

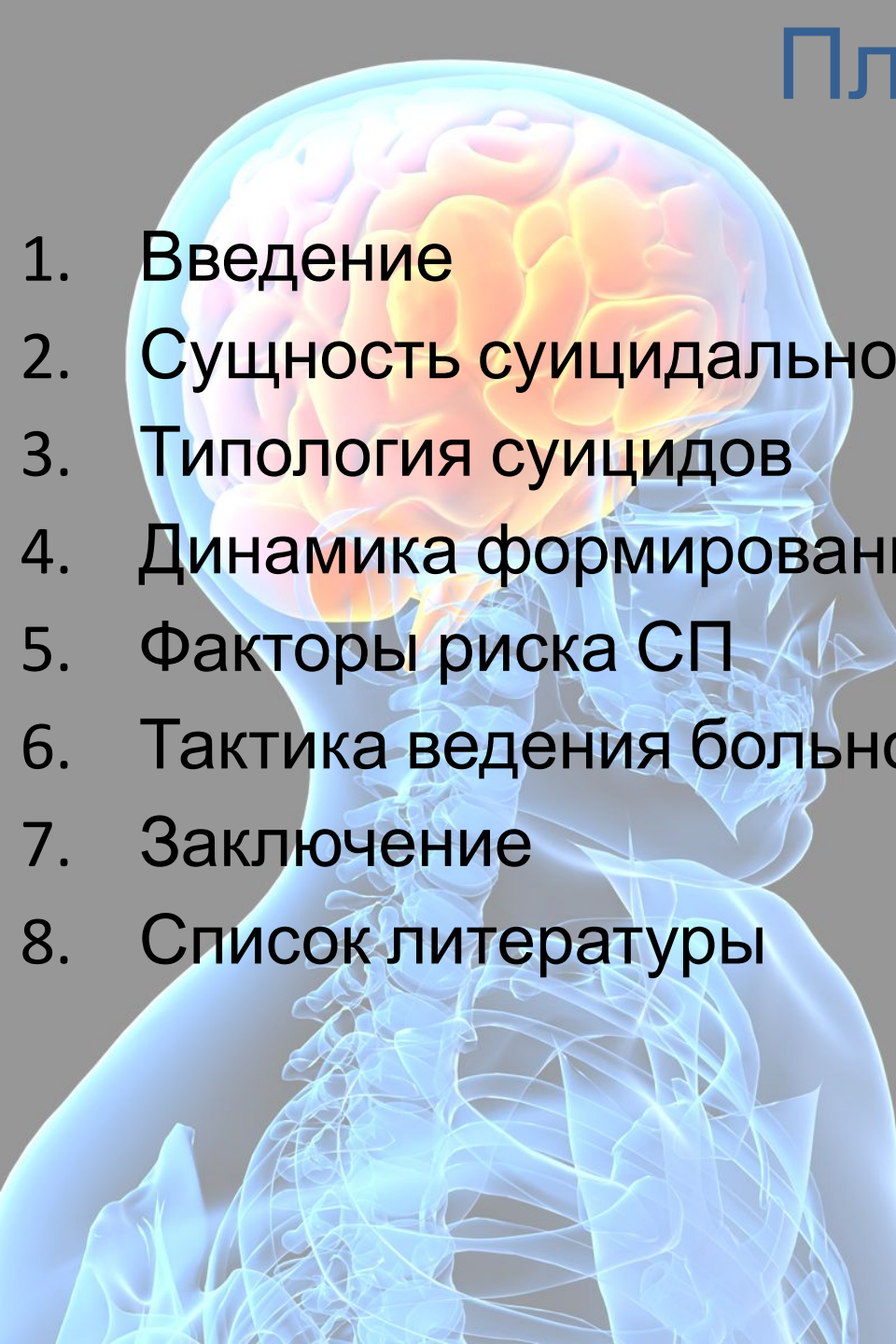
АО «Медицинский Университет
Астана»
Кафедра психиатрии и наркологии

Самостоятельная работа интерна на тему: **Факторы риска суицидального поведения и ведение больного.**

Выполнила: Шайкенова М.С. 635 группа ВБ
Проверил: Магай Н.В.

Астана,
2014

План

- 
1. Введение
 2. Сущность суицидального поведения (СП)
 3. Типология суицидов
 4. Динамика формирования СП
 5. Факторы риска СП
 6. Тактика ведения больного.
 7. Заключение
 8. Список литературы



Введение

- Актуальность изучения самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в наше время не подлежит сомнению как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных.
- По последним сводкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в развитых странах самоубийство как причина смерти, занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими болезнями и несчастными случаями в результате дорожно-транспортных происшествий. Причем количество суицидов на земном шаре год от года возрастает, а максимум их в населении приходится на работоспособный возраст.
- По данным ВОЗ, если в год суицид совершают около миллиона людей, то восемь тысяч из них - казахстанцы. Эксперты ВОЗ приводят, что критическим порогом суицидов считаются показатели, составляющие свыше 20 человек на 100 тысяч населения. В Казахстане, по данным статистики, в последнее десятилетие число самоубийств составило 52 - 53 на 100 тысяч населения.



Основные понятия

- **Самоубийство (суицид)** – это осознанное лишение себя жизни.
- Юридически **суицид** определяют как намеренное самодеструктивное действие, совершаемое лицом, осознающим то, что оно делает, и возможные последствия своих действий.
- Осуществление аутоагрессивных действий под воздействием психопатологических переживаний (бред, галлюцинации) психическими больными, находящимися в состоянии психоза, следует квалифицировать как **аутоагрессивное поведение**.
- **Суицидальное поведение (СП)** – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.
- **Суицидент** – человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.



Формы проявления СП

Внутренние формы:

- антивитальные представления (т. е. размышления об отсутствии ценности жизни);
- пассивные суицидальные мысли (представления на тему своей смерти при отсутствии четкого замысла на самовольное лишение себя жизни: «хорошо бы умереть» и т. д.);
- суицидальные замыслы — это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства;
- суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент — решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Внешние формы:

- суицидальные высказывания;
- суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели;
- завершённый суицид — действия, завершённые летальным исходом.



Типология СП

- Становление различных концепций самоубийства сопровождалось и сопровождается выдвиганием соответствующих классификаций. Различия в классификациях видов суицидального поведения отражают многообразие форм рассматриваемой реальности.
- Так, например, социологическое направление, идущее от Э. Дюркгейма, объясняет самоубийство как функцию разобщённости социума и оперирует в связи с этим терминами: «альтруистический», «эгоистический», «анемический» и «фаталистический» суициды. А.Г. Амбрумова выделяет: самоубийства — истинные суициды, а также попытки самоубийства — незавершенные суициды. Брукбенк говорит о суициде как намеренном самоубийстве и парасуициде как акте намеренного самоповреждения без смертельного исхода. По мнению А.Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. Е. Шир различает: преднамеренное суицидальное поведение, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

Типы СП (по А.Е. Личко):

- *Демонстративное поведение*
- *Аффективное суицидальное поведение*
- *Истинное суицидальное поведение*



Типы СП.

Демонстративное СП: стремление человека обратить внимание на себя и свои проблемы. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишиться себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами человека, "осознать" свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Аффективное СП: суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций. В таких случаях человек действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции – обида, гнев, – затмевают собой реальное восприятие действительности и человек, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное СП: характеризуется продуманным планом действий. Человек готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения люди чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыгиванию с высоты.

Динамика формирования СП



I. **Досуицидальный период:** появляется чувство одиночества, тоски по несбывшемуся, утрачивается способность переживать радость, счастье, пропадает интерес к жизни, появляется тема смерти в бытовых разговорах или творчестве.

II. **Пресуицидальный период:** с момента возникновения суицидальных мыслей до момента осуществления суицидального действия.

- a) Пассивные суицидальные мысли
- b) Суицидальные замыслы (импульсивное формирование, развернутое, смешанный сценарий)
- c) Суицидальные намерения

Пресуицидальный период может длиться от нескольких минут (острый пресуицид) до месяцев (хронический

Антисуицидальные факторы



Антисуицидальные факторы – факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суицидального замысла или обесценивающие целесообразность суицидального акта, как способа разрешения психотравмирующей ситуации. Наиболее часто встречающиеся:

- Эмоциональная привязанность к родным и близким
- Выраженное чувство долга, обязательность
- Боязнь причинения себе физического ущерба
- Учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих
- Наличие жизненных, творческих и др. планов
- Наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении
- Умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности
- Интерес к жизни
- Уровень религиозности
- Негативная проекция своего внешнего вида после суицида

Динамика формирования СП (продолжение)

III. Период реализации суицидального замысла.

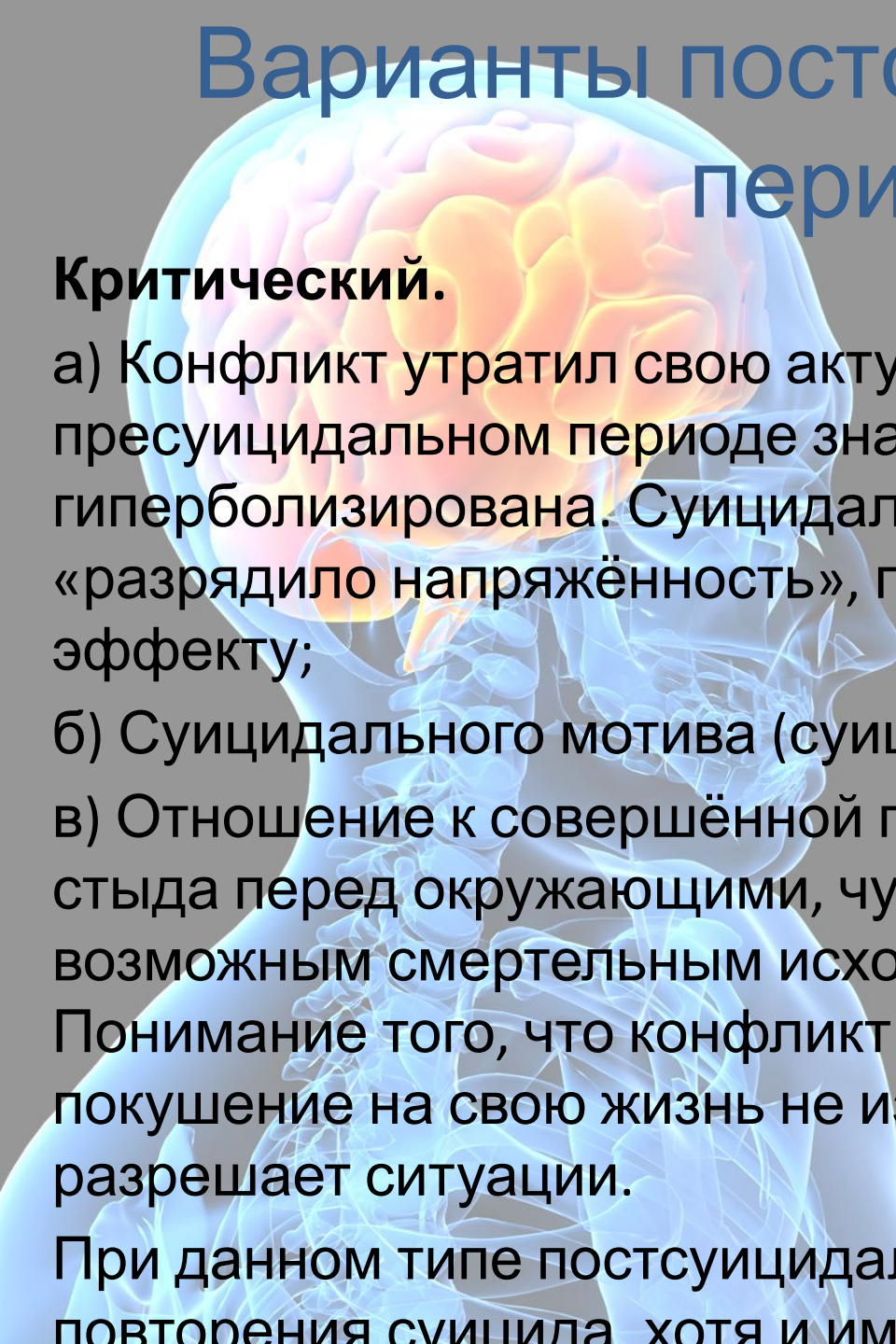
По данным ВОЗ существует более 80 способов покончить с собой. В главе XX МКБ-10 приводится рубрификация 24 наиболее часто встречающихся способа самоубийства.

IV. Постсуицидальный период.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде соответственно определяются три главных момента:

- а) актуальность суицидогенного конфликта;
- б) степень фиксированности суицидальных тенденций;

Варианты постсуицидального периода



Критический.

- а) Конфликт утратил свою актуальность, т. к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряжённость», привело к «обрывающему» эффекту;
- б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет;
- в) Отношение к совершённой попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида хотя и имеется, но минимальна

Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Манипулятивный.

а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счёт непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения её в благоприятную для него сторону.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к совершённой попытке рентабельное – лёгкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчётливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Закрепление этого способа в памяти.

Вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьёзности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

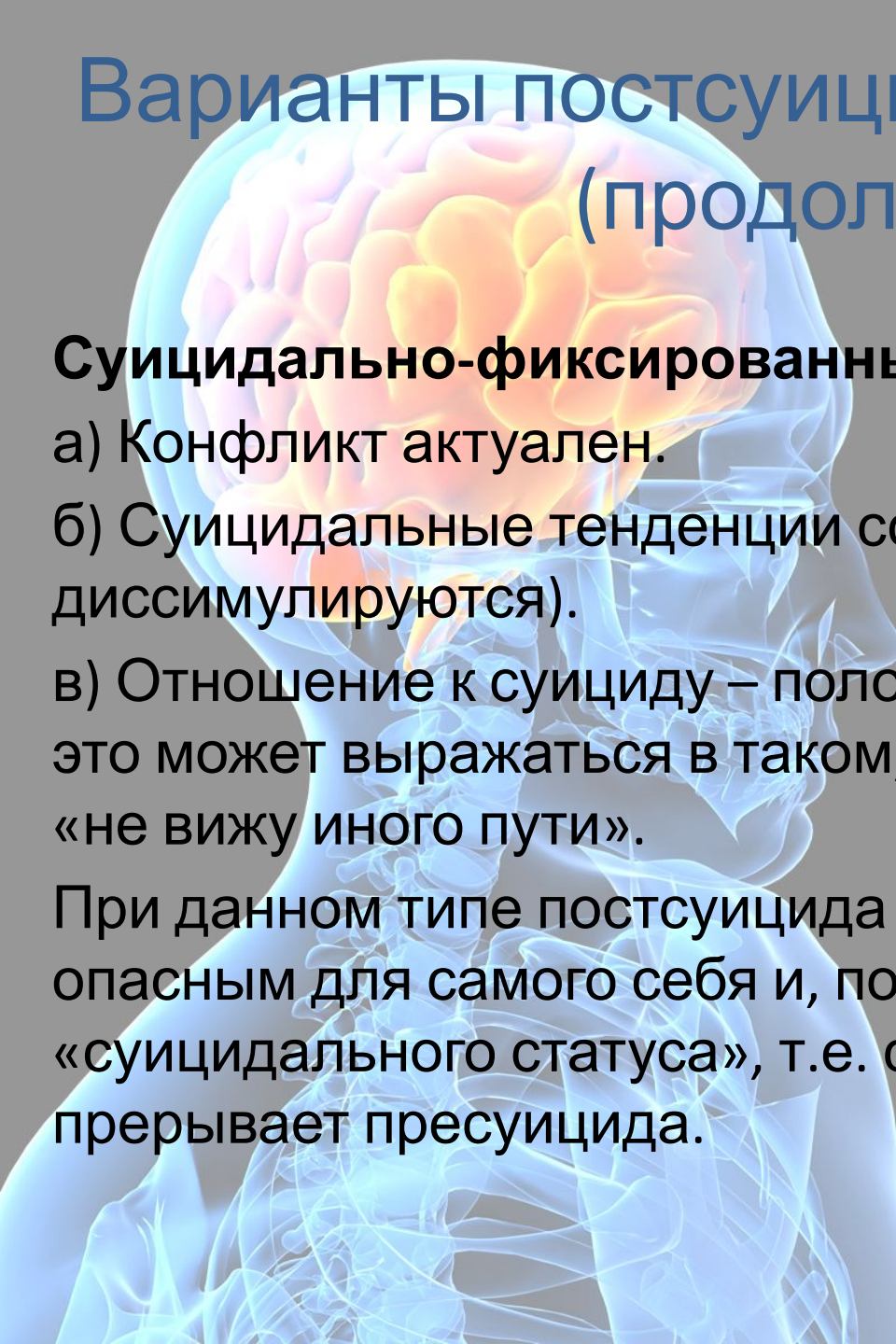
Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Аналитический.

а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к попытке негативное – раскаяние за совершённое покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманый шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.



Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Суицидально-фиксированный.

а) Конфликт актуален.

б) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимулируются).


в) Отношение к суициду – положительное, причём вербально это может выражаться в таком, например, заявлении, как: «не вижу иного пути».

При данном типе постсуицида пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т.е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.



Тактика ведения пациента

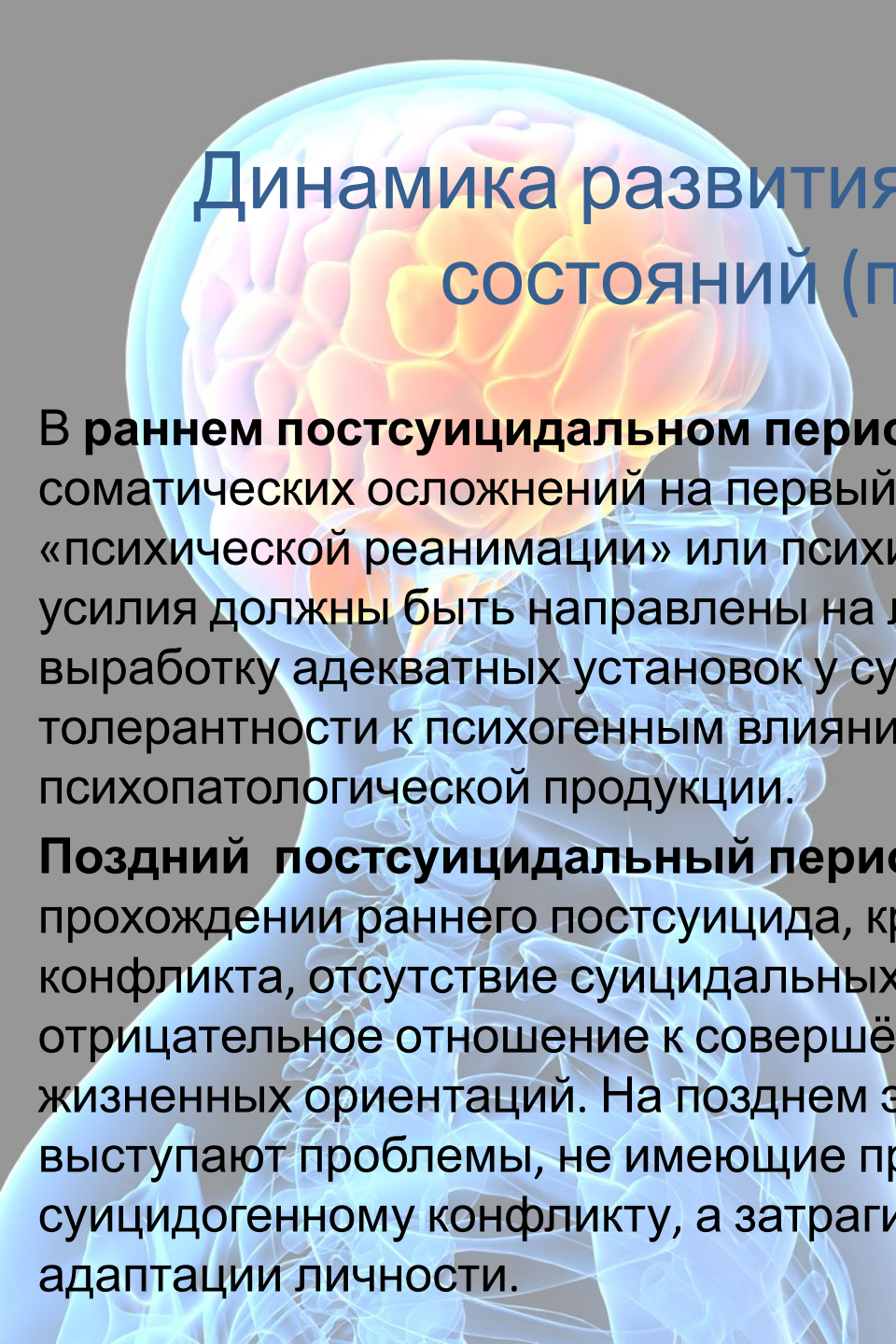
- Очевидно, что с типом постсуицидальных состояний определённым образом должна быть связана врачебная тактика. Так, если при *критическом типе* она может быть ограничена рациональной психотерапией, то при *манипулятивном* – уже необходимо включать в себя комплекс воздействий на личность пациента, и ставит перед психотерапевтом задачи изменения ценностных ориентаций, выработки негативного отношения к суициду, разрушения того шаблона реагирования, который в будущем мог бы привести к повторным суицидальным попыткам.
- При *аналитическом типе* постсуицидальных состояний особые усилия следует направлять на ликвидацию конфликтной ситуации. Если она реально имеет место, то требуется помощь со стороны соответствующих служб; если же она обусловлена психопатологической продукцией, то необходимо лечение. Но, так, или иначе, суицидент нуждается в активной помощи и систематическом наблюдении.
- Естественно, что наличие *суицидально-фиксированного типа* постсуицидальных состояний служит прямым показанием для



Динамика развития постсуицидальных состояний

- Ближайший постсуицид (в течение первой недели после совершённой попытки)
- Ранний постсуицид (от недели до месяца после попытки)
- Поздний постсуицид (последующие 4-5 месяцев)

Ближайший постсуицидальный период. Проявления его полиморфны и складываются из психических переживаний и сомато-неврологических осложнений, вызванных суицидальной попыткой. Несмотря на лабильность оценок и личностных позиций, в течение недели после суицида формируется тип постсуицидального состояния, поэтому одной из главных задач является его правильная квалификация и выработка тактики дальнейшего ведения суицидента.



Динамика развития постсуицидальных состояний (продолжение)

В раннем постсуицидальном периоде по мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются проблемы «психической реанимации» или психиатрической помощи. Основные усилия должны быть направлены на ликвидацию конфликтной ситуации, выработку адекватных установок у суицидента, повышение его толерантности к психогенным влияниям и ликвидацию психопатологической продукции.

Поздний постсуицидальный период наступает при благополучном прохождении раннего постсуицида, критериями чего служат: ликвидация конфликта, отсутствие суицидальных тенденций, устойчивое отрицательное отношение к совершённой попытке и наличие правильных жизненных ориентаций. На позднем этапе с особой отчётливостью выступают проблемы, не имеющие прямого отношения к данному суицидогенному конфликту, а затрагивающие уровни социальной адаптации личности.

Факторы риска СП



□ **Социально-демографические факторы:**

1) Возраст.

Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемыми именно в этом возрасте.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40–60 лет. Помимо психологических проблем для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией – самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в

Факторы риска СП (продолжение)



2) Пол.

Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит завершённый характер. Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2–3: 1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин.

3) Место жительства.

Уровни суицидов примерно одинаковы в городской и сельской местностях. В то же время, в разных регионах страны они существенно отличаются, имея векторы возрастания с юга на север и с юго-запада на северо-восток. Кроме того, суицидальный риск выше в группах мигрирующего населения.

Факторы риска СП (продолжение)

4) Семейное положение.

Среди суицидентов, по сравнению с общей популяцией населения, отмечается меньший процент состоящих в браке; уровни суицидов у разведённых и вдовых выше, чем у семейных. Среди лиц бездетных, а также живущих отдельно от родственников удельный вес суицидов в несколько раз выше, чем среди имеющих детей и проживающих с родственниками.

5) Образование и общественно-профессиональный статус.

Чаще всего суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Самый большой суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В

Факторы риска СП (продолжение)

- ❑ **Социально-экономические факторы.** В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается. По данным ВОЗ, частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Самоубийства случаются как среди бедных, так и среди богатых людей, при этом последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.
- ❑ При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие **биографические факторы** (Ромек и др., 2004):
 - ✓ гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола и взрослые мужчины);
 - ✓ суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
 - ✓ суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т. д.).

Факторы риска СП (продолжение)

□ **Индивидуально-психологические факторы.**

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Факторы риска СП (продолжение)

- ❑ Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих **типах акцентуации характера** (Личко, 1977; Юрьева, 1999).
- ✓ **Циклоидный тип.** Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцируют суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает человека на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.
- ✓ **Эмоционально-лабильный тип.** Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляются быстро, как правило, в тот же день.
- ✓ **Эпилептоидный тип.** Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.
- ✓ **Истероидный тип.** Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Факторы риска СП (продолжение)

- К **индивидуальным факторам** суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальное поведение в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т. п.).

Факторы риска СП (продолжение)



❑ **Медицинские факторы:**

1. **Психическое здоровье.** Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- ✓ психически здоровыми;
- ✓ лицами с пограничными психическими расстройствами;
- ✓ психически больными.

Суицидоопасные психические заболевания:

- депрессии, особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольная зависимость/зависимость от других психоактивных веществ;
- шизофрения;
- расстройства личности.

2. **Соматическое здоровье** – наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания:

- онкологические и заболевания органов кроветворения;
- сердечно-сосудистые (ИБС);
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
- врожденные и приобретенные уродства;
- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжелых операций.

Факторы риска СП (продолжение)

«Апрель — самый жестокий месяц»

Томас Эллиот

□ Природные факторы:

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятен на Солнце и частотой суицидальных актов, не обнаружили влияния данных факторов на суицидальное поведение.

Маркеры СП



I. Поведенческие

- Внезапные изменения в поведении и настроении, склонность к безрассудным поступкам, расставание с дорогими вещами
- Приобретение средств для совершения суицида
- Пренебрежение внешним видом
- «Туннельное» сознание

II. Вербальные

- Уверение в беспомощности и зависимости
- Прощание, шутки о желании умереть, сообщение о конкретном плане суицида
- Медленная, маловыразительная речь, высказывание самообвинений

III. Эмоциональные

- Амбивалентность
- Безднадёжность, беспомощность, переживание горя
- Признаки депрессии
- Вина или ощущение неудачи, поражения
- Чрезмерное опасение или страха, чувство собственной малозначимости
- Рассеянность или растерянность.



Тактика ведения больного

1. Определение суицидального потенциала и степени его выраженности.
2. Выяснение индивидуальных факторов потенцирующих и лимитирующих совершение суицида.
3. Принятие решения о направлении на консультацию к психиатру или о госпитализации в психиатрический стационар.
Явные суицидальные действия считаются показанием к немедленной госпитализации!
4. Выбор фармакологической и психотерапевтической стратегии ведения пациента.



Терапия пациентов с СП

Многочисленные поиски какой-либо "специфической антисуицидальной" терапии привели большинство исследователей к выводу, что таковой применительно к душевнобольным не существует (В. Штраус, Дж. Тегелер, 1985).

Современные виды терапии суицидоопасных состояний включают в себя:

1. Специализированные психиатрические методы (медикаментозные и психотерапевтические методы воздействия, направленные на лечение психических и поведенческих расстройств потенцировавших суицидогенез)
2. Психологические (психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидальных стратегий, изменение личностных установок, самооценки, формирование «антисуицидального барьера»)
3. Общемедицинские (лечебные мероприятия, направленные на устранение сомато-неврологических последствий суицидальной попытки и на профилактику инвалидности)
4. Социальные (меры, направленные на изменение социально-экономического статуса потенциальных и реализовавшихся суицидентов)




Заключение

- Для улучшения сложившейся ситуации необходимо создание специализированной суицидологической службы с учетом реалий сегодняшнего дня. Однако проблема суицида и суицидального поведения является не только медицинской, но и социальной. Таким образом, для полноценного ее решения требуется привлечение государственных, общественных и религиозных организаций, социальных служб, волонтеров, создание групп само- и взаимопомощи, а также активное участие средств массовой информации.



Список литературы:

1. Л.Н. Юрьева. Клиническая суицидология: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
2. В.В. Ковалев, А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980.
3. <http://psyjournal.ru>



***СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!***