

Суицидальное поведение - аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

С точки зрения клинической практики СП принято подразделять на **внутренние** и **внешние** формы.

Внутренние формы:

Антивитальные переживания - размышления об отсутствии ценности жизни без чётких представлений о своей смерти

Пассивные суицидальные мысли - фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни

Суицидальные замыслы - разработка плана суицида

Суицидальные намерения - решение к выполнению плана

Внешние формы:

Самоубийство (суицид) – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

Суицидальная попытка (парасуицид) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий

- прерванная
- abortивная

Из сферы суицидального поведения принято исключать:

- ❖ *Несчастливые случаи* - случайные, т.е. ненамеренные самоповреждения и передозировки.
- ❖ *Самоповреждающее поведение* - намеренное причинение прямого физического вреда своему телу без намерения умереть от этого.

Общее число лиц с Self-injurious behaviors оценивается

в 1-4% в общем населении и в 5-21% среди лиц с психическими расстройствами.

«Самоповреждающее поведение»

- 1. Стереотипные самоповреждения** (битье головой, битье себя, кусание губ или рук, щипание и царапание кожи, кусание себя, выдергивание волос) – наблюдающиеся при умственной отсталости, аутизме, синдромах Леш-Нихана, Корнели де Ланге, Прадера Вилли (Prader Willi).
- 2. Выраженные (major) самоповреждения** (кастрация, энуклеация или иное повреждение глаза, ампутации пальцев или конечностей) – наблюдающиеся при шизофрении, аффективных психозах, органических психозах, тяжелых расстройствах личности, при транссексуализме.

«Самоповреждающее поведение»

3. **Компульсивные самоповреждения** (выдергивание волос, щипание кожи, кусание ногтей) – наблюдающиеся при трихотилломании и «стереотипном двигательном расстройстве с самоповреждающим поведением».
4. **Импульсивные самоповреждения** (порезы кожи, ожоги кожи, битье себя) – наблюдающиеся при пограничном (borderline) и диссоциальном расстройствах личности, а также при других «импульсивных расстройствах личности», опьянении, черепно-мозговой травме, посттравматическом стрессовом расстройстве.



Оценочные данные по абсолютному числу и частоте суицидов по возрасту и полу (ВОЗ, 2012г.)

Страна	Пол	Число суицидов (все возраста)	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от суицидов (на 100 000)					
			все возр.	5-14 лет	15-29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет
Германия	оба пола	10745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7
	женщины	2621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6
	мужчины	8124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7
Китай	оба пола	120730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5
	женщины	67542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7
	мужчины	53188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8
Россия	оба пола	31997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1
	женщины	5781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4
	мужчины	26216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3

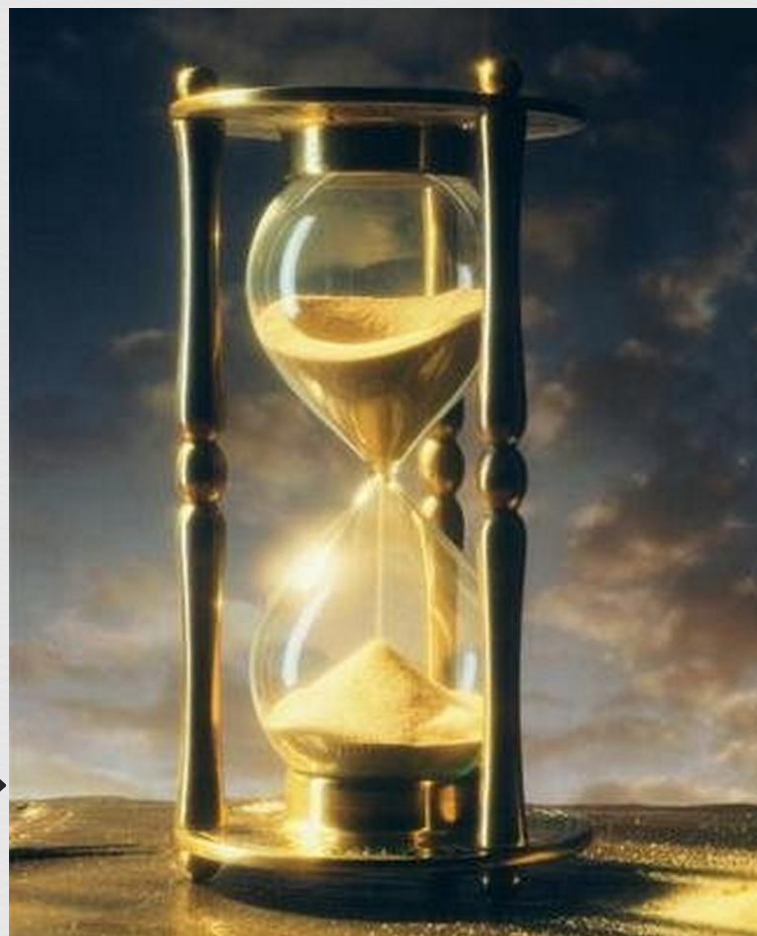
Пресуицидальный период – период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации

«острый пресуицид»

-минуты

«хронический пресуицид»

- месяцы



Пресуицидальный синдром

E.Ringel (1953)

1. **Нарастающее ситуативное и динамическое сужение психических процессов** (односторонняя направленность апперцепции, ассоциаций, рисунка поведения, аффекта и защитных механизмов), ограничение межличностных отношений и мира ценностей
2. **Накопление агрессии** и обращение ее против собственной личности
3. **Суицидальные фантазии** (вначале возникающие активно, затем – спонтанно, помимо желаний)

Этапы пресуицида

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко; 1978, 1980)

1. Латентно-абортивный:

- снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам
- эмоциональная лабильность
- пассивные суицидальные мысли, представления, фантазии

Этапы пресуицида

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко; 1978, 1980)

2. Инициальный:

- аффективные расстройства
- своеобразие мышления
- неадекватная самооценка
- сензитивная реакция
- доминирующая суицидная мысль с формированием суицидального замысла

Этапы пресуицида

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко; 1978, 1980)

3. Манифестный:

- депрессивная реакция
- деперсонализация - дереализация
- психалгия, полярность мышления
- нарушение сна
- тревожное возбуждение или напряженное спокойствие
- сверхценная идея о суициде с отчетливым суицидальным намерением

Пресуицидальный период

1. Аффективно-напряженный

- суицидент фиксирован на своем актуальном состоянии
- позиция личности активная при высокой интенсивности эмоциональных переживаний
- пресуицидальный период ярко выражен в поведении и носит острый характер
- терапевтическое вмешательство довольно быстро может принести

Пресуицидальный период

2. Аффективно-редуцированный

- интенсивность эмоций низка
- позиция личности пассивная
- пресуицидальный период носит пролонгированный характер, с трудом поддается терапии
- может быть как самостоятельным, так и выступать в качестве второго этапа

ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- 1.** Ближайший постсуицид (в течение первой недели после совершения попытки)
- 2.** Ранний постсуицид (от недели до месяца после попытки)
- 3.** Поздний постсуицид (последующие 4-5 месяцев)

1. Критический постсуицид

- ❖ *Конфликт утратил свою актуальность, т.к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие «разрядило напряженность»*
- ❖ *Суицидальных тенденций нет*
- ❖ *Отношение к совершенной попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки*

Риск повторного суицида минимален

2. Манипулятивный постсуицид

- ❖ *Актуальность конфликта значительно уменьшилась* (за счет непосредственного влияния суицида пациента на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону)
- ❖ *Суицидальных тенденций нет*
- ❖ *Отношение к совершенной попытке рентное – понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку*

**Риск повторного суицида возрастает с увеличением степени опасности для
ЖИЗНИ**

3. Аналитический постсуицид

- ❖ *Конфликт по-прежнему актуален* для суицидента
- ❖ *Суицидальных тенденций нет*
- ❖ *Отношение к совершенной попытке негативное* – раскаяние за совершенное покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта, но поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения

Риск повторного суицида возрастает (при сохраняющемся и не решаемом

4. Суицидально-фиксированный постсуицид

- ❖ *Конфликт актуален*
- ❖ *Суицидальные тенденции сохраняются*
- ❖ *Отношение к суициду «положительное»,
причем вербально это может выражаться в
установке «не вижу иного пути»*

**Риск повторного суицида высокий,
суицидальная попытка не прерывает
пресуицида**

Значимость некоторых факторов антисуицидального барьера на суицидальную активность лиц молодого и пожилого возраста

ФАКТОР	Молодые лица	Пожилые лица
Страх смерти	значимо	ограниченно
Эстетика внешнего образа собственного тела	значимо	значимо
Религиозные факторы: а) традиционные религии б) «жизнь после смерти»	ограниченно ограниченно	значимо значимо
Референтная группа: 1. Близкий человек: а) живой б) умерший 2. Художественный образ 3. «Идеальный человек» 4. Домашнее животное	значимо значимо значимо значимо ограниченно	значимо значимо незначимо незначимо значимо
Социальный остракизм	ограниченно	ограниченно
Родительские обязанности	значимо	ограниченно
Целина	значимо	значимо

Кластерные суициды

Кластерное суицидальное поведение – имитационные суицидальные попытки и суициды, возникающие вследствие суггестивного эффекта на людей из непосредственного окружения аутоагрессивного действия человека или в результате освещения в СМИ его гибели.

Наиболее часто встречается у молодежи в возрасте 15-19 лет, примерно 1-13% подростковых суицидов можно рассматривать как кластерные (Gould M.S., 1990).


Сбор суицидологического анамнеза

1. Если раньше была суицидальная попытка, то ее характеристики (способ и вероятность возможности оказания помощи при суициде).
2. Импульсивность или продолжительность суицидальных мыслей, в контексте личностных факторов, касающихся возможности контролировать импульсы.
3. Наличие текущих утрат, особенно смерти или суицидов в социальном окружении пациента.
4. Появление намерений, указывающих на существование суицидального плана.

Сбор суицидологического анамнеза

5. Выявление фактов завершения дел, подготовки завещания, логически необъяснимых фактов дарения имущества и т.п.
6. Степень изолированности от социального окружения.
7. Суициды в семейном анамнезе или наличие суицидов у лиц, близких к суициденту.
8. Предыдущие психиатрические госпитализации или наличие психического заболевания.

Сбор суицидологического анамнеза

9. Наличие симптомов деперсонализации и дереализации (важные симптомы, потенцирующие риск суицида).
10. Наличие хронического физического заболевания, особенно с хроническим болевым синдромом.
11. Наличие синдромов органического поражения головного мозга.
12. Наличие зависимости от психоактивных веществ (особенно  кокаина).

Наличие 3 и более факторов представляет умеренный и высокий риск суицида

Индикаторы суицидального риска:

1. Ситуационные
2. Поведенческие
3. Коммуникативные
4. Когнитивные
5. Эмоциональные
6. Лингвистические

Индикаторы суицидального риска:

1. Ситуационные индикаторы

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: *смерть любимого человека, особенно супруги или супруга; развод; потеря работы; уход на пенсию; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; профессиональная несостоятельность; раскаяние за совершенное убийство или предательство и т.д.*

2. Поведенческие индикаторы суицидального риска:

- злоупотребление психоактивными веществами, 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;
- выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;

2. Поведенческие индикаторы суицидального риска:

- «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей); приобретение средств для совершения суицида.
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- нарушения дисциплины или снижение

3. Коммуникативные индикаторы суицидального риска:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;

3. Коммуникативные индикаторы суицидального риска:

- прощание;
- сообщение о конкретном плане суицида,
- самообвинения,
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь

4. Когнитивные индикаторы суицидального риска:

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;

4. Когнитивные индикаторы суицидального риска:

- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «туннельное сознание» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

5. Эмоциональные индикаторы суицидального риска:

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии: (а) приступы паники, (б) выраженная тревога, (в) сниженная способность к концентрации внимания и воли, (г) бессонница, (д) умеренное употребление алкоголя и (е) утрата способности испытывать удовольствие;

5. Эмоциональные индикаторы суицидального риска:

- несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

6. Лингвистические индикаторы суицидального риска:

- прямые высказывания, а также оговорки или незавершенные мысли, отражающие суицидальные тенденции;
- выраженный эгоцентризм в восприятии реальности;
- наличие множества глаголов директивного характера в контексте суицидальных высказываний;
- ослабление или выпадение лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления;
- наличие паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонации и т.п.

Типологические схемы суицидального поведения

1. Категории цели:

- Истинное
- Демонстративно-шантажное

2. Категория личностного смысла

- протест, месть
- призыв
- избегание (наказания, страдания)
- самонаказание
- отказ

Превенция (лат. praevenire - предшествовать, предвосхищать) – предупреждение развития суицидальных тенденций

Интервенция (лат. intervenire, inter-между; venire - приходить, следовать) - предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса

Поственция (лат. postvenire, post – после, позже; venire – приходить, следовать) - реабилитация суицидента; людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида

Превенция

Цель - предупреждение развития суицидальных тенденций в обществе

Субъект - учреждения социальной сферы, средства массовой информации

Объект - население региона, группы повышенного суицидального риска

Задачи:

- 1.Профилактика алкоголизма, наркомании
- 2.Диагностика групп суицидального риска
- 3.Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди населения
- 4.Коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия
- 5.Информирование населения о деятельности психологических служб
- 6.Развитие служб «Телефона доверия» и «Телефона

Интервенция

Цель - предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса

Субъект - учреждения системы здравоохранения

Объект - суициденты, лица с повышенным уровнем тревоги или депрессии

Задачи:

1. Создание сети суицидологических учреждений
2. Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса
3. Диагностика ситуаций повышенного риска парасуицида
4. Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения
5. Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, а также методов коррекции деструктивных личностных установок

Поственция

Цель - реабилитация суицидента; людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида

Субъект - учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания

Объект - оставшийся в живых суицидент; члены семьи, ближайшее окружение суицидента

Задачи:

1. Организация механизма реабилитационного процесса
2. Диагностика восстановительного потенциала (благоприятствующих реабилитации факторов) «выживших жертв суицида»
3. Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер культуры, досуга, трудоустройства, социального обеспечения и т.д.
4. Коррекция семейных взаимоотношений
5. Профессиональная реабилитация

Формы и виды оказания специализированной помощи пациентам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на территории РФ

Наименование подразделения	Кол-во субъектов РФ	Кол-во подразделений
Служба «Телефона доверия»	60 (75%)	118
Кабинеты социально-психологической помощи	47 (58,75%)	100
Кризисные службы:	32 (40%)	43
- «кризисные койки»	14 (17,5%)	25
- «кризисные отделения»	15 (18,75%)	15
- «кризисные центры»	3 (3,75%)	3
Суицидологические службы:	7 (8,7%)	8
- суицидологические кабинеты	3 (3,7%)	4
- суицидологические центры	4 (5%)	4
Интернет-служба психологической помощи	4 (5%)	5
Кризисные выездные бригады (на базе ПБ)	3 (3,75%)	3

* По данным 80 субъектов РФ на 2012г. (исключая Приморский край, Республику Саха-Якутия, Чукотский АО)

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

1. Повторение содержания высказывания

- этим приемом психотерапевт сообщает пациенту, что внимательно слушает его и правильно понимает.

Прием позволяет пациенту в случае, его неправильно поняли, уточнить или переформулировать свое сообщение.

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

2. Отражение эмоций - выделение эмоционального компонента какого-либо факта и сообщение его пациенту, например: *«Представляю, какое горе охватило Вас, когда Вы узнали, что болезнь ребенка серьезна».*

Прием стимулирует более открытое проявление эмоций; особенно показан в случаях, когда пациент испытывает тоску, подавленность, обиду.

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

3. «Означивание» ситуации или переживания - выделение из высказываний пациента их основного значения, содержащегося в них неявным образом: *«Если я Вас правильно понял, жена постоянно упрекала Вас в недостаточном внимании к себе?»*

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

4. Установление последовательности событий

- повторение терапевтом сообщенных ему фактов в их причинно-следственной или временной последовательности.

При этом врач, не интерпретируя эти факты сам, побуждает пациента к их интерпретации. Выделение из рассказа пациента конкретных фактов и приведение их в определенную систему во многих случаях вызывает изменение оценки ситуации, более адекватное ее понимание

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

5. Разработка - углубление в тему.

После того, как психотерапевт сориентировался в проблемах обратившегося за помощью, он направляет беседу на обсуждение проблемы, представляющейся ему наиболее важной, например: *«Расскажите подробнее о Вашей семейной жизни»* и т. д. Иногда пациент упоминает о значимой для него проблеме, а

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

6. Вербализация - словесное обозначение того, что подразумевает пациент; это прием, приближающийся к интерпретации.

- *«Когда я прихожу домой, жена часто бывает раздражительной, невнимательной.»*
- *«Вы предполагаете, что она разлюбила Вас?»*

Приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию с суицидальным пациентом:

7. Поиск источников эмоций - пациенту предлагается задуматься над своим эмоциональным состоянием и установить его непосредственные причины.

- *«Какие чувства вызвало у Вас это происшествие?»*

- *«Что именно в этой ситуации Вас так ранит?»*

Этот прием помогает пациенту осознать взаимосвязи между поступками, поступками других вовлеченных в кризис лиц и возникающими у него эмоциями.

Если я не сделаю – 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?**

Гигель