевтической работе, используя ее как предлог для привлечения внимания врача.

Фобические невротические суицидальные реакции наблюдаются у больных, которым в преморбидном состоянии свойственны повышенная восприимчивость, тревожность; у таких больных с детства есть страхи: темноты, одиночества, мертвых, смерти. В последующем они сопровождаются клаустрофобией, боязнью езды в метро, сопровождаются вегетативными кризами в соответствующей ситуации.

Такие расстройства развиваются эпизодически, на фоне астении или психотравмирующей ситуации, купируются, как правило, самостоятельно. В клинической картине при госпитализации основное место занимают суицидальные и суицидальные переживания; страх безумия присоединяется к ним в разгар эмоционального напряжения.

Суицидальный риск низкий из-за страха суицида и смерти, выступающего антисуицидальным фактором. Такие больные часто обращаются к врачу с просьбой еще раз убедить их в том, что они вполне способны контролировать свое поведение и психическую деятельность, но на время успокаиваются, а на высоте тревоги у них вновь появляются суицидальные и суицидальные наклонности, фобические переживания.

Ипохондрическая невротическая суицидальная реакция, помимо суицидальных переживаний, проявляется в страхах за свое здоровье, которые подкрепляются имеющимися соматогенными и астеновегетативными симптомами. Для таких больных в преморбидном периоде характерна тревожная мнительность, повышенная забота о своем здоровье; при стационарном лечении проявляют повышенный интерес к данным планового соматического обследования и просят назначить консультации различных специалистов, провести углубленное медико-психологическое обследование.

С одной стороны, они фиксируют внимание врача на различных симптомах своего состояния, с другой стороны, крайне негативно соглашаются на медикаментозную терапию из-за боязни возможных побочных эффектов лекарств, боятся к ним привыкнуть. Страх за свое здоровье и боязнь инвалидности в случае неудачной суицидальной попытки играют роль антисуицидального фактора.

Астеническая невротическая суицидальная реакция возникает у больных в кризисе на фоне повышенного психического истощения и снижения работоспособности.

Такие больные в преморбидном периоде отличаются низким уровнем энергии и легко поддаются трудностям, впадают в уныние даже при

небольших неудачах, быстро впадают в уныние при перегрузках (особенно эмоциональных и интеллектуальных), стараются избегать трудных ситуаций, ответственны и особенно конфликтны.

При возбуждении эти больные теряют сон и аппетит, становятся раздражительными, несдержанными, плаксивыми, чувствительными. Изредка у них развиваются вегетативные расстройства с элементами ипохондрического прикрепления.

В стационаре такие больные малообщительны, много времени проводят в постели, жалуются на трудности концентрации внимания на какой-либо умственной работе, пессимистично оценивают свои возможности преодоления кризиса.

При этом они не обращаются за помощью, заявляют, что смирились со своей судьбой и просят лишь облегчить их страдания. Такое безразличие к своему будущему, в том числе к исходу травмирующей ситуации, снижает актуальность фрустрированной потребности и тем самым действует как антисуицидальный фактор.

Психопатические реакции

Эффективность коррекции агрессивных и аутоагрессивных тенденций во многом зависит от учета личностных факторов. Психологические исследования выявляют у суицидальных лиц определенные черты личности и, в частности, черты незрелости в эмоциональной и познавательной сферах. Выделяют следующие особенности суицидов: эмоциональная зависимость; шизоидный; застрявший аффект; эмоционально-вегетативная лабильность; импульсивная, недифференцированная агрессивность, провоцирующая большое количество конфликтных ситуаций; склонность к разрушению и саморазрушению; особое отношение к смерти.

Результаты экспериментально-психологических исследований показывают, что самоубийцы различаются чертами характера, отсутствующими у больных неврозами, и это позволяет говорить о

«суицидальном развитии», проявляющемся на уровне акцентуации характера, не достигающем степени психопатии, указывает на корреляцию акцентуаций характера с типом суицидальной реакции (ситуативный, демонстративный, аффективный).

Среди самоубийц преобладают истерические и возбудимые психопаты (39% и 30% соответственно), за ними следуют психопаты астенического и аффективного круга. Наибольшая вероятность повторных суицидальных попыток у возбудимых психопатов. Тип суицидального поведения строго не связан с радикальной психопатией.

Так, при истерической психопатии наблюдаются не только попытки демонстративного шантажа, но и истинные (такие как обращение, протест, избегание); при возбудимой психопатии - не только протестные самоубийства, но и уклонение от воинской повинности. Наиболее широкий спектр причин и особенностей суицидального поведения наблюдается у астенических и психических больных. Суицидальный риск выше в следующих случаях:

- при «маргинальных» и мозаичных формах психопатии, при которых отсутствуют ригидные, клинически наполненные патологические паттерны реагирования;
- на этапе формирования психопатической структуры;
- с длительной личностной проработкой конфликтной ситуации без определенного способа реагирования на ту или иную форму психопатии, то есть с замедленной психопатической реакцией.

Лазарашвили описывает следующие формы суицидальных реакций у психопатических личностей возбудимого круга.

Меланхолично-депрессивная реакция наблюдается в ситуациях потери близких, разрыва особо значимых отношений, падения профессионального престижа. Выраженная меланхолическая привязанность переживается как крайне болезненное телесное ощущение в области сердца, головы, сопровождающееся мыслями о незаслуженной обиде, несправедливости

перенесенных страданий, депрессивной переоценкой прошлого при наличии легкого психомоторного задержки.

Тревожно-депрессивная реакция формируется в ситуации угрозы краха социального государства, неизлечимой болезни, юридической ответственности, потери значимых людей. Тревога преобладает над склонностью к меланхолии, беспокойство, возбуждение, ощущение невыносимой ситуации. В основе этого состояния лежит стенический компонент, трансформирующийся в суицидальное поведение как вспышка протеста, апелляции или избегания.

Дисфорическая реакция возникает, когда они сталкиваются с препятствием, возникшим перед их сугубо корыстной целью, требованиями нормализации своего поведения. Суицидальной попытке обычно предшествует межличностный конфликт в профессиональном или личностно-семейном контексте. Реакция характеризуется вспышками гнева, бранью, угрозами на фоне гневного и мрачного настроения.

Попытка самоубийства обычно предпринимается, когда гетероагрессию невозможно заметить, а агрессивному поведению иногда предшествует членовредительство. Самоубийство всегда острое, покушения совершаются первым попавшимся под руку предметом, преобладают членовредительства и отравления бытовой химией.

Попытка самоубийства, хотя и сопровождается представлениями о смерти, носит скорее характер разрядки привязанности и по своему личностному смыслу является реакцией протеста, мести.

Псевдорантоидная реакция наблюдается в условиях длительной переработки травматических переживаний, связанных с нарушением личных и социальных отношений. На фоне психического напряжения появляются представления о будущем угрожающего характера, тревога, беспокойство, нарушения сна и выраженная астения.

При пресуициде происходит борьба мотивов, за которой следует внезапное самоубийство по типу «суицидального похищения».

Суицидальное решение принимается в случае дополнительных и часто кажущихся незначительными психотравмирующих воздействий. Самоубийство серьезно и опасно для жизни. Постсуицид чаще всего бывает суицидального типа, с выраженной астенией.

Динамика постсуицидального состояния у возбудимых лиц бывает суицидально-фиксированной или манипулятивной. В первом случае при неразрешенной конфликтной ситуации все больше углубляется декомпенсация и наступает хроническая дезадаптация. Повторные суицидальные попытки происходят в условиях легкой травмы, реальны и имеют очень тяжелые медицинские последствия.

При манипулятивном типе постсуицида и изменении психотравмирующей ситуации в благоприятную для больного сторону отмечается неадекватная адаптация с псевдокомпенсаторными образованиями и периодическими припадками.

Попытки суицида у возбудимых лиц снимают аффективное напряжение, сужая поле сознания, имеют импульсивный механизм, создают впечатление неадекватности ситуации. Каждое последующее повторение аутоагрессивного акта, сенсibiliзирующего человека, создает готовность к повторным суицидальным попыткам, позволяя ему предпринимать все более рискованные действия, часто с высокой вероятностью летального исхода. Независимо от характера очередного постсуицидального, в личности постепенно нарастают эгоцентрические установки и истерические формы реагирования.

Истероидные личности демонстрируют самый широкий спектр различных расстройств. Отличается многочасовым драматическим представлением необычного образа болезни, перемежающегося рассказами о встречах с известными людьми и прочими фантазиями, что затрудняет диагностику.

В отделении больные становятся «самыми трудными, самыми трудными или самыми терпеливыми», стремятся быть в центре внимания,

интриг, конфликтов, настаивают на назначении модных лекарств, угрожают персоналу жалобами и самоубийством. Испытывая гнев и провоцируя враждебные чувства к себе у окружающих, больные невольно усугубляют тяжесть своего соматического состояния.

Существует сенситивный тип истероидных личностей, которые отличаются психофизической инфантильностью, молодостью и хрупкостью в сочетании с притворной наивностью и откровенностью. За их показной непрактичностью скрывается житейская хватка и находчивость.

Демонстрируя свою слабость, эти люди ставят окружающих в зависимость от своих желаний и прихотей. В ситуациях длительного психического напряжения у них развиваются конверсионные, соматизированные и астеноипохондрические реакции, расстройства пищевого поведения.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ДЕПРЕССИИ (ШКАЛА БЕКА).

Суицидальный риск – это степень вероятности возникновения суицидальных импульсов, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

Тяжесть суицидального риска можно определить путем сравнения суицидальных и антисуицидальных личностных факторов, а также степени влияния ситуационных и средовых факторов на личность. Существуют следующие варианты суицидального риска:

- острая: высокая вероятность суицидальных актов должна рассматриваться как неотложная помощь;
- хронический: длительное существование устойчивых к терапии суицидальных переживаний, которые не прекращаются после суицидальной попытки.

Шкала Бека была предложена А. Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений автора, что позволило выявить ограниченный набор наиболее значимых и значимых симптомов депрессии и жалоб, наиболее часто предъявляемых больными. После сопоставления этого перечня параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, была разработана анкета, включающая 21 категорию симптомов и расстройств. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих конкретным проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения были ранжированы как специфический вклад симптома в общую тяжесть депрессии.

Анкета выдается пациенту и заполняется им.

Баллы по каждой категории рассчитываются следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в зависимости от возрастающей тяжести симптома. Общий балл колеблется от 0 до 62 и уменьшается по мере улучшения вашего состояния.

Таблица 1

Бланк вопросов шкалы Бека

№		Ранг оценки
. I.	<p>A</p> <p>0. Мне не грустно;</p> <p>1. Мне грустно (тоскливо, печально);</p> <p>2. Мне постоянно грустно и я не могу от этого отвлечься;</p> <p>3. Мне так печально, что я не могу этого вынести</p>	
. II	<p>B</p> <p>0. Я не особенно мрачно смотрю на будущее;</p> <p>1. Я мрачно смотрю на будущее;</p> <p>2. Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем;</p> <p>3. Я чувствую, что в будущем меня не ждет ничего хорошего, и что ничего нельзя изменить</p>	
. III.	<p>C</p> <p>0. Я не чувствую себя неудачником;</p> <p>1. Я чувствую, что у меня неудач больше, чем у других людей;</p> <p>2. Иногда, когда я оглядываюсь на свою жизнь, она представляется мне цепью неудач;</p> <p>3. Я чувствую себя абсолютным неудачником (как супруг, как родитель...)</p>	
D	<p>1. Я не испытываю особенной</p>	

. IV.	<p>неудовлетворенности;</p> <p>2. Я ни от чего не получаю такого удовольствия, как раньше;</p> <p>3. Ничто больше не приносит мне удовлетворения;</p> <p>4. Я всем недоволен</p>	
. V. E	<p>0. Я не чувствую себя особенно виноватым;</p> <p>1. Большую часть времени я чувствую себя плохим или недостойным человеком;</p> <p>2. Я чувствую за собой определенную вину;</p> <p>3. Я чувствую, что я очень плохой, недостойный человек</p>	
. VI. F	<p>0. Я не разочарован в себе;</p> <p>1. Я разочарован в себе;</p> <p>2. Я противен себе;</p> <p>3. Я ненавижу себя</p>	
. VII. G	<p>0. Мне не приходит в голову нанести себе вред;</p> <p>1. Я чувствую, что лучше было бы мне умереть;</p> <p>2. У меня есть определенный план совершения самоубийства;</p> <p>3. Я покончил бы с собой, если бы мне это удалось</p>	
. VIII. H	<p>0. Я не потерял интерес к людям;</p> <p>1. Люди интересуют меня меньше, чем</p>	

	<p>раньше;</p> <p>2. Я почти полностью утратил интерес к людям и стал равнодушен к ним;</p> <p>3. Я совсем потерял интерес к людям и не думаю о них</p>	
IX.	<p>I. 0. Я принимаю решения так же легко, как и раньше;</p> <p>1. Я стараюсь откладывать принятие решений;</p> <p>2. Мне крайне трудно что-либо решать;</p> <p>3. Я потерял способность принимать любые решения</p>	
X.	<p>J. 0. Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем раньше;</p> <p>1. Меня беспокоит, что я выгляжу постаревшим и непривлекательным;</p> <p>2. Я чувствую, что моя внешность ухудшается, что делает меня все более непривлекательным;</p> <p>3. Я чувствую, что выгляжу уродливым или отталкивающим</p>	
XI.	<p>K 0. Я могу работать так же легко как раньше;</p> <p>1. Мне приходится прилагать некоторые усилия, чтобы взяться за что-нибудь;</p> <p>2. Мне очень трудно заставить себя взяться за</p>	

	<p>что-нибудь;</p> <p>3. Я совсем ничего не могу делать</p>	
L . XII.	<p>0. Я устаю не больше, чем обычно;</p> <p>1. Я устаю быстрее, чем раньше;</p> <p>2. Я устаю от всего;</p> <p>3. Усталость не дает мне ничего делать</p>	
M . XIII.	<p>0. Аппетит у меня не хуже, чем вчера;</p> <p>1. Аппетит у меня не такой хороший, как раньше;</p> <p>2. Аппетит у мен стал намного хуже;</p> <p>3. У меня нет совсем аппетита</p>	

Таблица 2

Интерпретация полученных результатов

Степень выраженности депрессии	Ранг оценки
Отсутствие депрессивных симптомов	0-9
Легкая депрессия (субдепрессия)	10-15
Умеренная депрессия	16-19
Выраженная депрессия (средней тяжести)	20-29
Тяжёлая депрессия	30-63

5. СУИЦИДЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.

Суицидальное поведение больных шизофренией

Суицидальное поведение при шизофрении чаще всего обусловлено психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные воздействия окружающей среды и наблюдается при медленном и малопрогрессирующем течении процесса, а также в ремиссиях с пароксизмальным течением. Для него характерна относительная безопасность больного, критичность, «реактивность» на ситуацию. Преобладают причины потери значимого человека и осознания своей неадекватности в различных сферах деятельности. Риск суицида выше при астеническом и психопатическом типах ремиссии.

Реже наблюдается суицидальное поведение, которое обусловлено психотическими расстройствами при простой форме шизофрении с изменением личности, синдромом метафизической интоксикации, аутистически-пессимистическим мировоззрением, инакомыслием, дистимическими расстройствами. Суицидальные конфликты развиваются в абстрактной и виртуальной сфере; здесь господствуют угнетающие красочные представления о бессмысленности жизни и тщетности жизни. Для этих больных характерна суицидальная мания с хронически высоким суицидальным риском.

Третий психотический вариант суицидального поведения возникает при остром развитии параноидно-аффективного и параноидно-галлюцинаторного кризов. Патологическая мотивация суицидального поведения связана с бредовыми идеями несостоятельности, самообвинения, осуждения, преследования и физического воздействия; ипохондрические и дисморфофобические идеи; бред ревности, словесные галлюцинации, в том числе императивного характера; различные деперсонализационные и сенестопатические расстройства; патологические изменения самооценки; первичная потеря смысла жизни.

Выявлены следующие мотивы суицидального поведения у больных шизофренией:

- неопределенная угроза (переживания от качественно интенсивного до неопределенного страха, как надвигающаяся катастрофа);
- опасные для жизни (переживание специфического страха за жизнь); и
- угроза личного опустошения и деградации (опыт нарастающей психической дезорганизации);
- изменение мировоззрения (переживание утраты способности эмоционально реагировать на окружающую среду);
- изменение самосознания (переживание собственного изменения);
- несправедливое отношение (опыт незаслуженного обвинения, осуждения),
- преследование (опыт несправедливого «преследования» другими);
- соматическое заболевание, физические страдания (переживание наличия опасного для жизни заболевания, уродства);
- потеря близкого человека (переживание потери близкого человека);
- изменение привычного стереотипа жизни, одиночество (переживания, связанные с социальной изоляцией, неблагоприятные изменения образа жизни),
- страдания и несчастья других (опыты самоосуждения, самообвинения),
- неудача (переживание собственной неполноценности);
- потеря престижа (переживание заниженной самооценки со стороны "*других");
- первичная потеря смысла жизни (переживание бессмысленности и бессмысленности собственного существования).

Типы суицидального поведения больных шизофренией

Аутистически-рационалистический тип возникает, когда аутизм больного нарастает в сочетании с изменениями личности, обычно в виде особого аутистически-пессимистического мировоззрения (обычно в рамках

простой формы шизофрении). Синдром изоляции характеризуется отстранением от реального мира и переориентацией личностной позиции больного на общественном уровне. Эти изменения определяют появление аутистически-пессимистического мировоззрения и суицидального поведения. Суицидальные конфликты возникают на фоне своеобразного мировоззрения и лишены какой-либо реальной основы. Суицидальные мотивы приобретают нереальный, абстрактный характер. Социальная среда воспринимается как препятствие для «осмысленных» форм деятельности и поведения.

Содержанием конфликта является прежде всего потеря смысла жизни, связанная не с депрессией, а с постоянно меняющейся позицией личности. Эти личностные установки практически не подвержены спонтанным колебаниям и не снижаются под влиянием антидепрессантов. Суицидальность у больных этой группы крайне настойчива и связана с угрозой смерти.

Психотическая форма суицидального поведения с произвольной реализацией суицидальных намерений связана с аффективно-параноидным отношением к окружающему и к собственной личности. Клиническая картина содержит разнообразные продуктивные психопатологические синдромы (параноидный, депрессивно-параноидный, острый бредовый, онейроидный и др.), в том числе конфликтогенные моменты. Суицидальные мотивы формируются на фоне конфликтных ситуаций, определяемых содержанием психоза. Наиболее частой причиной суицида при параноидных состояниях являются переживания, обусловленные содержанием психоза: угроза смерти, несправедливое обращение, страдания и несчастья других, преследования. Для больных эти ситуации реальны и связаны с глубокими жизненными переживаниями.

Суицидальные попытки при этом типе мотивации совершаются на фоне острого аффективного напряжения, пика аффекта страха, тревоги, отчаяния, обиды и безысходности. В параноидной угрожающей жизни ситуации обобщенным мотивом суицидального поведения является

собственный вывод больного о том, что «лучше покончить жизнь самоубийством, чем в постоянной агонии, страхе, ожидании грядущей мучительной смерти от рук врагов или позора». Угрожающая ситуация представляет собой реальное переживание в бредовой структуре психоза, что объясняет высокий риск суицида в этих случаях. Продолжительность суицидального периода у этой группы больных определяется длительностью психотического состояния.

Психотический тип суицидального поведения с произвольной реализацией суицидальных намерений формируется в условиях психотического отчуждения от психических и двигательных процессов, которые определяются наличием императивных вербальных галлюцинаций, несущих команду на самоубийство, психические мыслительные и кинестетические автоматизмы, «символические сигналы самоубийства».

Психопатологические расстройства имеют меньший спектр по сравнению с предыдущей группой. Наиболее часто в пре-суицидальном периоде и в момент совершения суицидальных попыток наблюдаются галлюцинаторно-параноидные синдромы с императивными вербальными галлюцинациями или кинестетическими психическими автоматизмами с суицидальным содержанием. Далее следуют атипичные аффективно-параноидные и депрессивные расстройства, сопровождающиеся явлениями вербального псевдогаллюциноза с суицидальными императивами. Различают также острые галлюцинаторно-бредовые состояния, редуцированные онейроидные состояния и острые синдромы Кандинского.

Развитие галлюцинаторно-преобладающего синдрома Кандинского начинается со словесных иллюзий, элементарных галлюцинаций. В дальнейшем появляются «голоса», комментирующие мысли и действия пациентов. Суицидальная тема содержания галлюцинаций возникает после собственных суицидальных мыслей больного, представляющих собой конфликтные ситуации, связанные с психозом.

Императивный характер галлюцинаций разрешается позднее и отражает уровень суицидальной готовности больного. В ряде случаев суицидальные императивы «подкрепляются» кинестетическими психическими автоматизмами. Такие больные чувствуют, что на них действует внешняя сила, которая «загоняет их в петлю», контролирует их движения при вскрытии вен, направляет их к месту, где лежат таблетки и т. д.

Риск суицида особенно высок на ранних стадиях шизофрении. Внешне немотивированная попытка самоубийства является первым проявлением психического заболевания. При проявлении болезни в мантии деперсонализации-дереализации у больных развивается острое состояние самотрансформации с антижизненными переживаниями, ощущением надвигающейся опасности, катастрофы, необъяснимого страха. Нарастание аффективного напряжения приводит к сужению сознания и позднее к частичной амнезии. Напряжение купируется суицидом, мотивация которого больными часто не объясняется вследствие амнезии.

При малопрогрессирующем, невротическом, психопатическом и параноидном вариантах шизофрении, а также в период ремиссии психотравмирующие факторы играют ведущую роль в формировании суицидального поведения больных. Клинические особенности вялотекущего процесса с формированием своеобразных изменений личности определяют нестандартные типы реакций, в структуру которых нередко входят суицидальные наклонности и действия. Незначительные психогенные опасности в сознании больных легко переходят в невыносимые, безнадежные ситуации. Нонконформизм, жизненная неприспособленность, избирательность контактов, затрудненность адаптации в коллективе создают и увеличивают межличностные конфликты.

Наиболее чувствительны к различным психогенным воздействиям больные с астеническим типом ремиссии, в то время как больные с психопатоподобными и параноидными формами ремиссий характеризуются

большой неадекватностью и парадоксальностью реакций. Обычно суицидальное поведение можно выявить во время астенической ремиссии, при которой отмечается выраженная сенситивность, чувство утраты личного, профессионального, социального престижа.

Психогенные реакции, возникающие у больных под действием постоянного ощущения психического дискомфорта, внутреннего конфликта личности, часто реализуются в суицидальные действия по виду призыва или же избегания.

Суицидальное поведение во время психопатободобного изменения личности обычно возникает при конфликтных ситуациях быденного или рабочего характера. Часто можно выявить несоответствие социальных претензий их реальным возможностям. В то время как реальные обстоятельства часто гипертрофируются, или парадоксально трактуются. Конфликты при таких ситуациях имеют внешний характер, с объективными суицидальными высказываниями, угрозами. Агрессия, направленная на себя, обычно сочетается с агрессией к окружающим. В большинстве случаев они носят демонстративный характер и приводятся в исполнение по мотивам протеста или призыва.

6. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОЛОГИИ.

Согласно статистическим данным каждый день больше 1000 молодых людей пытаются покончить жизнь самоубийством. Это является второй по распространённости причиной гибели в молодости, а если включить самоубийство, замаскированное под другие виды насильственной смерти, то, вероятно и первой.

Наибольшее количество попыток суицидального поведения реализуется в возрасте 16-24 года; в связи с незащищённостью данной социальной группы. Потеря поддержки личности и жизнеобеспечения. Утрата единения с обществом. Потеря веры в лучшее изменение в будущем. Страх за здоровье и болезненную смерть. Подавленное состояние после абьюзивных отношений. Посттравматическое стрессовое расстройство, по причине нахождения в зоне военных действий. Переживание утрат. Подражательные самоповреждения, вследствие заразительности самотравмирующего поведения.

Суицидальное поведение у детей и подростков

Самотравмирующее поведение детей, подростков крайне опасно. Последующие попытки суицида сохраняются в 60% случаев.

Выраженной особенностью детского возраста является несформированность понятия смерти, что ведёт к отсутствию страха перед ней. Данное понятие формируется лишь к 11-14 годам. В связи с чем в данном возрасте выражено несоответствие целей и средств суицидального поведения: например, при желании умереть выбираются неопасные с точки зрения взрослых средства и напротив – демонстративные попытки часто «переигрываются» из-за недооценённости опасности выбранных средств и способов. Из-за несформированности и отсутствия жизненного опыта самая незначительная конфликтная ситуация может рассматриваться как безвыходная, и потому она может являться крайне суицидоопасной. Помимо

этого, большой вклад вносит отягощённый семейный анамнез. К суицидогенным составляющим семейного воспитания относят: гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, в купе с низким уровнем культуры и образования. Конфликты в семье чаще строятся на неприятии молодым человеком системы ценностей родителей.

Потеря взаимоотношений с родителями является одним из наиболее сильных стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о прекращении жизни мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям. В то время как хорошие доверительные отношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1%, постоянные ссоры, наоборот, ведут к увеличению этого риска до 18%. Наиболее психотравмирующе дети переносят холодное безразличие родителей к своей личности. Смертельный холод одиночества чувствуется в ответах 17% мальчиков и девочек, рассказывающих, что в тяжелые минуты своей жизни они не хотят (или не могут) ни к кому обращаться за помощью. Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Весьма опасна в этом возрасте и скрытая депрессия. Депрессии у детей и подростков трудно диагностируемы, так как часто маскируются гиперактивностью и агрессией. Наиболее суицидоопасная группа детей, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Основные мотивы суицидального поведения детей:

32% - обида;

30% – протест;

38% – одиночество, стыд, недовольство собой.

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста

Реакция депривации (чаще всего младший и средний подростковый возраст). Характерны: утрата интересов, снижение эмоционального фона, скрытность, необщительность и негативные переживания. В анамнезе – жесткое авторитарное воспитание.

Эксплозивная реакция (чаще всего средний подростковый возраст). Для неё наиболее выражены: аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень претензий к окружающим, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе – воспитание в семье, где данные модели поведения традиционны для взрослых. Совершающие суицид преследуют цель отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на пике аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.

Реакция самоустранения (чаще всего средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости). Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость и несамостоятельность. Это педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Цель суицидальных действий – уход от трудностей.

Возрастное своеобразие самоагрессивного поведения психически здоровых подростков выражается в специфике суицидальных действий, которые выражаются в следующем.

Самоповреждения. Характерно сочетание как ауто-, так и гетероагрессии. В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях; чаще всего эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный кризис декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба и обида. Для таких подростков характерно объединение с ровестниками оказавшимися в схожей жизненной ситуации.

Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. Семьи этих подростков конфликтны, но не асоциальны.

Наиболее встречаемы у данных подростков: истероидные и возбудимые типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников испытывают дискомфорт в следствии завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей – нарушается. Актом суицида подросток стремится утвердить свою правоту и отомстить обидчику. При данном виде поведения реализация наступает немедленно, которая в большинстве случаев ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация этим образом не разрешается, то возможен повтор.

Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5–6-го проявляется хорошая адаптация, но с появлением трудностей в школьной программе и из-за завышенной самооценки и уровня притензий возможна дезадаптация. Это приводит к тому, что в группе сверстников они вначале занимают лидерское положение, а затем происходит падение авторитета. Пресуицид у этих подростков более продолжителен, так как происходит наиболее рациональный поиск безболезненных способов прервать жизнь. При этом окружающим заранее сообщается о намерениях. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

Суициды с мотивацией самоустранения. На первый взгляд семьи этих подростков благополучны, но нестабильны; конфликты чаще носят неявный характер. Поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм; а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный кризис заканчивается неврастением. Неудачи в школе вытекают в страх и вину. В глазах

сверстников они не имеют высокого статус, поэтому не могут противостоять давлению из-за чего часто прибывают к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно рискованные способы. В ближайшем постсуициде – страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

Суицидальное поведение у пожилых людей

Проблемы суицидального поведения в инволюции, для этого возраста характерны: трудности в приобретении новых представлений; ослабление контроля над эмоциональными реакциями; тенденции к эгоцентризму; немотивированные смены настроения с преобладанием элементов тоскливости и что снижает адаптацию к изменениям внешней среды.

Основными причинами суицидального поведения в зрелом возрасте выделяют психические травмы, а также упадок личного и социального престижа. Суицидальные факторы этого возраста связаны с отсутствием семьи, близких, чувством одиночества; переоценка жизни, переходом на пенсию; недопонимание между семьей и окружением. Для суицидального поведения в старшем возрасте характерны истинные суициды в результате «подведения жизненных итогов», для них характерно выверенное планирование суицидальных актов и так называемый «холодный» пресуицид. При этом человек не оставляет себе шансов на выживание.

Существует некоторая специфика в содержании психогенных конфликтов и типов психогенных суицидоопасных реакций в зависимости от возрастных периодов:

1) В возрасте 45–55 лет (наиболее многочисленный тип) наблюдаются суицидоопасные психогенные реакции по типу интимно-личных «катастроф»:

- измена одного из супругов, уход из семьи;
- внезапная утрата (чаще смерть) одного из супругов или значимого другого. Такие реакции имеют склонность к затяжному течению;

2) В возрасте 55–65 лет наблюдаются кризисные состояния, обычно в ответ на нежелательный уход на пенсию, снижение по карьерной лестнице, творческая нереализованность своих замыслов. При этом характерны рассуждения об утраченных ценностях, отсутствии перспектив в старости; помимо этого наблюдается сниженное настроение с некоторой ипохондрической окраской. Существенным психотравмирующим фактором может явиться одновременное сочетание снижения социального статуса с утратой сексуального престижа;

3) В возрасте 65–75 лет наблюдаются психогенные реакции по типу депрессивных с переживанием чувства ущемленности, несправедливого отношения членов семьи. Часто выявляются астеновегетативные нарушения с обилием так называемых «летучих» болей и фиксированность на них, а также нарушения сна. Наиболее суицидоопасен момент перехода из депрессивной реакции в оппозиционную, когда суициденты активно настаивают на вмешательстве со стороны окружающих с обязательным наказанием членов семьи за «посягательство» на материальные ценности пациента. При этом пациент рьяно отстаивает своих утраченных позиций и прав.

Возрастной характер суицидального поведения требует особенной психологической помощи суицидентам разного возраста. Так, если для групп молодых суицидентов и лиц среднего возраста показаны прежде всего аксиологическая коррекция, гармонизация интеллектуальной деятельности и эмоциональной сферы, развитие эмоциональной структуры, перестройка восприятия, формирование морально-нравственного и духовного уровня личности, а также личностный рост, разрушение барьеров, препятствующих адаптации, то для суицидентов старше 60 лет – средотерапия (создание постоянной среды общения одиноких пожилых людей).

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОЛОГИИ.

На данный имеется острая необходимость в организации специальной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии, так как большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров. В России в настоящее время работает не более 20 психотерапевтических центров, которые могут в том числе оказывать помощь и кризисным пациентам.

Кризисные службы характеризуются своим отношением к пациентам. Большинство телефонных служб осуществляет раннюю профилактику суицидального поведения, работая с кризисными клиентами. Существуют специальные службы, профиль работы которых рассчитан на работу с суицидентами. Одни службы ставят своей основной целью недопущение самоубийства, выявляют местонахождение абонента и передают сведения в медицинские или полицейские структуры, или посылают своего сотрудника к потенциальному самоубийце. Другие же, напротив, признают право клиента покончить с жизнью, а некоторые идут на риски, используя провокации: предлагают клиенту покончить с собой и заключают с ним предсмертный договор, чтобы он смог ощутить неотвратимость смертельного исхода и передумать.

Стремление избежать госпитализации пациента является одной из целей кризисной терапии, так как это усложняет задачу адаптации обследуемого к его жизненному окружению. Направление в больницу осуществляется лишь в том случае, если пациент, без выраженного суицидального риска, мотивирован к этому, иначе, высоки риски впустую потратить время. Компромиссным вариантом является лечение в условиях дневного или же ночного (для работающих пациентов) стационара.

Существует практика пребывания в кризисном общежитии, находящемся вне больницы, такой вид совместного проживания отличается созданием домашней обстановки, практическим отсутствием персонала и планомерных лечебных мероприятий, максимально свободным режимом. В

общежитии находится не более четырех пациентов, срок пребывания в нем – до семи дней. Используются также домашние кризисные стационары, когда пациентов (обычно двух) помещаются в чужую семью, где они находятся под динамичным наблюдением врача и медсестры в течение трех недель. Ключевую роль в эффективности кризисного общежития и домашних стационаров играет благотворное воздействие терапевтической среды.

Высокий суицидальный риск в сочетании с конфликтной ситуацией многими исследователями расценивается как показание для кратковременного стационарного лечения, являющегося начальной частью терапии. Но проведение кризисного вмешательства в психиатрической больнице затруднено и малоэффективно. Есть данные о проведении тематически и межличностно-ориентированной групповой терапии в условиях терапевтического сообщества, которая включает больных и персонал неврологического или терапевтического отделения. Данный подход имеет свои минусы, так как проблемы суицидентов далеки от основных задач вышеуказанных отделений, устранить затруднения удастся созданием специализированных кризисных стационаров.

Показанием к лечению в кризисном стационаре является высокий суицидальный риск у больных с острым аффективным состоянием, в том числе психотическим. Лечение осуществляется сроком от 3-7 дней; количество коек в стационаре – 6-13. Пациентов обслуживает специальная кризисная бригада, включающая в себя: 2-3 психиатра, психотерапевта, социального работника и специально подготовленных медсестер. Ежедневно проводятся различные виды терапии, например, интенсивная индивидуальная, семейная, групповая кризисная терапия. Данные стационары отличаются свободным режимом передвижения, стимуляцией ответственности и самостоятельности пациентов, лечение после выписки осуществляется амбулаторно или в другом отделении.

Подобным отделением может являться специализированный «послекризисный стационар», где курс лечения протекает 3-4 недели.

Частота занятий приближается к амбулаторной кризисной терапии и составляет 2 индивидуальных и 1-5 групповых занятий в неделю. Подобные стационары обычно находятся в многопрофильной больнице; с целью ускорить начало лечения. Таким образом период ожидания и сложности оформления стремятся к минимуму. Характерный акцент ставится на социальной помощи, полустационарном режиме, клубной форме работы.

Суицидологические центры за рубежом работают на основе социально-психологического подхода, особенность данной модели состоит в возможности привлекать обученных непрофессионалов; после купирования риска суицида клиент остается предоставленным себе. Отечественная модель суицидологической помощи выгодно отличается от зарубежных аналогов тем, что оказывается в рамках государственного здравоохранения на профессиональной основе, с соблюдением принципа преемственности.

Работа службы регламентируется Приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.98 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Структура суицидологической службы включает следующие звенья.

Территориальная суицидологическая служба

Основными задачами территориальной суицидологической службы относятся:

- своевременное распознавание и купирование кризисных состояний;
- решение диагностических вопросов и применение мер профилактики самоубийств;
- кризисная терапия и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде;
- регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство;
- проведение психопрофилактической работы с населением;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям прикрепленной

территории по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Суицидологическая служба должна состоять из четырех подразделений:

1. расположенный отдельно от психиатрической службы Телефон Доверия;
2. кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД);
3. кабинет социально-психологической помощи в поликлинике;
4. кризисный стационар в больнице общего профиля.

Суицидологическую службу в полном объеме необходимо развертывать в составе республиканского, краевого или областного ПНД, а также на базе одного из диспансеров Москвы и Санкт-Петербурга. В качестве координатора службы (на правах 0,5 должности заведующего отделением).

Суицидологическая служба представляет четыре подразделения:

1. Телефон Доверия, находящийся отдельно от психиатрической службы;
2. кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД);
3. кабинет социально-психологической помощи в поликлинике;
4. кризисный стационар в больнице общего профиля.

Полноценная суицидологическая служба должна быть развернута в составе республиканской, областной или региональной ПНД, а также на базе одного из диспансеров в Москве и Санкт-Петербурге. Координатором службы (с правами половины должности зав. отделением) целесообразно назначить врача суицидологического кабинета ПНД, имеющего опыт административной работы, в обязанности которого входит:

- организация и координация деятельности каждого подразделения службы;
- укомплектование штатных должностей и подготовка кадрового состава;

- осведомление по актуальным вопросам суицидологии сотрудников службы инструктивных и методических материалов;
- контроль за реализацией упомянутых материалов;
- ведение сведений о суицидальных попытках на территории обслуживания;
- составление аналитических годовых отчетов о деятельности службы;
- личное участие в решении сложных диагностических, лечебных проблемах;
- просвещение общества к работе по профилактике самоубийств.

Подразделения суицидологической службы нужно укомплектовывать исходя из следующего расчета:

Врач-суицидолог – 1,0 должность на 100 тыс. нас (0,5 должности на 50 тыс. нас); Медицинский психолог – 1,0 должность на 100 тыс. нас. (0,5 должности на 50 тыс. нас); Социальный работник – 1,0 должность на 100 тыс. нас. (0,5 должности на 50 тыс. нас); Медицинская сестра – 1,0 должность на 100 тыс. нас; Санитарка – 1,0 должность на 100 тыс. нас.

Нормативы нагрузки и распределение времени сотрудников амбулаторных подразделений суицидологической службы:

1. Норматив нагрузки врача-суицидолога составляет: на амбулаторном приеме по 2,5 посещения в час; при консултации в стационаре по 2 консултации в час; при посещении на дому по 1 посещению за 1,5 часа.

2. Норматив нагрузки психолога на обследовании составляет: 3 часа на 1 обследование, в том числе работа с пациентом – 2 часа; подготовка к обследованию, анализ данных и составление заключения – 1 час.

3. Норма нагрузки соц. работника составляет на амбулаторном приеме по 2,5 посещения в час, вне кабинета по 1 посещению за 1,5 часа.

Телефон доверия является подразделением экстренной психотерапевтической помощи, обеспечивающим круглосуточное разрешение различных кризисных состояний, межличностных и социальных

конфликтов на ранней стадии, оказание психологической помощи одиноким людям. Рекомендуемая штатная численность Телефона доверия: на 1 млн жителей: 2 врача-психиатра (психотерапевта), 2 медицинских психолога, 2 медсестры, 0,5 должности врача-статистика.

Кабинет социально-психологической помощи

Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) – это структурное подразделение ПНД, предназначенное для обнаружения и амбулаторной помощи лиц с кризисными и суицидоопасными состояниями среди контингентов населения, которые не нуждаются в диспансерном наблюдении.

КСПП должны находиться в территориальных поликлиниках, медсанчастях крупных промышленных предприятий и вузов и специализироваться для приема и оказания помощи: взрослому населению, студентам вузов, подросткам – в том числе с начальными формами наркотизации и алкоголизации.

Подростковые КСПП должны располагаться в отдельных помещениях. У врача подросткового КСПП должна быть специализация по психиатрии подростков. Особенностью подросткового КСПП является также необходимость проведения психогигиенической, психопрофилактической работы с родителями, сотрудниками системы народного просвещения и профтехобразования, работниками городской и районных инспекций по делам несовершеннолетних; указанная работа служит дополнительным источником выявления суицидального поведения у подростков.

При обнаружении у подростка суицидоопасного состояния неамбулаторного уровня врач КСПП осуществляет госпитализацию подростка в психиатрическую больницу или в Кризисный стационар.

В КСПП может анонимно обратиться любое лицо. Показаниями для дальнейшего ведения пациентов КСПП и оказания им медицинской и социально-психологической помощи служат:

- непатологические и невротические ситуационные реакции;
 - психопатические реакции, ситуационные декомпенсации психопатий;
 - психогенные и невротические депрессии в невыраженной форме;
 - патологические развития личности;
- психогенно обусловленные реакции больных психическими и наркологическими заболеваниями на фоне полноценных длительных ремиссий и малопрогрессирующего течения.

КСПП не производит воинских, трудовых, судебно-психиатрических экспертиз, а также не выдает справки и документы учреждениям, за исключением судов и следователей. Информация о лицах, обратившихся за КСПП самостоятельно, не подлежит разглашению и передаче в другие медицинские учреждения. При подозрении на психическое или наркологическое заболевание у больного, самостоятельно обратившегося в КСПП, врач КСПП не должен направлять уведомление в психоневрологический (наркологический) диспансер, а должен указать больному и его сопровождающим на необходимость посетить соответствующий диспансер. Исключение составляют больные острыми психотическими расстройствами, представляющие общественную опасность для себя и окружающих, информация о которых передается в диспансер в установленном порядке.

Частота повторных посещений КСПП больными любой диагностической категории, а также назначение им психотропных препаратов определяется в зависимости от состояния обратившегося, не ограничивается и не может служить основанием для перевода больного в надзор за диспансером. Первичные и повторные явки пациентов в КСПП осуществляются в строгом соответствии с этическими принципами, на добровольной основе, исключая любой элемент принуждения или публичности.

В КСПП работают: врач-психиатр, который прошел специализацию по суицидологии и психотерапии, медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

Врач КСПП обязан:

- проводить амбулаторно обследование, терапевтическое, реабилитационное ведение всех лиц, совершивших суицидные попытки и находящихся в кризисных состояниях;

- выдавать при необходимости листы временной нетрудоспособности и справки об освобождении от учебы;

при наличии соответствующих показаний выдавать направления на госпитализацию в Кризисный стационар;

- при обращении органов внутренних дел принимать участие в качестве эксперта при расследовании дел, связанных с самоубийствами;

- систематически проводить занятия с медицинскими работниками зоны обслуживания по мерам профилактики суицида; популяризировать психогигиенические знания и навыки среди населения посредством лекций, дискуссий, семинаров и т.п.; разъяснять населению задачи и функции КСПП;

- вести медицинскую документацию в соответствии с установленными правилами; при обнаружении суицидных проявлений помечать в амбулаторных картах: «суицидальная попытка» или «суицидальные намерения» с указанием даты;

- составлять отчет о проделанной работе, представляя его руководителю суицидологической службы и также главному врачу диспансера, в ведении которого находится КСПП.

Обязанности медицинского психолога и социального работника совпадают с изложенными ниже обязанностями соответствующих специалистов суицидологического кабинета диспансера.

Медицинская сестра КСПП обязана:

- составлять еженедельные сводки обо всех случаях самоубийств и также покушений среди населения территории обслуживания, не состоящих

под наблюдением диспансера, на основе сведений, полученных в кабинете суицидолога диспансера;

- вести на основе полученной информации суицидологическую картотеку, находящуюся в

КСПП;

- обеспечивать в установленные врачом сроки первичные и также повторные явки пациентов в КСПП

путем личного контакта с пациентом;

- совместно с врачом участвовать в амбулаторном приеме пациентов, помогать врачу в ведении медицинской документации и составлении годовых отчетов.

Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера

Суицидоопасный контингент психоневрологического диспансера. Психически больные люди гораздо чаще совершают самоубийства, чем здоровые. Риск суицида у лиц с реактивной депрессией в 100 раз выше, чем у здоровых людей, с эндогенной депрессией – в 48 раз, с шизофренией – в 32 раза. Среди людей, госпитализированных в психиатрическую больницу по поводу попытки самоубийства, 60% совершают повторные суицидальные действия в течение шести месяцев после выписки из больницы. Отмечено, что риск суицидального поведения у больных с эндогенными психозами более выражен: у больных молодого возраста с рецидивирующим хроническим течением заболевания; с высоким преморбидным интеллектуальным и социальным уровнем; при наличии высокого уровня притязаний; при панической реакции на болезнь; с восприятием будущего как полной безысходности.

По данным В.Е. Цупруна (1986, 1989), Риск суицида у женщин, находящихся под наблюдением психоневрологической аптеки, в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Суицидальные попытки чаще совершают пациенты в возрасте 20-29 лет, затем суицидальная активность постепенно снижается.

Среди пациентов, завершивших суицид, пик самоубийств приходится на возраст от 50 до 59 лет для обоих полов.

Среди больных с суицидальным поведением лиц с делинквентным поведением в несколько раз больше по сравнению с таким же показателем в клинике. Количество попыток увеличивается весной и уменьшается осенью. Большинство попыток самоубийства происходят между 18:00 и полночью. Половина больных прибегают к самоинтоксикации (чаще - женщины), причем в большинстве случаев используют психотропные и снотворные средства. Каждый третий вскрывает вены (чаще – мужчины), каждый десятый вешается.

Пациенты с реактивной депрессией и психопатией имеют самый высокий суицидальный риск, а пациенты с аффективным психозом и шизофренией имеют несколько меньший риск. Через 5 лет от начала заболевания у больных шизофренией суицидальная активность снижается за счет нарастания эмоционального, а также энергетического дефицита. Мотивация суицидальных попыток при реактивных депрессиях, психопатиях, неврозах определяется преимущественно психотравмирующими ситуациями. При аффективных психозах, шизофрении в периоды обострений большую роль в мотивации суицидального поведения играют аффективно-бредовые психопатологические расстройства, а в ремиссии возрастает роль реальных конфликтных ситуаций.

Хроническая дезадаптация наблюдается у больных параноидной формой шизофрении и психопатией возбуждимого и астенического кругов, при которой 60% больных отмечают повторные суицидальные попытки. Клиническая картина шизофрении в этих случаях определяется параноидными симптомами с астенопатическими включениями в стадии ремиссии. Формируемое в процессе пессимистическое мировоззрение в сочетании с расстройствами мышления и парадоксальными суждениями создает условия для возникновения стойких коммуникативных расстройств, сопровождающихся невыносимым чувством отчужденности. Больным,

страдающим психопатией, свойственны интроверсия, чрезмерная ранимость, тревожность, расстройства настроения, «недержание» аффекта. Психопатологическая симптоматика у описанных больных отличается выраженностью и устойчивостью. Межличностные конфликты (как реальные, так и вызванные болезненными переживаниями) характеризуются чувством безысходности и определяют возникновение и длительное сохранение суицидальных наклонностей. Наблюдение за суицидальными больными с хронической дезадаптацией включает систематическое наблюдение врача-суицидолога, строгие правила диспансеризации, активную врачебную, а также сестринскую патронаж, тщательную оценку суицидального риска, дифференцированную психофармакологическую терапию и своевременную госпитализацию.

Как правило, у больных маниакально-депрессивным психозом, циклотимией и простой шизофренией наблюдается периодическая дезадаптация к дезадаптивным кризисам, во время которых у 30% больных неоднократно предпринимаются попытки суицида. В психическом состоянии преобладают депрессивные, дистимические и астенопатические расстройства. Чувствительность, малоподвижность и общительность больных создают основания для преувеличения значения реальных конфликтных ситуаций, нередко с неадекватной реакцией на них и нарастанием собственно болезненных переживаний с ощущением малоценности своей несостоятельности. Больным с частыми адаптационными кризисами проводится психотерапия, направленная на повышение самооценки и самопринятия, психической устойчивости, активности, организация помощи со стороны ближайшего социального окружения. Необходимо внимательно следить за посещениями суицидальных больных не менее двух раз в месяц, а также за тесным контактом суицидника с семьей и родственниками суицидника, патронажем на дому и на работе, своевременной госпитализацией по показаниям.

У больных психопатоподобной шизофренией, органическими поражениями ЦНС с психопатоподобной симптоматикой, а также возбудимой и истерической психопатиями с выраженными нарушениями поведения наблюдается периодическая дезадаптация с девиантным поведением. Аутоагрессивные действия в таких случаях чаще носят протестно-демонстративный характер, повторные суициды отмечаются у 50% больных. Для больных характерны выраженные эмоционально-волевые нарушения, асоциальные установки, девиантное и делинквентное поведение, нетерпимость к ограничениям. Эти особенности способствуют усложнению конфликтных отношений, вызывают у больных эксцессы поведения, нередко с проявлением гетеро- и аутоагрессии. Сонапакс и неупелтил применяют при лечении больных с периодической дезадаптацией при наличии поведенческих расстройств; при периодических аффективных расстройствах применяют комбинацию антидепрессантов, нейролептиков и лития. Психотерапия направлена на ценностную переориентацию личности, разрушение шаблона демонстративного суицидального поведения.

Кабинет врача-суицидолога психоневрологического диспансера (поликлиника) является структурным подразделением данного учреждения и предназначен для обслуживания суицидальных больных и суицидальных больных под наблюдением ПНД. В суицидологическом отделении ПНД (амбулаторном отделении) работают психиатр со специализацией в области суицидологии, медицинский психолог, социальный работник и медсестра.

Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете, представлен двумя группами:

- 1) больные, совершившие попытку самоубийства
- 2) больные с суицидальными тенденциями

Больные 1-й группы должны быть доставлены в суицидальный кабинет как можно раньше после суицидальной попытки. В случаях, когда они поступают в психиатрическую больницу после суицидальной попытки, суицидолог должен обследовать их в стационаре в течение первой недели, а

затем еженедельно контролировать их состояние, участвуя в ведении пациентов и консультировании при выписке. При этом совместно с лечащим врачом уточняется клиническое состояние, выявляется сфера локализации конфликта, степень его актуальности после суицидальной попытки, подбирается адекватная терапия и потребность в социальной помощи со стороны ПНД уточняется.

При первом осмотре в психиатрическом отделении устанавливается лечебный контакт с потерпевшими, который закрепляется и поддерживается в дальнейшем в период амбулаторного наблюдения. В основе этого контакта лежит подход, направленный на восстановление позитивного и конструктивного отношения к жизни, к своему личному и социальному статусу с учетом особенностей микросоциальной среды.

Если больной не госпитализирован после суицидальной попытки, его следует как можно скорее пригласить в суицидальный кабинет, где он будет наблюдаться в дальнейшем для реабилитации и профилактики повторных суицидальных действий.

Индивидуальная тактика ведения суицидов различается в зависимости от типа постсуицидального состояния, выраженности суицидального риска, особенностей течения реакции, психического статуса и конкретных микросоциальных условий. Рекомендуется следующая схема появления самоубийц в кабинет врача.

Для суицидальных больных, находящихся на стационарном лечении: в первые 2 месяца после выписки из психиатрического стационара - еженедельные посещения; в последующие 2 месяца - 1 раз в месяц; затем в течение полугода - ежемесячно; по истечении этого срока - контроль участия. При не госпитализированных суицидах: в первые 2 недели после попытки - 1 раз в 3-4 дня; следующие полтора месяца - еженедельно; затем в течение полугода - ежемесячно с контрольным пакетом через год после покушения.

Больных 2-й группы - не предпринимавших попыток суицида, но имеющих суицидальные наклонности, при их наличии госпитализируют в

психиатрический стационар или кризисный стационар. Показаниями к госпитализации являются: тревожно-депрессивные состояния у лиц пожилого возраста, ипохондрические раптоидные состояния, галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями самоповреждающего содержания, острые состояния страха с возбуждением, депрессивно-параноидные состояния с чувством вины или «угрозы жизни». Показаниями для госпитализации являются также тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями, депрессивные состояния при наличии неблагоприятной микросоциальной среды, острые депрессивные реакции на психотравмирующую ситуацию процессуальных больных в ремиссии, психогенные реакции у невротических и психопатических личностей.

При необходимости определения показаний к госпитализации учитывают социально-психологическую ситуацию в целом, и, что не менее важно, антисуицидальные ресурсы личности. Недостаточно учитывать только клинические характеристики состояния, наличие суицидальных переживаний. Кроме того, для всех вышеперечисленных категорий больных (за исключением, пожалуй, двух последних) критерий опасности для себя может быть применен как фактор, позволяющий обосновать в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях» прав в его обеспечении» от 07.02.92 необходимость его принудительной психиатрической госпитализации. Что касается последних двух групп больных, то здесь можно говорить о возможности их помещения в кризисный стационар и, следовательно, психотерапевтический контакт врача-суицидолога позволяет получить согласие больного на госпитализацию.

Согласно вышеуказанным правилам, врач суицидологического кабинета обязан:

- осматривать больных с суицидальными мыслями по направлению участковых психиатров; обеспечивать динамическое амбулаторное

наблюдение и лечение этих больных до устранения суицидального риска; при отказе больного от лечения у суицидолога предоставлять участковому врачу подробные указания по дальнейшему лечению;

- активно выявлять больных, совершивших попытку самоубийства, в учреждениях и вести диспансерное наблюдение в течение года с момента попытки;
- участвовать в ведении и выписке больных из зоны обслуживания, находящихся в психиатрическом стационаре, в связи с суицидальной попыткой; после чего наблюдать их амбулаторно в течение года;
- осматривать лиц, направленных из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать, нуждаются ли они в лечении в суицидологическом кабинете диспансера. При необходимости проводят их лечение до устранения суицидального риска. При отсутствии показаний к лечению в суицидологическом кабинете направлять больных к участковым психиатрам; выдавать больным при необходимости листы временной нетрудоспособности;
- при наличии соответствующих показаний обеспечить госпитализацию больных в психиатрический стационар или в Кризисный стационар;
- на еженедельных совещаниях врачей диспансера докладывать обо всех случаях суицида и суицидальных попыток среди больных, находящихся под наблюдением диспансера, с кратким их анализом и изложением профилактических рекомендаций;
- координировать работу медицинского психолога, социального работника и медицинской сестры;
- в конце года представить отчет о проведенной деятельности начальнику территориальной суицидальной службы и главному врачу диспансера, где находится суицидологический кабинет.

Суицидолог должен вести медицинские записи в соответствии со следующими правилами.

При поступлении в суицидальный кабинет участковый врач-психиатр должен сделать в амбулаторной карте запись «направлен к врачу-суицидологу».

Суицидолог должен делать записи с пометкой «консультация у суицидолога» или «проведено под наблюдением суицидолога»; в последнем случае пациент полностью находится под наблюдением суицидологического кабинета.

Для больных, находящихся под наблюдением суицидолога, необходимо оформить карточки визитов и расставить их по датам очередного появления.

При передаче больного на дальнейшее ведение участковому психиатру в амбулаторной карте необходимо сделать отметку: «снят с учета суицидолога».

При обследовании больных с суицидальными тенденциями в психиатрическом или соматическом стационаре поставить предупреждение в истории болезни и при выписке больного поставить его подпись под заключением комиссии (совместно с заведующим отделением и лечащим врачом).

Медицинский психолог суицидального кабинета обязан:

- участвовать вместе с врачом в амбулаторном приеме больных;
- проводить экспериментальное психологическое обследование больных по назначению врача и фиксировать результаты исследования в амбулаторной карте;
- участвовать в организации и проведении различных форм психотерапии;
- проводить системную работу с населением по пропаганде психогигиенических знаний.

Социальный работник суицидологического кабинета обязан:

1. выполнять указания врача-суицидолога по проведению социальной экспертизы и реабилитационных мероприятий, установление контактов

между диспансерными и производственными учреждениями, государственными органами и родственниками больных;

2. обеспечивать оказание социальной помощи больным под наблюдением суицидологической практики при взаимодействии с органами социальной защиты, комитетами по делам беженцев, семьи и молодежи;
3. оказывать пациентам помощь в поиске работы и необходимую правовую защиту в административных и судебных учреждениях.

Медицинская сестра в суицидологической практике обязана:

- оказывать социальную помощь больным, находящимся под наблюдением суицидологического кабинета, путем общения с органами социальной защиты, комитетами по делам беженцев, семьи и молодежи;
- оказывать пациентам помощь в трудоустройстве и необходимую правовую защиту в административных и судебных учреждениях.

Медицинская сестра в суицидологической практике обязана:

- 1) готовить еженедельные отчеты обо всех случаях суицида и суицидальных попыток среди жителей зоны обслуживания на основании экстренных извещений скорой помощи, телефонных справок из дежурной части ОВД района и приемных отделений соматических больниц района;
- 2) выявить среди больных с суицидальными тенденциями зоны обслуживания больных, находящихся под наблюдением в ПНД и взятых под наблюдение после попытки суицида, путем сверки поступивших сведений с картотекой диспансера; при этом в амбулаторную карту этих лиц необходимо внести дату суицидальной попытки и сделать запись: «на прием к врачу-суицидологу»;
- 3) выявить среди суицидальных в зоне обслуживания больных, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с попыткой суицида, путем обращения по телефону в приемное отделение соответствующего психиатрического стационара;
- 4) разработать и вести на основании полученной информации центральную картотеку суицидальной карты, находящуюся в кабинете

суицидолога (учет больных, находящихся под наблюдением суицидологической клиники, должен вестись в общем журнале);

5) обеспечить в установленные суицидологом сроки первичную и повторную явки больных в кабинет путем личного контакта с ними;

6) при посещении пациентов на дому заполнять патронажные листы;

7) вместе с врачом участвовать в амбулаторном приеме больных, помогать врачу в ведении медицинской документации и составлении годовых отчетов;

8) еженедельно передавать информацию о суицидентах под наблюдением поликлиники и взятых под наблюдение – врачу суицидального кабинета; не находящиеся под наблюдением в поликлинике и не находящиеся под наблюдением, - медсестрам кабинетов социально-психологического сопровождения, расположенных на территории службы.

Эффективность суицидологического кабинета следует оценивать по следующим критериям:

-показатель рецидива суицидальных действий у психически больных (в течение первого года после попытки суицида);

-показатель количества реализованных суицидальных попыток у лиц с суицидальными состояниями, находившихся под наблюдением кабинета;

-показатель выявления пациентов с риском суицида;

-степень совпадения ряда параметров лиц с суицидоопасными состояниями и суицидентов.

Кризисный стационар

Кризисный стационар является структурным подразделением больницы скорой медицинской помощи или другого соматического стационара, предназначенным для оказания стационарной суицидальной помощи и предназначен для изоляции от психотравматической ситуации, кратковременной интенсивной терапии (2-4 недели) и реабилитации лиц, находящихся в суицидальном состоянии. Необходимость организации

Кризисного госпиталя вне структуры психиатрического учреждения обусловлена тем, что среди суицидальных контингентов населения значительную долю составляют практически здоровые лица или лица с пограничными нервно-психическими расстройствами, оказание помощи которым в психиатрических больницах кажется неадекватным и имеет известные негативные последствия.

Медицинский персонал Кризисного стационара входит в штатное расписание больницы, на базе которой он развернут в соответствии с рекомендуемыми ниже штатными нормативами, и пользуется льготами персонала психиатрических учреждений.

Кризисный стационар разворачивается из следующего расчета: в городах с населением от 300 до 500 тыс. чел. – на 20 коек, от 500 тыс. чел. до 1 млн. – на 30 коек, от 1 млн. и более – до 60 коек. В городах с населением менее 300 тыс. выделяется не менее 10 реабилитационных суицидологических коек в отделениях, куда в основном доставляются Скорой помощью суициденты: токсикологическое, травматологическое, психосоматическое и т. п.

Должность заведующего Кризисным стационаром (зав. отделением) устанавливается на 30 и более коек; при меньшем количестве коек функции зав. отделением выполняются за счет дополнительных 0,5 ставки врача.

Количество коек Кризисного стационара на 1 должность: врача-суицидолога – 10 коек, медицинского психолога – 15, социального работника – 20, палатной медицинской сестры (1 круглосуточный дежурный пост) – 20, палатной санитарки (1 круглосуточный дежурный пост) – 20, санитарки-буфетчицы – 30, санитарки-ванщицы – 30. Кроме того, на отделение выделяется по 1 должности старшей медсестры, процедурной медсестры и сестры-хозяйки.

Основной поток пациентов Кризисного стационара формируется в КСПП, но не исключено направление пациентов из психоневрологического диспансера и службы доверия. Некоторых пациентов также переводят из

реанимационных и психосоматических отделений городских больниц, куда их доставила скорая помощь в связи с попытками суицида.

Показаниями для направления в Кризисный стационар являются:

- высокая актуальность психотравмирующей ситуации с сохранением суицидальных тенденций у лиц, совершивших суицидальную попытку в состоянии психологического кризиса;

- невротические ситуативные реакции, ситуационная декомпенсация психопатии, психогенная и невротическая депрессия, реактивные состояния, сопровождающиеся активными аутоагрессивными тенденциями в последующем постсуицидальном состоянии у эндогенных больных в стадии ремиссии, критически относящихся к своему заболеванию; тяжесть соматических осложнений суицидальной попытки, требующая стационарного лечения.

Противопоказаниями для госпитализации в Кризисный стационар являются тяжелые соматические заболевания, острые психотические состояния, алкогольная и наркотическая зависимость в декомпенсированном состоянии.

Направление больных в Госпиталь де Кризис осуществляется суицидологами амбулаторных клиник суицидологической службы, а также непосредственно врачами-психиатрами амбулаторной консультации. Прием пациентов в Кризисный стационар осуществляется врачом Кризисного стационара через приемное отделение больницы.

Основными методами лечения и реадaptации в Кризисном стационаре являются кризисная психотерапия и социальная реабилитация в сочетании с медикаментозной терапией; отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием отпусков на дому, и посетители могут видеть больного с его согласия.

Специфические задачи работы Кризисного стационара требуют максимальной интенсификации работы всех специалистов, слаженности в их работе, чему способствует метод ведения пациентов в команде. При этом

работу с пациентом осуществляет команда, состоящая из врача-психиатра (психотерапевта), медицинского психолога и социального работника, при главной роли врача. Эта форма помощи обеспечивает большую эффективность работы за счет более полного сбора информации о пациенте, локализации его проблемы и выбора наиболее подходящей тактики разрешения кризиса, а также разделения общей ответственности за больного.

В случаях обострения психопатологической симптоматики, требующей интенсивной терапии в закрытом отделении, больных переводят в психиатрический стационар в соответствии с Законом РФ №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г. Для соблюдения этических принципов не рекомендуется указание на суицидологический или психиатрический диагноз.

После выписки из кризисного стационара для дальнейшего амбулаторного наблюдения направляются следующие пациенты:

- 1) находящиеся под наблюдением в психоневрологическом диспансере или нуждающиеся в наблюдении – в суицидологические кабинеты ПНД;
- 2) не состоящие под наблюдением ПНД и не нуждающиеся в наблюдении – в КСПШ. Выписка из истории болезни направляется в указанные амбулаторные звенья службы в течение трех дней.

Врачи-суицидологи, работающие в кризисном стационаре (или на суицидологических койках в приемном покое), консультируют всех суицидальных больных, госпитализированных в данный стационар, определяют дальнейшую лечебно-реабилитационную тактику для каждого пациента и отбирают больных в критическом состоянии для перевода в кризисный стационар или на суицидологические койки.

Наркологический сектор суицидологической службы

Сектор наркологии суицидологической службы предназначен для профилактики суицидального поведения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, токсикоманией, терапии и реабилитации суицидентов

наркологического профиля. К этому сектору относятся суицидологическая практика для наркологических больных, наркологический суицидологический стационар и клуб психотерапевтической реабилитации.

В суицидологическом кабинете осуществляется выявление, учет и амбулаторное ведение больных алкоголизмом с повышенным риском первичных и повторных суицидальных действий. Кабинет работает в соответствии с принципом анонимности пациентов. Направление больных в суицидологический кабинет обеспечивается врачами-наркологами межрайонных наркологических диспансеров, врачами психосоматических отделений, КСПП и Кризисного стационара. Показаниями для направления в суицидологический кабинет служат:

- постсуицидальные состояния у больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, совершивших непсихотические суицидные попытки;
- суицидальные мысли и высказывания в состоянии интоксикации;
- стойкие суицидальные тенденции в абстинентном и постабстинентном периодах;
- депрессивный и дисфорический тип алкогольного опьянения;
- стойкие депрессивные и дисфорические проявления в клинике заболевания;
- лично значимые микросоциальные конфликты у больных в начальных стадиях заболевания;
- рецидив заболевания после ремиссии, длившейся 6 мес. и более.

В кабинете работают врач, психолог и средний медицинский работник. В функции врача входит:

- 1) амбулаторное обследование, лечебно-реабилитационное ведение больных алкоголизмом с суицидальными наклонностями. Поток больных формируется активным призывом к суицидам со стороны служащих на основании еженедельных отчетов психосоматических отделений больниц о суицидальных попытках наркобольных;

- 2) организация учета суицидального контингента среди наркологических больных с активной диспансеризацией не реже двух раз в год;
- 3) амбулаторное обследование, лечебно-воспитательная помощь больным алкоголизмом с суицидальными наклонностями. Поток больных формируется путем активного вызова суицидентов со стороны служащих на основании еженедельных отчетов психосоматических отделений больниц о суицидальных попытках наркозависимых больных;
- 4) организация учета суицидологического контингента среди наркологических больных с активной диспансеризацией не реже двух раз в год;
- 5) экстренная госпитализация больных в остром постсуицидальном периоде в специализированную суицидологическую службу, а также направление на госпитализацию в наркологические отделения в случае рецидива заболевания у больных, не относящихся к группе повышенного суицидального риска. Направление на стационарное лечение осуществляется через стационарную службу больницы путем выдачи специально отмеченных талонов;
- 6) оказывать пациентам необходимую социальную и юридическую помощь;
- 7) проведение систематических лекций с врачами наркологических стационаров и наркологических диспансеров по методам выявления суицидальных состояний у наркологических больных и мерам профилактики суицида.

В функции медицинского психолога входит:

- участие в амбулаторном приеме больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями совместно с наркологом;
- проведение по назначению врача экспериментально-психологического обследования больных с целью определения суицидального риска и выявления антисуицидальных факторов. Результаты обследования в виде развернутого заключения с рекомендациями

психотерапевтических и реабилитационных программ вносятся в амбулаторную карту;

- участие в организации и проведении сеансов психотерапии и социально-реабилитационных мероприятий.

В функции медицинской сестры входит:

- сбор сведений о попытках самоубийств среди наркологических больных в психосоматических отделениях не реже одного раза в неделю;

- верификация полученных сведений в наркологических диспансерах;

- составление и ведение на основе полученной информации суицидологической картотеки наркологических больных;

- обеспечение в установленные врачом сроки первичных и повторных явок пациентов в кабинет путем вызова по почте, телефону, посещения их на дому;

- проведение социального обследования и реабилитационных мероприятий совместно с соответствующими учреждениями, организациями и родственниками больных, находящихся на учете в наркологическом кабинете (по указаниям врача и медицинского психолога);

- участие в составлении итоговых отчетов.

Суицидологический наркологический стационар с отделением на 30 коек базируется на основе отделения наркологической больницы и подчиняется зав. отделением. Показаниями для направления в наркологический стационар служат:

- постсуицидальные состояния с признаками дезадаптации у наркологических больных,

 - совершивших непсихотические суицидные попытки;

- постабстинентные астено-депрессивные расстройства с наличием суицидальных тенденций;

- ситуационные реакции и реактивные депрессии с суицидальными тенденциями у больных алкоголизмом (в том числе на фоне полноценной ремиссии);

- рецидивы заболевания при наличии личностно значимых психотравмирующих факторов и суицидальных тенденций.

Противопоказания для направления в суицидологический наркологический стационар:

- тяжелые соматические заболевания;
- психотические состояния;
- алкоголизм в конечных стадиях заболевания с выраженным психоорганическим синдромом;

Направление пациентов в суицидологический наркологический стационар осуществляют сотрудники Суицидологического центра, а именно врач-нарколог суицидологического наркологического кабинета, и врач-нарколог приемного отделения наркологической больницы (по согласованию с зав. отделением).

Главным методом терапии и реадaptации в стационаре является индивидуально подобранная индивидуальная, семейная и групповая психотерапия в сочетании с фармакотерапией. В случае возникновения алкогольных психозов больные переводятся в специализированные отделения или палаты наркологической больницы. При обострении симптоматики, требующей интенсивной терапии, пациенты переводятся в психиатрическую больницу.

Листы нетрудоспособности оформляются в соответствии с общими правилами для наркологических отделений. После выписки из стационара больные направляются амбулаторно для дальнейшего наблюдения в суицидологический наркологический кабинет или же наркологический диспансер по месту жительства. Выписки из истории болезней направляются в указанные амбулаторные учреждения в течение 10 дней после выписки.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Диагностика суицидологического поведения

Е. Ringel (1976) описал диагностически важный пресуицидальный синдром основанный на триаде: сужение, инверсия агрессии и суицидальные фантазии. В синдром входят следующие признаки:

- Резкое, внезапное сужение интеллектуального фона, ограничение мыслительных процессов, сужение содержания мышления, снижение способности к поиску жизнеспособных вариантов, которые в обычном состоянии пришли бы на ум.

- Сужение восприятия, уход в себя, чувство одиночества, бессмысленности и безвыходности. Сильное смятение, то есть обострение переживаний человека, наличие ощущения полного крушения его планов, надежд и т.п.

- Бессильная агрессия, упреки в адрес других, «опускание рук», сообщение о намерении покончить с собой.

- Сильная неприязнь к себе, проявляющаяся в усилении чувства ненависти к себе, стыда, вины, самоотречения, самообвинения, и в действиях, идущих вразрез со своими собственными жизненными устремлениями.

- Идея прекращения, как внезапное озарение, что существует возможность положить конец страданиям путем остановки этого непереносимого потока сознания.

- Бегство в фантазию, которая все более заполняется мазохистскими, сладострастными сценами страданий, которые придется пережить значимым в жизни людям после суицида.

- Своеобразным «затишьем перед бурей» является момент, когда внешне невозмутимый пациент разрабатывает план самоубийства в деталях.

Большинство авторов выделяют следующие поведенческие индикаторы суицидального риска:

- злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем;

- эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;

Существуют специальные опросники для клиентов с суицидальными тенденциями, обычно включающие вопросы:

1. «Я этого больше не вынесу»; «Жизнь – это иллюзия»; «Все игра воображения, химера, вымышленный мир»; «Кто научился умирать, перестает быть рабом»; «Смерть – это ворота жизни»; «Все лишено смысла».

Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, которые близки к вашей проблематике? Как вы относитесь к этому?

2. Какое средство вы использовали, чтобы уйти из жизни?

3. Ваше чувство самоценности основывается преимущественно на вашей профессиональной деятельности?

4. В вашей профессиональной деятельности вы разочарованы, чувствуете себя отвергнутым? Или к вам несправедливо относятся на работе?

5. Была ли ваша попытка самоубийства вызовом окружающему миру? С какой целью?

6. Вы рассказывали кому-нибудь о вашей попытке самоубийства? Как среагировали Ваш партнер и другие значимые для вас люди?

7. Какие разочарования (чем, кем) предшествовали Вашей попытке самоубийства? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?

8. Одолевают ли Вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что вас привело к таким мыслям и ощущениям?

9. Знаете ли Вы, какие причины заставляют людей других культурных традиций сознательно лишать себя жизни (например, харакири в Японии, принесение себя в жертву в Индии)?

10. Хотели бы вы покончить с невыносимой для Вас ситуацией (какой?) или с жизнью вообще?

11. Задумывались ли Вы о глобальных проблемах будущего всего человечества (война – мир, экологический кризис, мировой голод)?

12. Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?

13. Какие цели и планы есть у Вас в профессиональной и общественной деятельности, партнерских и семейных отношениях, в заботе о своем здоровье на ближайшие 5 лет? Какие возможности для их реализации Вы видите?

Одним из важнейших показаний к госпитализации депрессивных больных является выявление следующих факторов суицидального риска (по Б. Хер-перц-Дальманн, 2000):

1) актуальные суицидальные замыслы с отклонением альтернативных идей, а также наличием точного плана суицида;

2) наличие признаков психического расстройства и химической зависимости;

3) предшествовавшие суицидальные попытки, особенно в течение последних 12 мес. и особенно совершенные не путем отравления лекарствами;

4) суицидальные попытки в семье или среди ближайшего окружения;

5) семейные конфликты, особенно с применением насилия и угрозой развода;

6) социальная изоляция;

7) потеря работы и трудоспособности, прекращение учебы, конфликты с законом.

Оценка степени риска суицида, наличие какой-либо локализации терапевтических мишеней и контроль динамики лечения осуществляется с помощью шкал, разработанных в различных центрах, например, в суицидологическом центре Лос-Анджелесса.

Таблица 3

**ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОГО
СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

Оценка: 12 3 4 5 6 7 8 9	
Риск: низкий средний высокий	
Категории:	Оценка
А. Возраст и пол	–
Б. Симптомы	–
В. Стресс	–
Г. Суицидальное поведение в прошлом и настоящие планы	–
Д. Коммуникационные аспекты, возможности и реакции со стороны значимых других	–
Сумма:	–
А. Возраст и пол (1-9):	
Мужчины	
1. Свыше 50 лет	7-9
2. 35-45 лет	5-7
3. 15-34 года	3-5
4. Женщины (независимо от возраста)	1-3
Б. Симптомы (1-9):	
5. Глубокая депрессия (расстройства сна, анорексия, потеря веса, уход в себя, подавленное настроение, апатия)	7-9
6. Ощущение безнадежности, беспомощности и истощения	7-9
7. Дезорганизация, замешательство, хаос, полная беспорядочность, иллюзии, галлюцинации, потеря связи с	6-8

окружающими, дезориентация	
8. Алкоголизм, прием наркотиков, гомосексуальные отношения, участие в рискованных предприятиях	4-8
9. Переживания, напряженное состояние и тревога	4-6
10. Вина, стыд, смущение	4-6
11. Чувства ярости, враждебности, раздражительности, мстительности, подозрительности	4-6
12. Слабый импульсивный контроль, недостаточная рассудительность	4-6
13. Ослабляющие хронические заболевания	5-7
14. Повторные переживания несчастий, связанные с обращениями к врачам и психотерапевтам	4-6
15. Психосоматические болезни или ипохондричность, кроме жалоб на незначительные болезни	1-4
В. Стресс (1-9):	
16. Потеря любимого человека в связи со смертью, разводом или разлукой	5-9
17. Потеря работы, денег, престижа	4-8
18. Опасная для жизни болезнь (хирургическая операция, несчастный случай, потеря конечности)	3-7
19. Угроза судебного преследования, затруднительное положение в связи с совершенным преступлением, подвергание опасности и т.п.	4-6
20. Изменение(я) в жизни, в окружении	4-6
21. Острое и внезапное начало специфических симптомов стресса	1-9
22. Повторяющиеся время от времени подобные симптомы в связи со стрессом	4-9

23. Недавнее увеличение устойчивости симптомов в связи со стрессом	4-7
Г. Суицидальное поведение в прошлом и текущие планы (1-9):	
24. Определяемая опасность для жизни предыдущих суицидных попыток	1-9
25. Повторные угрозы и депрессии в прошлом	3-6
26. Особенности, связанные с намерениями, и смертельная опасность предполагаемых методов	1-9
27. Достаточность применения предполагаемых способов и особенности, связанные с выбором времени	1-9
Д. Возможности, коммуникативные аспекты и ответы значимых других (1-9):	
28. Отсутствие источников финансовой поддержки (с работы, от семьи)	4-9
29. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (доступных, но не расположенных помогать)	4-9
30. Нарушение связей, сопровождающееся отказами от попыток их восстановления как со стороны пациента, так и со стороны других	5-7
31. Связи имеют внутренне направленную цель (декларация чувства вины, стыда, никчемности, самоупреки и т.п.)	4-7
32. Коммуникативные связи имеют межличностную направленность (обвинение других, поступки по принуждению других и т.п.)	2-4
Реакция значимых других:	
33. Защита, паранойяльность, отказ, позиция, связанная	5-7

с наказанием	
34. Отрицание потребности в помощи – своей собственной или других	5-7
35. Не беспокоятся о пациенте, не понимают его	4-6
36. Нерешительная или переменчивая позициях одной стороны – чувство гнева и отвержения, с другой – ответственность и сильное желание помочь	2-5

Психогенные реакции у невротических и психопатических личностей служат показаниями для направления в Кризисный стационар.

Показаниями для госпитализации суицидоопасных больных в психиатрическую больницу являются следующие состояния:

- 1) тревожная депрессия в пожилом возрасте;
- 2) ипохондрические раптоидные состояния;
- 3) галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;
- 4) острые состояния страха с ажитацией;
- 5) депрессивно-параноидные состояния с переживаниями сильного чувства вины или «угрозы жизни»; тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями;
- 6) депрессии у больных с неблагоприятной социальной ситуацией;
- 7) острые депрессивные состояния, возникающие в ответ на психотравмирующие ситуации у процессуальных больных в ремиссии.

В 1983 году Н.В. Конончук предложил для определения степени суицидального риска использовать его собственную карту. Большинство параметров (8; 9; 11-31) оцениваются при их наличии одним баллом. Некоторые, наиболее значимые факторы анамнеза – двумя баллами (5-7) и тремя (1-4; 10). В случае неявной выраженности какого-либо свойства ему приписывается «вес», равный половине от «1», «2» или «3».

При отсутствии любого из 31 параметра он оценивается в половину балла. Не выявленными по разным причинам могут быть не более 3 факторов. Их «вес» равен нулю. Нулем оцениваются также характеристики 7 и 10 лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8.86 – риск суицида незначителен. Если данная величина колеблется в пределах от 8.86 до 15.48, то имеется риск совершения суицидной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15.48, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора.

КАРТА РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Данные анамнеза:

1. Возраст первой суицидной попытки – до 20 лет
2. Ранее имела место суицидальная попытка
3. Суицидальные попытки у родственников
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет)
5. Недостаток тепла в детстве или юношестве
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве
7. Начало половой жизни – 20 лет и ранее
8. Ведущее место любовных ценностей в системе ценностей
9. Незначительная роль производственной сферы в системе ценностей
10. Развод в анамнезе

Актуальная конфликтная ситуация:

11. Ситуация неопределенности, ожидания
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений
13. Продолжительный конфликт
14. Подобный конфликт имел место ранее
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации
17. Чувство обиды, жалости к себе

18. Чувство усталости, бессилия
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида

Характеристика личности:

20. Эмоциональная лабильность
21. Импульсивность
22. Эмоциональная зависимость, потребность в симбиотических отношениях
23. Доверчивость
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта
25. Болезненное самолюбие
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений
27. Напряженность потребностей
28. Настойчивость
29. Решительность
30. Бескомпромиссность
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов

Н.Е. Лушев (1986) разработал специальную шкалу для оценки суицидального риска больных алкоголизмом. Степень риска оценивается суммой баллов, соответствующих обнаруженным диагностическим признакам. Низким считается риск, оценивающийся до 400 баллов, средним – от 400 до 800, и высоким – от 800 до 1200. Высокий суицидальный риск служит показанием к госпитализации.

Принципы кризисной терапии

Тактика кризисной терапии предполагает изучение значения стрессора для пациента, обеспечение соответствующей социальной и микросоциальной поддержки, проявление сочувствия, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. При преобладании тревоги возможно применение релаксации и гипноза. Может понадобиться вмешательство в виде суггестии, переубеждения, изменения условий среды, госпитализации.

В заключении своего классического труда «Война с самим собой» Карл Меннингер дает некоторые терапевтические рекомендации. Прежде всего он советует объяснить человеку, изъясляющему свести счеты с жизнью механизмы его саморазрушительного поведения. Далее нужно указать на его сознательные намерения и подсознательную мотивацию. Не исключено, что может понадобиться выявление социальных причин данного расстройства. «Затем идет черед исследования глубинных воспоминаний пациента, которые могут быть осознанными или подавленными. Реализации данной задачи может занять несколько часов или даже несколько лет. Проведя целостный анализ всех аспектов личности, становится возможным смена ценностных ориентиров и усиление Эго за счет отступления агрессивной позиции. Как только необходимость в этом отпадает, возможно, усиление подавленных эротических элементов». Работа может заканчиваться на устранении «пагубных» установок и закреплении «благодетельных».

Кризисный пациент, как правило, к сожалению, теряет смысл существования, но вместо изыскания нового смысла он готов отказаться от жизни вообще. Кризисная терапия не ограничивается задачами эмоциональной и социальной поддержки как минимум потому, что это может подкрепить манипулятивные, рентные мотивы суицидального поведения. Целью данной терапии является использование пластичности коннотативной сферы суицидента, а точнее его готовности отказаться от старой системы ценностей и смыслов, вместо этого выработать новые, стимулирующие интерес к жизни. Учитывая вышеприведенные доводы, можно сказать, что стратегия кризисной терапии заключается в воссоздании психологических условий для личностного роста пациента.

Как считает Карл Юнг, смысл делает переносимым великое множество вещей – может быть, все. Виктор Франкл выделяет три основные категории смысла жизни:

- 1) состоящие в том, что мы осуществляем или даем миру как свои творения;

2) состоящие в том, что мы берем у мира в форме встреч и опыта;

3) состоящие в нашей позиции по отношению к страданию, к судьбе, которую мы не можем изменить. Франкл часто цитирует фразу жившего две тысячи лет назад еврейского мудреца Гиллея: «Если я не сделаю этого – кто это сделает? И если я не сделаю этого прямо сейчас – когда же мне это сделать? Но если я это сделаю только для себя – тогда кто я?».

В XII веке Моисей Маймонид охарактеризовал четыре пути совершенствования в «Руководстве растерянным». Первый из них – материальное обогащение он отбросил – как ненадежное и условное дело, второй – физическое совершенствование – как не позволяющее провести различие между человеком и животным. А третий путь – нравственное совершенствование – он одобрил, но указал на его ограниченность, поскольку он больше служит другим, чем самому человеку. «Подлинно человеческим совершенствованием» он счел совершенствование ума, который позволяет человеку реализовать высший замысел Бога. Рильке сказал об этом так:

Что будешь делать без меня, Господь? Сосуд я твой (меня ты можешь расколоть) И дать мне сгнить (твоя я плоть). Я твой наряд (ты можешь распороть). Но ты при этом свой утратишь разум.

Главными принципами кризисной терапии в соответствии с социально-психологическим подходом ее основателей (Линдемманн, 1996; Caplan, 1974) сводятся к следующему. Поскольку кризис длится не более шести недель и локализуется в социально-психологической сфере, кризисная терапия должна быть непродолжительной; кроме того, она должна предоставить индивиду практическую помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, а в случае кризиса развития (отсутствия необходимых умений для разрешения кризисной проблемы, возникшей в процессе роста личности) – повышение уровня адаптации. Своей же социально-психологической направленностью кризисная терапия отличается как от других видов краткосрочной психотерапии, так и от методов межличностно-ориентированной

психотерапии, которые используются для предупреждения рецидива кризиса у лиц с хроническим суицидальным риском.

L. Rappoport (1962) выделяет следующие цели кризисной терапии:

- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных внешних форм помощи для преодоления кризиса;
- осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств. Развитие новых адаптивных реакций и стратегий одоления стресса, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в дальнейшем.

Показаниями для кризисной терапии относятся: суицидоопасные состояния, обусловленные кризисной ситуацией (социально-психологическими потерями), которые проявляются в сфере аффективных реакций субклинического, а также клинического уровня и развивающиеся у практически здоровых лиц, больных с нервно-психическими пограничными расстройствами и сохранных душевнобольных вне связи с эндогенными механизмами заболевания.

Кризисная терапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах. Индивидуальная помощь является основой для других форм кризисной терапии и содержит ряд этапов, которые в суицидологической практике могут частично перекрываться: установление контакта, оценка, формулирование, договор, планирование, вмешательство и окончание.

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет следующие приемы индивидуальной антисуицидальной терапии:

- установить отношения доверия и взаимопонимания;
- идентифицировать суицидальную проблему и фокусироваться на ней;

- избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;
- быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его и подкреплять его открытость;
- осознавать фрустрированные потребности пациента;
- воздерживаться от оценки его системы ценностей;
- выражать несогласие с суицидальным решением пациента;
- разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента к анализу ситуации;
- исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;
- отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;
- организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;
- проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;
- принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;
- получать обратную связь и поддержку от коллег; консультироваться у старших товарищей. К. Дернер и У. Плог (1997) отмечают наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии:
 - недостаточное внимание к сигналам пациента о его суицидальных побуждениях, которое обычно связано со страхом терапевта перед смертью;
 - навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
 - бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;

- взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета влияния их на пациента, которому остается пассивная роль.

Авторы обращают внимание на то, что терапевт обязан относиться со всей серьезностью и ответственностью к пациенту, чем он сам себя воспринимает. Не стоит смягчать кризисный период словами и лекарствами, а напротив - углублять. Необходимо донести до пациента, что ему самому нужно найти смысл кризиса. Выписывать больничный лист, лишая тем самым рабочего места пациента можно в самом крайнем случае. Нужно выявить партнера пациента по кризису и оказать ему соответствующую помощь. В кризисной терапии необходимо восстановить трудности, которые привели пациента в его обыденной жизни к кризису. Альтернативные решения надо испытывать в терапевтической среде и затем перенести в повседневность.

М.Я. Соловейчик (2002) предупреждает консультанта, работающего с суицидальным клиентом:

- 1) Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.
- 2) Не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор.
- 3) Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания такого типа: «Нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете.
- 4) Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете.
- 5) Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой.
- 6) Не говорите: «Подумай, сколько людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не решат

проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред.

7) Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

И.А. Акиндинова (2001) описывает самые частые эмоциональные реакции кризисного терапевта, которые мешают оказанию им профессиональной помощи суициденту. Паника: «Я не в силах чем-либо помочь» (тем не менее готовность быть с человеком в трудную минуту уже является помощью). Страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?» (каждый человек, независимо от действий окружающих, имеет право самостоятельно распоряжаться своей жизнью). Усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор» (если помощь направлена в сторону снижения эмоциональной интенсивности, она может быть оказана достаточно быстро). Злость: «Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?» (возникает беспомощностью консультанта в конкретной ситуации). Обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня» (не следует забывать, что любые разговоры о суициде являются просьбой о помощи). Внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить» (подобный выбор – оказывать помощь или нет – на самом деле сделан уже при выборе профессии консультанта). Безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?» (если ситуация слишком запутанная, надо выбрать главную проблему и сосредоточиться на ней). Отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же» (так выявляются непроработанные собственные проблемы, в том числе и суицидогенные; необходима супервизия или личный анализ).

Кризисная терапия можно применять в амбулаторных и стационарных условиях, а также по телефону и на дому. До широкого распространения методов кризисной терапии главной формой превенции суицидов являлась госпитализация в психиатрическую больницу, на повторность суицидных попыток, которая практически не влияла. При решении вопроса о госпитализации Отто Кернберг (2000) особое внимание обращает на

терапевтическую установку пациента и отношение окружающих к нему. В тех случаях, когда есть показания для госпитализации, а пациент от нее отказывается, терапевт должен максимально мобилизовать все социальные и юридические ресурсы, чтобы минимизировать суицидогенные аспекты ситуации. Нередко попытки амбулаторной терапии суицидента отражают бессознательное желание «быть Богом» или опасную наивность, которая мешает увидеть всю серьезность разрушительных тенденций пациента и его семьи. Определенное значение для риска повторной госпитализации придается внутрисемейным конфликтам. Так, по наблюдениям А. Файерстайна с соавт. (Feierstein et al, 1971) среди живущих с родителями регистрируется 90% повторных госпитализаций против 30% живущих отдельно. В связи с этим, а также с ведущей ролью семейно-личных конфликтов в происхождении кризиса большое значение придается форме семейной терапии. Семейная кризисная терапия проводится для детей и всех членов их семей, а также в группах, составленных из конфликтных семей или пар, которые переживают супружеский конфликт. Также осуществляется групповая кризисная терапия подростков с семейным конфликтом и отдельно родителей с проблемами в отношении детей, а также групповая кризисная терапия одиноких матерей малолетних детей после развода или разделения.

При острых суицидоопасных реакциях посвящен ряд отечественных работ по неотложной интенсивной психотерапии. В них рассматриваются особенности первого этапа кризисной терапии с использованием Телефона Доверия (Лежепекова с соавт., 1983; Амбрумова, Полеев, 1988; Моховиков, 1999) и в амбулаторных службах (Леви, 1972; Ларичев, 1979; Мягер с соавт., 1980; Собчик, 1986). Описываются положительные опыты применения кризисной терапии суицидентов, находящихся в реанимационном отделении (Конончук, 1983; Полякова, Балашова, 1989) и в кризисном стационаре (Арнольд с соавт., 1984; Бердянская с соавт., 1986; Скибина с соавт., 1986).

Заслуживают внимания и оригинальные методы кризисной терапии, разработанные сотрудниками Суицидологического центра: когнитивной

кризисной терапии, способствующей осознанию пациентом связи суицидальных переживаний с определенными неадаптивными установками (Понизовский, 1983) и аксиопсихотерапии, которая направлена на перестройку ценностной системы пациентов (Ларичев, 1984) и .Также описаны модификации ролевого тренинга, аутогенной тренировки и пневмокатарсиса для кризисных пациентов (Арнольд, 1984; Арнольд, Скибина, 1990; Полеев, 1994). Ряд сообщений посвящен таким специфическим формам кризисной терапии, как групповая (Ларичев,1983), семейная (Амбрумова, Постовалова, 1984; Тысячная 1978; Вроно с соавт.; Полеев, 1989) и клубная (Дукаревич, Заярная, 1986; Козловский, 1983, 1984).

Обычно используются два превентивных мероприятий (совершение повторной попытки самоубийства и госпитализация) в качестве критериев эффективности. Выделены факторы, предрасполагающие к повторению попытки: межличностные конфликты, плохая социальная адаптация, семейная дезорганизация, склонность к правонарушениям (Конончук, 1978; Morgan et al., 1976). В этой связи представляет интерес вывод R. D. Goldney (1981) о корреляции, которая имеется между необходимостью в интенсивных мерах реанимации после попытки самоубийства и высокой вероятностью суицида в будущем.

Обширный материал собран отечественными исследователями о состоянии больных, находящихся на психиатрическом учете. Ими выделены ответственные за суицидальное поведение определенные уровни социально-психологической адаптации, (Цупрун, 1984; Тихоненко, Цупрун, 1983).В работах ленинградских авторов (Мягер, 1983, 1985; Мягер, Мишина, 1983; Константинова, 1985) более детально рассмотрены способы адаптации после суицидных попыток у лиц без психотических нарушений . Исследования Н.В. Конончук с соавт. по данным катамнеза позволили выделить следующие способы и стили адаптации у лиц, перенесших непсихотическую суицидоопасную реакцию: истинную (активную и пассивную), когда успешное приспособление к жизни произошло за счет изменения отношений личности;

псевдоадаптацию – когда адаптация поддерживается за счет благоприятного изменения ситуации и дезадаптацию (полную или частичную). Выделены прогностически позитивные и неблагоприятные черты; к последним отнесены ригидность мотивации, эмоциональная вязкость и импульсивность (Конончук, Семенова-Тяншанская, 1982; Конончук и др., 1983; Конончук, Капитонова, 1984).

В диссертационной работе К.А. Пойш (1973), выполненной с большой исследовательской базой (813 больных, госпитализированных в психиатрическую больницу после суицидной попытки), основной принцип катамнестического обследования состоит в профессиональной реабилитации суицидентов. А.К. Агафонов (1985) для определения эффективности реабилитационных мероприятий в процессе катамнеза учитывает наравне со степенью социализации суицидента степень его удовлетворенности своей жизнью. Наряду с этим выявлена важная роль психологической адаптации в определении степени суицидального риска по сравнению с социальной. Эффективность комплексной психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) составила 87% против 72% в контрольной группе.

Катамнестические исследования, которые были проведены И.В. Поляковой (1987), выявили зависимость уровня социально-психологической адаптации от клинической формы суицидоопасного состояния. Самое быстрое становление периода реадaptации и его устойчивость отмечались после перенесенных реакций дезорганизации и демобилизации, что практически исключало риск повторных суицидальных действий. Впрочем при реакциях демобилизации адаптация пациентов различалась пассивными личностными установками, что требовало продолжения психотерапии. В случаях пессимистических реакций наступление устойчивого адаптационного периода затягивалось, из-за чего сохранялся риск совершения повторного суицида, особенно если адекватная медико-социальная помощь отсутствует. У больных психогенными депрессиями

наиболее высок риск вторичных покушений на самоубийство при «отставленной депрессии».

В заключение необходимо отметить, что синдромальный уровень диагностики, свойственный зарубежным работам, приводит к несравнимости результатов исследований. Отечественной школой суицидологии, стоящей на позициях клинико-психологического анализа суицидального поведения, указанный недостаток преодолен; однако вопрос о создании единой систематики суицидоопасных состояний в отечественной литературе не ставился.

Проведенные за последние десятилетия в различных странах материалы исследований, показывают адекватность методов кризисной терапии специфическим потребностям лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса. Дальнейшее развитие в решении проблем кризисной терапии, вероятно, лежит на пути дальнейшего разделения социально-психологической и клинической оценок кризисных пациентов; углубленного исследования роли неадаптивных установок в развитии суицидоопасных реакций; создания действенных методов коррекции указанных установок и тренинга навыков, недостающих для разрешения кризисных проблем. Важна также разработка адекватных критериев оценки результатов, применяемых в ходе терапии и на протяжении достаточно длительного катамнеза.

Телефон доверия

Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи РАТЭПП является ассоциированным членом Международной федерации служб неотложной телефонной помощи IFOTES. Цели, принципы и методы работы Телефонов Доверия определяют международные нормы федерации.

Цели. Службы неотложной телефонной помощи прикладывают усилия, чтобы человек, который страдает, отчаивается или замышляет о

самоубийстве имел возможность наладить незамедлительный контакт с человеком, готовым выслушать его как друга и имеющим навыки оказания психологической помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь не только на первый телефонный контакт распространяется, но и продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку необходим совет и помощь. Служба также может связать его с другим человеком по желанию абонента, который будет компетентен в решении именно его проблемы. Каждая помощь, оказанная службами неотложной помощи, имеет целью поддержать в абоненте выдержку для дальнейшей жизни и способности преодоления психологического кризиса, с которым он столкнулся.

Принципы. Абонент должен быть уверен в полной конфиденциальности. Никакая информация, полученная от него, не должна выноситься за пределы службы без его специального разрешения. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, политическому, религиозному, или идеологическому давлению. В данные службы принимаются работники только после тщательного отбора и обучения; отбираются они прежде всего на основании способности понимать другого человека, чувства солидарности и эмпатии с ним. На абонента не возлагаются финансовые или каких-либо иные обязательства. Из работников службы никто не может давать показания представителям власти и правопорядка, не получив при этом предварительного разрешения абонента, а также руководителей данной службы.

Методы. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, причем последние играют основную роль в деятельности службы. Они работают как единая команда. Сотрудники службы проходят начальный курс обучения, после чего они работают в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных в службе для этой цели. Квалификация

работников повышается путем постоянно продолжающегося обучения. Каждой службе должны быть доступны профессиональные консультанты разного профиля. Они могут быть как штатными сотрудниками службы, так и не входить в неё. Эта помощь не только на первый телефонный контакт распространяется, но и продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку необходим совет и помощь. Служба также может связать его с другим человеком по желанию абонента, который будет компетентен в решении именно его проблемы. Каждая помощь, оказанная службами неотложной помощи, имеет целью поддержать в абоненте выдержку для дальнейшей жизни и способности преодоления психологического кризиса, с которым он столкнулся.

Принципы. Должна быть соблюдена полная конфиденциальность, чтобы абонент мог быть полностью уверен. Это означает, что без его специального разрешения не должна выноситься за пределы службы никакая информация. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, политическому, религиозному, или идеологическому давлению. Только после тщательного отбора и обучения будут приняты работники в данные службы, причем отбор строится прежде всего на основании способности понимать другого человека, чувства солидарности и эмпатии с ним. Также, на абонента не будут возложены финансовые или какие-либо иные обязательства. Без предварительного разрешения абонента, а также руководителей данной службы, никто из работников службы не может давать показания представителям власти и правопорядка.

Методы. В штат службы неотложной телефонной помощи входят как оплачиваемые работники, так и волонтеры, которые играют основную роль в деятельности службы. При этом работают они как единая команда. Изначально, сотрудникам службы необходимо пройти начальный курс обучения, после которого они смогут перейти к работе в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных в

службе для этой цели. За счет того, что обучение не останавливается – будет повышаться и квалификация работников. Каждой службе должны быть доступны профессиональные консультанты разного профиля. Они могут быть как штатными сотрудниками службы, так и не входить в неё.

Первый контакт с абонентами обычно устанавливается по телефону, почте или при личном посещении клиента. В целом, именно клиент начинает, поддерживает, завершает или восстанавливает контакт. Как клиент, так и сотрудник службы имеют право на анонимность. Со своей стороны, служба может быть вынуждена заявить клиенту о том, что она более не находит возможным помогать ему. Однако, служба обычно стремится к созданию всевозможных условий для установления контактов с клиентом. Большим плюсом служб неотложной телефонной помощи является их круглосуточная доступность. Если в интересах абонента важно сотрудничество с другими специализированными службами, то необходимо перед установлением контактов с ними получить его согласие.

Г. Хэмбли (1992) выделил определенные задачи кризисного консультанта, который работает на Телефоне Доверия. К этим задачам можно отнести: 1) уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить мягкую, ненавязчивую заботу о клиенте, помочь в выборе решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, по крайней мере на данный момент времени.

Также, автор дает оценку «плохому слушателю и хорошему». В своих действиях, «плохой слушатель» будет перебивать собеседника или течение его мыслей, изменять тему беседы. Собеседнику кажется, что «плохой слушатель» думает о своем ответе, когда он еще говорит, а также раздает советы, при этом не пытаясь заняться совместно поисками ответа. Также, «плохой слушатель» перебивает, переходит к скороспелым и, возможно, неправильным выводам, при этом обобщая или сравнивая собеседника с остальными людьми. Он приходит к скороспелым выводам или перебивает.

И в результате, собеседнику кажется, что своим умом и эмоциями абонент находится вне ситуации обратившегося, особенно произнося фразу: «То же самое случилось со мной».

В противоположной ситуации, «хороший слушатель» будет говорить «да» слушателю, открывая себя и принимая его. «Хороший слушатель» общается с собеседником тепло и естественно, слушает паузы, не пытаясь их заполнить разговором. Также, он не претендует на то, чтобы узнать всю правду, и пытается почувствовать то же, что ощущает собеседник. Такой слушатель принимает обратившегося таким, какой он есть, не осуждая его, стараясь понять его ситуацию и позицию. В разговоре, он откладывает в сторону собственные заботы и проблемы.

Необходимым условием, по мнению В.Ю. Меновщикова (2002), является установить эмпатийные отношения с суицидентом. Чтобы этого достичь, необходимо установить контакт и как можно дольше поддерживать разговор. При этом не стоит проявлять как излишней заботливости, так и опровергать высказывания абонента, чтобы не вызвать у него мысли и опасения, что у него хотят изъять контроль над принятием решений. Не следует переусердствовать, потому что безразличие и ироническая провокация также увеличивают риск совершения суицида. Следует общаться деликатно, так как прямые вопросы абоненту о нахождении его личности могут быть поняты им как попытка «схватить» его. В ситуации, если клиент уже принял таблетки или осуществил другие суицидальные действия, необходимо не упускать его, поддерживать контакт, чтобы постараться определить его местонахождение, связаться с родственниками, скорой медицинской помощью и службой спасения.

Огромным плюсом является способность оказать психологическую помощь по телефону, которая, по сравнению с традиционной очной терапией, особенно значима в кризисный момент для пациента. Рассмотрим какие возможности открываются благодаря такому подходу.

Пространственные особенности. Несмотря на каком расстоянии от психотерапевта находится абонент, он может получить психологическую помощь в любой момент.

Временные особенности. Абонент может в любое удобное для него время немедленно соединиться с психотерапевтом, что очень важно для лиц с низкой выносливостью к психологическому стрессу.

Максимальная анонимность. Многим обратившимся пациентам по разному роду причин очень важна анонимность. И так как, при очном обращении к врачу даже без предъявления документов анонимность обратившегося не является полной – ведь врач видит пациента, а значит и может в дальнейшем его узнать. В свою очередь контакт по телефону гарантирует максимальную анонимность пациентов.

Возможность прервать контакт. Эта возможность удобна для пациента, так как ему важно самому контролировать ситуацию, а потому, он в любой момент может прервать общение с психотерапевтом. Подобная возможность имеет большое значение для лиц, нуждающихся в психологической безопасности.

Эффект ограниченной коммуникации. Исключительно акустический характер телефонной коммуникации способствует вербализации, а тем самым и лучшему осознанию переживаемой клиентом ситуации. Наряду с возможностью аффективного отреагирования, это помогает пациенту интеллектуально овладеть травмирующей его ситуацией, уменьшает чувство тревоги, облегчает реалистическое принятие ситуации и переход к конструктивной личностной позиции.

Эффект доверительности. Не видя собеседника, а слыша только голос, это создает особую доверительную атмосферу между пациентом и слушателем. Следовательно, человек в процессе разговора, раскрывает глубоко личные проблемы.

Цель телефонной терапии – устранить дальнейшее развитие остро возникших кризисных состояний, помочь разрешить психотравмирующую

ситуацию и таким образом предотвратить возможное покушение на самоубийство. Из этой цели вытекают две основные задачи телефонной терапии:

- 1) помощь в овладении и устранение актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпатическую поддержку и когнитивное руководство;
- 2) коррекция неадаптивных личностных установок, предрасполагающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций.

Решение указанных задач в свою очередь требует соблюдения определенных основ экстренной телефонной психотерапии.

Уверенность обратившегося человека в анонимности укрепляет в нем чувство безопасности, которое было нарушено психотравмирующим событием, а также повышает доверительность при обсуждении интимно-личных проблем. В разговоре с собеседником, слушатель должен выстроить «сопереживающего партнерства» отношения, так как в противоположном случае - эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются данными пациентами как проявления отвержения и неприятия. Доступность психотерапевта, которая достигается предоставлением абоненту графика работы телефонного терапевта и приглашением к обращениям, устраняет переживания одиночества и беспомощности, обладающие большой суицидогенностью.

Последовательность этапов терапии особо важна, поскольку переход к следующему этапу помощи без завершения предыдущего ведет к нарастанию чрезмерных требований к пациенту, усиливает этим чувство несостоятельности, снижает его самооценку и, следовательно, усиливает суицидальный риск.

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом имеет ведущее значение в устранении дальнейшего кризиса. Она суммируется из нескольких последовательных шагов, каждый из которых

имеет собственную специфическую задачу и определенный спектр терапевтических приемов.

Главная цель начального этапа подобной беседы – установление контакта – убедить пациента в сочувствии и эмоциональном принятии, а также иметь необходимые профессиональные знания и жизненный опыт. Важно обеспечить клиенту вентиляцию чувств, принять его агрессию и готовность к манипулятивным действиям. Следует дать клиенту гарантию того, что терапевт заинтересован в продолжении разговора и может быть полезен ему. И чтобы укрепить в сознании пациента, что он правильно поступил, обратившись к психотерапевту, необходимо выразить свое одобрение, заверив что он все сделал правильно. В большинстве случаев, на данном этапе пациент раскрывает свои суицидальные переживания, это способствует повышению его ответственности за свое суицидальное поведение и уменьшает риск совершения попытки самоубийства – прием вербализации суицидальных переживаний.

В ситуации острого горя, которое было вызвано переживанием необратимой утраты значимого, психотерапевт должен иметь характер сострадательной эмпатии, чтобы пробудить у абонента жалость к себе, которая купирует далее аутоагрессию. В любом случае терапевту необходимо продемонстрировать признание страданий пациента, со всей серьезностью отнестись к его чувствам и проблемам, после чего можно заявить: «Тот факт, что вы позвонили мне и обсуждаете тему самоубийства, предельно ясно говорит о том, что вам плохо и вам нужна помощь. И теперь, когда я это знаю, нет необходимости причинять себе вред, давайте лучше обсудим, как вам помочь».

Одной из важных задач является выявить в процессе беседы суицидальный риск. Для этого необходимо аккуратно узнать, собирается ли обратившийся совершить суицид, есть ли у него план, имеется ли доступ к средствам самоубийства. К сожалению, риск увеличивается, если абонент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и

значительно уменьшается, если он готов заключить договор об отказе от самоубийства. Именно заключение договора завершает первый этап работы.

Второй этап направлен на интеллектуальное овладение ситуацией. Психотерапевт, сочувственно выслушивая обратившегося, снижает эмоциональную напряженность. Задав соответствующие вопросы, слушатель формирует в сознании пациента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в ее развитии – прием структурирования ситуации. Очень часто обратившимся людям кажется банальность их ситуации, страданий, личностных особенностей и ошибочных действий. Поэтому психотерапевт должен тактично объяснить, что аналогичные ситуации и переживания встречаются достаточно часто – это называется приемом преодоления исключительности ситуации. При острых кризисных ситуациях психотравмирующее ситуации зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее причин и поэтому непреодолимое. Необходимо раскрыть последовательность ситуации, показать ее связь с предшествующими событиями и, соответственно, возможность ее изменения – это другой прием – прием включения в контекст жизненного пути.

Обратившимся людям, находясь в критической ситуации, начинает казаться, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. Поэтому здесь необходимо воспользоваться еще одним приемом - снятия остроты ситуации, который даст понять абоненты, что у него есть время на обдумывание и принятие разумного решения. Также, при разговоре, следует подмечать и ставить в пример абоненту его достижения и правильные решения при возникновении у него в прошлом сложных жизненных ситуациях, о которых терапевт узнаёт в процессе общения. Терапевт тактично выделяет эти позитивные механизмы, при этом используя прием терапии успехами и достижениями, которые являются мощным, но не всегда осознанным антисуицидальным фактором.

На протяжении второго этапа беседы используются также следующие психотерапевтические приемы.

Повторение содержания высказывания: психотерапевт сообщает абоненту, что внимательно его слушает и правильно понимает. Благодаря этому приему – пациент может уточнить или переформулировать свои высказывания.

Отражение и разделение эмоций. Прием стимулирует наиболее открытое проявление эмоций, особенно показан при подавленности, тоске, потому что терапевт высказывает сочувственное разделение таких суицидоопасных переживаний, как тревога, отчаяние, горе, чувства стыда, унижения и обиды.

Поиск источников эмоций. С помощью такого типа вопросов: «Что именно вас так ранит в этой ситуации?» абоненту предлагается выявить непосредственные причины своего эмоционального состояния. Данный прием помогает пациенту понять связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Второй этап беседы считается завершенным, когда терапевт, обобщив всю полученную информацию, высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации – прием формулировки ситуации. Указанный прием помогает пациенту рационализировать всё происходящее, интеллектуально овладеть ситуацией и реалистически принять ее. Помимо этого, благодаря данному приему, пациент осознаёт, что его проблема понята другим человеком, что уменьшает переживания одиночества и безвыходности.

Чтобы перейти к третьему этапу - планированию действий, которые необходимы для преодоления критической ситуации, необходимо подвести пациента к пониманию того, какое разрешение ситуации наиболее для него приемлемо. Это будет еще один прием в практике психотерапевта - прием идентификации целей. На данном этапе некоторые пациенты пытаются уклониться от сути проблемы к обсуждению своего состояния, поэтому здесь задача терапевта сводится к тому, чтобы вернуть абонента к обсуждению

конкретных планов. Таким образом, терапевт принимает в действие еще один прием - прием фокусирования на ситуации.

На данном этапе - интерпретация, планирование и удержание паузы являются специфическими психотерапевтическими приемами. Рассмотрим подробнее эти приемы.

Интерпретация: психотерапевт высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

Планирование: пациента побуждают к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности.

Удержание паузы: в момент общения, психотерапевт с целью предоставления пациенту возможность проявить инициативу, а также стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения, должен выдерживать паузы.

Четвертый этап – коррекция суицидальных установок абонента. Обязательным является убеждение пациента в следующем:

- В первую очередь, психотерапевт убеждает пациента, что всё что произошло с пациентом в данной ситуации и то, какие чувства он сейчас испытывает, в каком тяжелом эмоциональном состоянии пребывает - это временно, и в дальнейшем его состояние в процессе терапии улучшится. Можно привести пример, что другие люди в аналогичных обстоятельствах чувствовали себя так же тяжело, но потом их состояние полностью нормализовалось.

- Еще одно из важных убеждений, в том, что жизнь пациента необходима и важна его родным, близким, друзьям. Его уход из жизни станет для них тяжелейшей травмой.

- Необходимо согласиться, что каждый человек вправе распоряжаться собственной жизнью, но решать этот вопрос лучше после восстановления душевного равновесия, пройдя соответствующую терапию.

Здесь психотерапевт может применить еще один прием - терапия апперцепцией, при которой необходимо стимулировать воображение

пациента перспективами оптимистического будущего. И здесь очень важно не просто рассказывать о будущем, а важно уметь «рисовать словами», чтобы пациент увидел в своем воображении перспективную картину.

Существуют определенные суициденты, которые представляют суицид как средство воздействия на какого-либо человека. В этом случае психотерапевт пытается понять, что именно хочет сообщить значимому другому пациент своей попыткой самоубийства. И в конечном итоге нужно совместно с пациентом проработать иной способ донесения этого сообщения до партнера.

Как правило, завершение терапии, вызывает у пациентов тревогу, которую нужно разделить; необходимо укрепить уверенность пациента в своих силах и обсудить, каким образом опыт разрешения конкретной кризисной проблемы будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Существуют запрещенные приемы телефонного консультирования, которые вывел А.Н. Моховиков (2001). Это такие высказывания-решения, которые перекалывают ответственность с абонента на консультанта:

- 1) предложения, советы, решения;
- 2) приказы, указания, направления;
- 3) предупреждения, угрозы, убеждения;
- 4) поучения, наставления морализирование,;
- 5) инструктирование, лекции, убеждение путем спора.

Также существуют высказывания, которые снижают самооценку собеседника:

- 1) критика, осуждение, несогласие, обвинение;
- 2) манипулятивное согласие, чрезмерное восхваление, лицемерное одобрение, обещание награды;
- 3) стремление пристыдить, высмеивание;
- 4) постановка диагноза, анализ, интерпретация;

5) поддержка как «заговаривание зубов», формальное утешение, разубеждение;

б) допрашивание, расследование.

Высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

Автор предостерегает от типичных ошибок телефонного диалога.

К таким ошибкам относятся: беседа о проблеме, а не о человеке; чрезмерно быстрое определение проблемы; неприятие ценностей абонента; обсуждение ложной проблемы; чрезмерное отождествление, взгляд сверху; обвинение и позиция эксперта.

Автор приводит также основания для прекращения беседы. Это может быть полезным, когда абонент предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола; настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта; на множество предложенных консультантом решений и выбора реагирует по типу «да, но...»; требует наставлений; настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему; все время повторяется; просит: «Подождите, пока я...»; рассказывает различные истории или разговаривает о мелочах; ждет гарантий или старается переложить всю ответственность на консультанта и, наконец, когда консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в окончании разговора.

9. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Во многих странах предпринимались значительные усилия, направленные на предупреждение самоубийств, принимая к сведению значимость данной проблемы здравоохранения. ВОЗ опубликовала обновленный перечень национальных стратегий предупреждения самоубийств в государствах - членах Европейского региона ВОЗ. Показатели самоубийств могут быть снижены за счёт лечения лиц, испытывающих состояние депрессии и тревоги. Результаты исследования подтверждают положительный эффект применения антидепрессантов и психотерапии.

На совещании ВОЗ по стратегиям предупреждения самоубийств в Европе, состоявшемся в 2004 г., организаторы здравоохранения и эксперты в области психического здоровья и суицидального поведения из 36 государств - членов Европейского региона обсудили опыт работы по предупреждению самоубийств и текущую ситуацию и сформулировали рекомендации в отношении стратегий предупреждения самоубийств.

В ходе совещания сделаны выводы о том, что:

Самоубийства, а также попытки самоубийства являются серьёзной проблемой для общественного здравоохранения. В ряде стран от самоубийства гибнет больше людей, чем от дорожно-транспортных происшествий.

Важные аспекты суицидального риска: возраст и пол, также необходимо учитывать существующие тенденции в данной области при разработке программ предупреждения самоубийств.

Сообщения СМИ, в которых случаи самоубийств порой представляются в привлекательном виде, негативно влияют на восприятие данного явления общественностью и, как правило, способствуют увеличению числа случаев суицидального поведения.

Основные рекомендации:

1. Для предупреждения самоубийств и попыток самоубийства следует приложить большие усилия всей системы здравоохранения. Бремя

самоубийств настолько высоко, что ответственность за работу в данной области должно взять на себя все правительство, при этом ведущая роль должна быть отведена министерству здравоохранения.

2. Нужно разработать программы предупреждения самоубийств. Которые должны предусматривать конкретные меры воздействия для различных групп повышенного риска (например, с учетом возраста и пола), включая задачи различных секторов (образование, рынок труда, социальное обеспечение и т.д.); следует проводить оценку их эффективности.

3. Работники учреждений здравоохранения, а особенно службы неотложной помощи должны быть обучены методам выявления суицидального риска и активно должны сотрудничать со службами охраны психического здоровья.

4. Просветительная работа среди работников здравоохранения и населения в целом должна начинаться на самом раннем этапе, при этом основное внимание необходимо уделять как факторам риска, так и защитным факторам.

5. Необходимость исследований, ориентированных на политику, и оценки эффективности программ предотвращения самоубийств.

6. Следует привлекать средства массовой информации и информировать их о предотвращении самоубийств, а также активно способствовать соблюдению Свода практических правил ВОЗ по освещению самоубийств в СМИ.

Европейский план действий в области психического здоровья предусматривает ряд конкретных действий, в том числе:

7. определение исходных уровней показателей стресса и выявление групп высокого риска;

8. реализация образовательных, информационных и программ поддержки представителей маргинализированных групп;

Создайте группы самопомощи, веб-сайты и телефонные линии, чтобы помочь людям в кризисной ситуации.

Стратегии предотвращения самоубийств должны решать следующие вопросы:

- выявить и ограничить доступ к средствам самоубийства;
- улучшить работу медицинских служб и обеспечить поддержку и реабилитацию людей с суицидальным поведением;
- совершенствование методов диагностики и последующего лечения;
- лучшее понимание медицинскими работниками их отношения к проблеме предотвращения самоубийств и психических заболеваний и «табуированных тем» в этой области;
- усилить просветительскую работу с населением в области психических заболеваний и их раннего выявления;
- поддерживать сообщения СМИ о случаях суицида и суицидальных попытках;
- продвижение научных исследований по профилактике суицида, а также сбор информации о причинах суицида, избегая дублирования статистических данных.

Принципы профилактической медикаментозной терапии

Специфического «противосуицидального» медикаментозного лечения не существует. Однако риск суицидального поведения можно снизить, соблюдая ряд принципов в лечении пациентов с высоким риском суицида.

Ранняя диагностика и соответствующее лечение психического расстройства. Это один из основополагающих принципов вторичной профилактики суицидального поведения. Значительную роль в ранней диагностике психического расстройства могут сыграть не только психиатры, но и врачи других специальностей, так как большинство людей с психологическими и психиатрическими проблемами обращаются к ним задолго до обращения к психиатру или психотерапевту. Ранняя диагностика психического расстройства с соответствующим началом адекватной терапии снижает интенсивность симптомов и снижает риск суицидального поведения.

Не избегать диагноза двух и более психических расстройств. Во многих случаях высокий суицидальный риск связан с сопутствующими заболеваниями (например, депрессией и злоупотреблением психоактивными веществами). Правильная диагностика этих состояний и установление диагнозов в медицинских документах способствуют назначению адекватного лечения и правильной преемственности другими специалистами.

Назначайте лекарства часто и в небольших количествах. Одним из наиболее распространенных способов парасуицида и довольно распространенным способом самоубийства является отравление психотропными препаратами. Одноэтапный сброс (или высвобождение) препарата в малых, безопасных количествах снижает риск летальных исходов в случае преднамеренной передозировки.

Контроль за хранением и приемом лекарственных средств. Эта рекомендация, адресованная родственникам и медицинскому персоналу, снижает риск преднамеренного накопления наркотиков и отравления.

Назначают препараты с наименьшей токсичностью.

Для снижения риска летального исхода при преднамеренной передозировке пациентам с риском суицида назначают антидепрессанты с низким индексом фатальной токсичности (ИФТ). Для антидепрессантов он должен быть меньше 10 (количество смертей/1 млн назначений лекарств). Этому требованию отвечают все представители группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также некоторые другие антидепрессанты (мапротилин, миансерин, моклобемид, мirtазапин). Среди нейролептиков сильнодействующие препараты (галоперидол, трифлуоперазин) более безопасны (из-за летального исхода при передозировке) по сравнению с слабодействующими препаратами (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, тиоридазин). Большинство нейролептиков второго поколения (рисперидон, zipразидон, сертиндол) обладают хорошим уровнем безопасности при передозировке. Другие сообщения о передозировке со смертельным исходом были связаны с

использованием клозапина, оланзапина и кветиапина. Риск летального исхода значительно повышается при сочетанной передозировке препаратов гетероциклической структуры (например, амитриптилина и хлорпромазина), сочетании передозировки с алкогольной интоксикацией.

Баланс эффективности и профиля побочных эффектов. В некоторых случаях побочные эффекты психиатрических препаратов могут значительно увеличить дискомфорт, дистресс и риск суицидальной активности. Это хорошо задокументировано для некоторых распространенных побочных эффектов:

Акатизия – двигательное беспокойство, сопровождающееся беспокойством, дисфорией, импульсивными действиями. Считается разновидностью экстрапирамидного побочного симптома. Чаще всего связано с применением типичных сильнодействующих нейролептиков, реже - антидепрессантов, противорвотных средств.

Состояние повышенной тревожности и гиперактивности обычно связано со стимуляцией серотонинергической системы. Может проявиться в первые 7-15 дней приема антидепрессантов (особенно группы СИОЗС) и нейролептиков (зипрасидон, сертиндол). Очевидно, эта симптоматика прерывается тремя путями: снижением дозы препарата; замена препарата на другой; назначение дополнительной прерывающей или корригирующей терапии (например, бензодиазепинов в обоих случаях; блокаторов и тригексифенидила в случае акатизии).

Адекватная продолжительность прекращения лечения в острой фазе. Известно, что частые кратковременные госпитализации по поводу обострений хронических психических расстройств повышают риск суицида, вероятность которого наиболее высока в первые 7-10 дней после выписки. Длительность госпитализации должна соответствовать тяжести состояния больного и стандартам лечения РП.

Поддерживающая терапия. Он должен быть адаптирован по своей продолжительности, выбору препаратов и их дозировок к доминирующему

психопатологическому синдрому и к диагнозу. Соответствующие рекомендации указаны в протоколах лечения психических расстройств. Несмотря на то, что универсального «антисуицидального» средства не существует, ряд исследований указывают на определенные особенности выбора препаратов при лечении больных с высоким риском суицида.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Ефремов В. С. Основы суицидологии. - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. - 480 с: ил.
2. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 600 с.: ил.
2. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. Издательство: Когито-Центр, 2005 г. - 376 с.
3. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография-Днепропетровск: Пороги, 2006 г. – 472 с.
4. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. – 2011. – № 1.

Дополнительная литература:

1. Войцех, В.Ф. Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодёжи, //Социальная и клиническая психиатрия, 2009, №2., С.17 – 24.
2. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дисс. ... док. психол. наук. М., 2010.
3. Каргин А.М., Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 15-20.
4. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения, Всемирная организация здравоохранения, 2006
5. Парфёнова А.А. Типологические особенности суицидального пациента. // Социологические исследования 2009, №4., С.108 – 116.
6. Розанов В.А. перспективы предикции суицидального поведения.// Клинико-лабораторный консилиум 2010 №1 С.53 - 40.
7. Хвостова И.И, Давидовский С.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения, Минск 2009.