

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра
_____ Р.А. Часнойть

30.10.2009 г.

Регистрационный № 099-1009

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (для врачей и психологов воинских частей, врачей-психиатров (психотерапевтов) лечебных учреждений Министерства обороны Республики Беларусь) инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Белорусская медицинская академия последипломного образования и ГУ «432
главный военный медицинский центр Вооруженных Сил Республики
Беларусь»

АВТОРЫ:

Канд. мед. наук, доцент Ласый Е.В.
Василевский В.Г.

МИНСК 2009

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение (СП) представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн человек в мире. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти в мире, а в возрастном диапазоне от 15–35 лет в Европе оно занимает второе место после ДТП. Примерно в 10–20 раз больше совершается суицидальных попыток, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире. Показатель суицидов в Республике Беларусь значительно превышает среднемировой (14,5/100000) и составил 27,5/100000 в 2008 г. В Вооруженных Силах Республики Беларусь уровень суицидов колебался в диапазоне от 17/100000 в 2004 г. до 27/100000 в 2005 г. Среди всех суицидов, зарегистрированных в Вооруженных Силах РБ в 2005 г., их доли среди военнослужащих срочной службы и военнослужащих по контракту (офицеры и прапорщики) составили 58 и 42% соответственно. Наличие психического расстройства значительно увеличивает риск суицидального поведения, что делает крайне актуальной проблему оценки суицидального риска и профилактики суицидального поведения для врачей и психологов воинских частей, врачей-психиатров и психотерапевтов учреждений здравоохранения Министерства обороны.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

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 явными или скрытыми интенциями к смерти.

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

Внутренние формы:

- **Антивитаальные переживания** — размышления об отсутствии ценности жизни без четких 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 счет физических последствий

- **Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид)** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т.п.)
- **Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид)** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

В настоящее время считается рискованным деление СП на «истинное» и «демонстративно-шантажное» вследствие высокой вероятности недооценки серьезных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных интенций (намерений) часто затрудняется следующими обстоятельствами:

- *диссимуляция* военнослужащим истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения);
- *защитное поведение* военнослужащего (неосознаваемая психологическая защита), например, диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжелых последствиях попытки и др.;
- неадекватные представления военнослужащего (завышенные или заниженные) о *степени летальности* избранного способа парасуицида. Это характерно для действий подростков или лиц с тяжелыми психическими расстройствами;
- недоучет военнослужащим *случайных внешних обстоятельств* (например, вмешательство посторонних).

Эти и другие обстоятельства приводят к тому, что далеко не всегда **степень травматичности** суицидального акта соответствует его **мотивам**. Кроме того, использование терминов «демонстративный», «шантажный», «манипулятивный» вносит морализаторский и осуждающий оттенок, что может оказать негативное влияние на процесс терапевтических отношений врача (психолога) и военнослужащего.

В условиях воинской службы необходимо отличать от суицидальных действий акты намеренного самоповреждения, не связанные с представлениями о своей смерти (членовредительство). Такие акты обычно направлены на уклонение военнослужащего от несения обязанностей воинской службы путем причинения себе какого-либо повреждения и, как правило, не сопряжены с угрозой для жизни. Однако вследствие недоучета военнослужащим обстоятельств, членовредительство может приводить к тяжелым медицинским последствиям или заканчиваться смертью, и требует не менее серьезных мер профилактики. Лица, склонные к совершению

членовредительства, в то же время представляют собой группу риска суицидальных действий.

2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Для любой категории лиц, в т. ч. и военнослужащих, существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека в состоянии психологической дезадаптации, проявляющейся широкой гаммой переживаний — как психологически понятных, так и патологических. Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами, связанными с кризисной ситуацией и субъективной переработкой индивидом ее значимости для него. К базовым факторам риска (ФР) относят множество переменных социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Соответственно этим факторам риска можно выделить группы риска суицида (например, «мужчины старше 45 лет»; «люди, страдающие биполярным аффективным расстройством (БАР)» и др.). Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного совершения суицидального акта. Риск значительно усиливается при интеграции нескольких ФР. Но для «запуска» суицидальных действий необходим триггерный фактор, которым, как правило, является *конфликт или кризис*. Обычно внутренней составляющей этого кризиса является *утрата (или возможность утраты) значимого объекта*. Примеры: утрата безопасности (реальные угрозы, насмешки и издевательства в армейской среде); смерть близкого человека; развод или его перспектива; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья (постановка диагноза тяжелого соматического или психического расстройства, социальная и физическая беспомощность в результате заболевания, увольнение из армии по состоянию здоровья офицеров и прапорщиков с неизбежным изменением социального статуса) и др.

Среди конфликтов, предшествующих суицидам и парасуицидам у военнослужащих, часто встречаются следующие категории: личностно-семейные конфликты — до 29%, трудности адаптации к военной службе — 17,4%, неуставные взаимоотношения — 11%, служебные и межличностные конфликты — 4,3%, конфликты, связанные с антисоциальным поведением (страх ответственности за правонарушения) — 2,2%, неустановленные мотивы — 24,8%.

Степень дезадаптации зависит от взаимодействующих базовых ФР и силы триггера. Пусковые факторы обладают определенной степенью специфичности для конкретного индивидуума, что зависит от ряда его характеристик (личностные черты, особенности социальной ситуации, возраст и пр.). Многочисленные ситуации *межличностных конфликтов*

являются источниками дезадаптирующих эмоций *страха, вины и стыда* и синдрома *депрессии*, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. На субъективном уровне, «пресуицидальное» состояние воспринимается через призму *беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода*. Восприятие ситуации характеризуется *когнитивным сужением* («иного выхода нет») и *дихотомическим мышлением* («все или ничего»). Таким образом, СП (самоповреждение или самоубийство) можно рассматривать как парадоксальный и дезадаптивный способ совладания с кризисной ситуацией в субъективном восприятии индивида.

3. МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается военнослужащим, во многом определяют **мотивы** и смыслы суицидальных действий. Независимо от разнообразия психосоциальных ситуаций, предшествующих суицидальным действиям, мотивы достаточно универсальны.

- **«Крик о помощи», призыв.** Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) — обретение помощи. В представлении страдающего человека иные способы обратить на себя внимание кажутся недейственными. При этом военнослужащий действительно может находиться в «невнимательном», игнорирующем окружении либо не использует более адекватных средств предъявления своих потребностей.

- **Самоповреждение как избегание непереносимой жизненной ситуации.** Суицидальная попытка или суицидальные угрозы могут стать мощным оружием, вызывающим чувство вины и страх у людей, эмоционально значимых для данного военнослужащего. Примеры можно найти в различных сферах межличностных и социальных отношений: попытка сохранить партнерские отношения; облегчение условий воинской службы после самоповреждения; «чтобы отстали обидчики»; другие ситуации. С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Причем степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.

- **Протест, месть, наказание «значимого другого».** Движущими эмоциями суицидального акта (как попытки, так и суицида) в данном случае являются стыд, гнев и обида. Суицидальные действия могут стать как формой наказания обидчика, который либо сильнее, либо слишком уважаем и любим пострадавшим военнослужащим, так и способом принуждения его изменить свое поведение.

- **Смерть как избегание страдания.** В субъективном представлении человека, страдающего душевной болью и/или тяжелым соматическим недугом, смерть часто представляется как способ прерывания мучений. Например, военнослужащему в состоянии депрессии, жизнь представляется

бесперспективной, мучения — бесконечными, собственное «Я» — никчемным, окружающий мир — злым и наказующим.

▪ **Наказание себя.** Одна из важнейших эмоций, воспитываемых социумом с раннего возраста — это эмоция вины. Функции вины — сдерживание человеческой агрессии и стимуляция сочувствия. Однако очень часто чувство вины гипертрофировано и не соответствует реальным поступкам человека. Чувство вины усиливается в случае переживания потери и горя, в состоянии депрессии. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины — самонаказание, в т.ч. с помощью суицидальных актов.

▪ **Жертвоприношение.** Мотив обусловлен бессознательной фантазией уничтожить последствия некоего действия (реального или фантазийного), вызывающего чувство вины, или альтруистическим желанием «спасти» кого-либо (умершего или страдающего). В жертвоприношении работает неосознаваемая и идущая из раннего детства фантазия о собственном всемогуществе.

▪ **Воссоединение.** Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты.

Как правило, суицидальный акт движется более чем одним мотивом. Например, депрессивный военнослужащий может испытывать как потребность в самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи. Такие мотивы как «крик о помощи», протест, избегание непереносимой ситуации чаще просматриваются при анализе мотивации парасуицидов, а наказание себя, жертвоприношение, избегание страдания — при исследовании мотивов суицидов. Тем не менее, четкой границы провести невозможно: часто суицид («завершенное самоубийство») может носить характер протеста и практически всегда оказывает сильнейшее воздействие на других людей, а суицидальная попытка может быть способом самонаказания или попыткой «воссоединения».

4. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Факторы риска суицида — это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов. Таким образом, существует прямая корреляционная зависимость между определенными статистическими показателями и риском суицида. ФР являются понятиями вероятностными, и их прогностическая сила носит относительный характер. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже одного из факторов. Тем не менее, их значимость усиливается при интеграции множества факторов.

К основным факторам суицидального риска принято относить социально-демографические, биографические (анамнестические), медицинские, индивидуально-психологические и др.

I. Социально-демографические факторы суицидального риска

Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, выше в 1,5 раза среди женщин.

Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом и достигает максимума после 45-ти лет. В общей популяции максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет; у военнослужащих: 40 лет и 18–23 года соответственно.

Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц холостых, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

Профессиональный статус. Обычно факты, связанные с нарушением профессионального стереотипа (потеря работы, призыв в армию, выход на пенсию, статус безработного), ассоциируются с увеличением риска суицида.

Религия. В целом уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими. Среди основных конфессий, максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные — у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

II. Медицинские факторы суицидального риска.

Психическая патология

Многочисленные исследования доказали, что психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Согласно результатам исследования ВОЗ (2002 г.), в большинстве случаев состояние человека на момент суицида соответствовало критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Особенностью СП военнослужащих является то, что контингент совершивших самоубийства составляют преимущественно лица, не имеющие явных симптомов психической патологии в период до службы в армии и вне момента суицидальных действий. Однако, по данным ретроспективных исследований, на момент самоубийства у части военнослужащих отмечались признаки психических расстройств невротического регистра (расстройства адаптации) либо аффективных нарушений (депрессия), либо зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), в основном от алкоголя.

Депрессия. По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45–70% суицидов. Риск суицида у военнослужащих, страдающих депрессией, является очень высоким (8–30%) независимо от характера и течения расстройства. Однако ряд клинических особенностей депрессии может ассоциироваться с исключительно высоким риском самоубийства: депрессивный или смешанный эпизод в клинике БАР, особенно II типа; частые смены фаз (4 и более фаз/год); переход от мании к депрессии; коморбидность депрессии с зависимостью от ПАВ; сочетание

депрессии с тревогой; восстановление физической активности до улучшения настроения в процессе лечения антидепрессантами.

Синдром зависимости от алкоголя. По данным исследований, от 10 до 22% покончивших с собой страдают алкогольной зависимостью. Чаще это мужчины после 40 лет с импульсивным поведением и коморбидностью с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82–350/100000.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10–12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год в популяции.

Расстройства личности. Максимальный риск (3–9%) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (ЭНРЛ), для которого характерна эмоциональная лабильность, напряженные межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности» и др. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности часто сочетается с расстройством настроения и зависимостью от ПАВ. Сочетание этих трех клинических состояний является важным прогностическим фактором суицидального поведения. У военнослужащих срочной службы с расстройствами личности при действии психогенных и конституциональных факторов развивается декомпенсация (невротическая, аффективная), что увеличивает суицидальный риск.

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами, как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, предиктором суицида является не диагноз, а клиническое состояние военнослужащего, психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент (см. «Оценка суицидального риска»).

Соматическая патология

Примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями. Соматические болезни часто сочетаются с депрессией.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: онкологические и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций.

Постоянный прием определенных лекарственных препаратов может усугублять состояние депрессии у пациентов с хроническими заболеваниями. К таким препаратам относятся: препараты раувольфии и другие гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства.

III. Биографические факторы суицидального риска

Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска суицида и повторного парасуицида. Около 30–40% лиц, совершивших парасуициды, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 мес. после первой.

Суицидальное поведение биологических родственников

Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано как с закономерностями наследования психических расстройств, так и поведенческих особенностей личности (импульсивность).

Суицидальное поведение «значимых других»

В некоторых случаях большое значение имеет **копирование поведения эмоционально значимых лиц** (родных, партнеров, религиозных лидеров, кумиров культуры и др.).

Другие анамнестические ФР

Среди других биографических ФР часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13 лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13 лет и др.

IV. Индивидуально-психологические ФР

Данные факторы отражают не столько риск суицидального поведения, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам и дезадаптации в условиях психологического дистресса. К таким факторам принято относить личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; неадекватная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая толерантность к стрессовым факторам; тревожность и гипертрофированное чувство вины. Лица с вышеперечисленными личностными чертами в армейских строго регламентированных условиях оказываются во многом уязвимыми, особенно при наличии слабой физической подготовки, неспособности выполнять установленные нормативы при физических нагрузках, при наличии неуставных взаимоотношений в армейской среде, что повышает риск суицидального поведения.

5. ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является беседа с военнослужащим, наблюдение за ним, информация, полученная от сослуживцев, командиров и из медицинской документации. Процесс общения с военнослужащим носит субъективный характер. В связи с этим в диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты.

Общение и проведение беседы с военнослужащим

Методы беседы включают в себя открытые и прямые вопросы, поддержку индивида в развитии высказанной мысли, демонстрацию включенности специалиста, эмпатическое принятие чувств военнослужащего (сопереживание), отражение специалистом сказанного военнослужащим, и др.

Особенности депрессивного и суицидально настроенного военнослужащего:

- Депрессивный статус связан с понижением социальной, служебной и бытовой продуктивности военнослужащего, низкой самооценкой, жалобами на беспомощность, невербальными проявлениями сниженного настроения и т.д. Независимо от осознаваемого желания «никому не мешать» такие военнослужащие *бессознательно требуют к себе повышенного внимания окружающих.*
- В результате этого в сферу оказания помощи вовлекается *широкий круг лиц* (семья, психологи, врачи, командиры и др.).
- Депрессивные и суицидальные жалобы и соответствующие невербальные проявления могут вызывать *сильную тревогу и напряжение у близких военнослужащего и помогающих специалистов;*
- Часто эмоциональная недоступность военнослужащего, отсутствие позитивной динамики в терапии, жалобы военнослужащего на «бесполезность помощи», повторяющиеся суицидальные знаки *вызывают у лиц, вовлеченных в процесс коммуникации, чувство отчаяния и бесперспективности* терапии.
- Депрессивные симптомы и суицидальные проявления могут сочетаться с *явно демонстрируемой неприязнью или враждебностью к окружающим*, что вызывает у них соответствующие реакции.

Особенности суицидального контекста:

- Суицидальное поведение — не внутренний симптом человека, а *событие, происходящее в поле человеческих отношений.* Суицидальный акт хоть и является проявлением индивидуальной воли индивида, но триггерами обычно бывают напряженные межличностные отношения.
- Независимо от мотивов и исходов, *суицидальный акт является сильнейшим способом воздействия* на других людей. Именно поэтому суицидальное поведение часто воспринимается как манипуляция и шантаж.

- Суицид всегда *имеет адресацию к «значимым другим»*: сослуживец, командир, врач, родитель, интимный партнер и др.
- Независимо от мотивов и исходов, суицидальный акт *имеет отсылку к смерти и общечеловеческому страху, с ней связанному*.

Особенности проведения беседы с военнослужащим

- **Неотложность.** Оказание психологической и медицинской помощи в случае потенциального риска суицида необходимо начинать при первом контакте с военнослужащим.

- **Эмпатия** — это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает сопереживание, но не психологическое «слияние» с военнослужащим.

- **Искренность.** Неискренность, которую может позволить себе специалист, проявляется невербально и достаточно легко «прочитывается» военнослужащим. Это нарушает коммуникацию и разрушает терапевтический альянс. В то же время, искренность не подразумевает раскрытия тех зон чувств и мыслей специалиста, которые не имеют отношения к военнослужащему.

- **Избегание моральных оценок.** Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространенной общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виноватого»). Смысл беседы заключается в профессиональной безоценочной помощи военнослужащему.

- **Разделение ответственности.** Специалист несет ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи военнослужащему, оценку суицидального риска, сложившегося конфликта (кризиса), диагностику тяжести психического расстройства, предоставление рекомендаций военнослужащему, его родственникам, командованию. Специалист (врач, психолог) при адекватном выполнении названных выше обязанностей не может быть ответственным за совершение суицидальных действий военнослужащим. Начиная с первой беседы, ответственность необходимо разделить между военнослужащим, близкими ему людьми, помогающими специалистами (врач, психолог), командованием.

- **Избегание невыполнимых обещаний.** В коммуникации с военнослужащим нужно придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру помогающего специалиста и переоценивать его возможности (например, наделять образ специалиста способностью «излечить» от психического расстройства, «избавить» от сложившейся ситуации). Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать военнослужащего о них.

- **Избегание принятия решений «вместо» военнослужащего.** Специалист может помочь адаптации военнослужащего в условиях кризиса, переживанию негативных чувств, принятию утраты, формулировке жизненных планов, следованию плану лечения. Но не может изменить саму

ситуацию (например, «вернуть» ушедшего или умершего, наказать обидчика, перевести в другую часть и т.п.) или знать, какие жизненные решения будут «правильными» для военнослужащего. Способ адаптации и конкретные решения военнослужащий выбирает самостоятельно.

- **Нейтральность к психопатологии.** В обязанности врача и психолога части, врача-психиатра и психотерапевта лечебного учреждения входит исследование психического статуса и постановка диагноза в случае соответствия состояния критериям какого-либо расстройства. Однако, какой бы серьезной не была патология (бред, галлюцинации, депрессия), коммуникация с военнослужащим не должна ограничиваться только этой темой. Любые психопатологические симптомы являются лишь частью более широких личностных и психологических переживаний человека.

- **Избегание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных военнослужащих в состоянии кризисной дезадаптации часто ситуационно нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов, медленном темпе речи и односложных ответах. Специалист «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности военнослужащего.

- **Неоднократное прояснение информации.** По ходу беседы некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы, возможно в других формулировках. Часто после отрицательного ответа в первой половине беседы на вопрос о суицидальных мыслях во второй половине военнослужащий отвечает положительно.

- **Объективная клиническая и социально-психологическая оценка суицидального риска** предполагает анализ следующих параметров:

- **Факторы predispositions:** относительные факторы риска суицидального поведения. Описывают «почву», принадлежность к группе риска, что указывает лишь на базовые предпосылки и увеличивает *вероятность* того, что у данного индивида определенный специфичный триггер может вызвать дезадаптацию, которая может закончиться суицидальным актом. (См. «Относительные факторы риска суицидального поведения»).

- **Факторы текущего состояния.** В отличие от факторов predispositions эти факторы описывают *актуальное* поведение и психический статус человека и непосредственно указывают на степень суицидального риска.

1. Суицидальные интенции (намерения).
2. Тяжесть психического расстройства /психопатологического синдрома.
3. Степень безнадежности и импульсивности.
4. Тяжесть психосоциального стрессора (триггера).
5. Наличие социальной поддержки.
6. Желание военнослужащего принимать помощь.

Указанные параметры представляются наиболее важными, находятся в неразрывной связи друг с другом и оцениваются в совокупности.

Анализ полученной информации используется для прогноза суицидального риска и планирования тактики терапевтических мероприятий.

Проявления (знаки) суицидального риска. Алгоритм выявления степени суицидального риска

Суицидальные интенции (намерения)

Обычно рекомендуется обращать внимание на следующие факты:

- Необычное для данного военнослужащего поведение; *смена стереотипа поведения*. Примеры: прерывание социальных контактов; стремление к уединению, эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса; неадекватное ситуации утраты «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение (умышленно шокирующее, вызывающее).
- Признаки *«прощания»*: раздача долгов, подарков, «прощальных» писем, написание завещания.
- Чрезвычайно настойчивые просьбы о переводе в другое подразделение, частые госпитализации, просьбы о предоставлении отпуска.
- Фантазии и мысли о *смерти, самоповреждении, самоубийстве*. Косвенные намеки на возможность суицидальных действий — «репетиция самоубийства» (публичная демонстрация петли, игра с оружием с имитацией самоубийства). Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность контролировать их* военнослужащим самостоятельно.
- *Суицидальные угрозы*. Нередко высказывания носят *прямой* характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в *косвенных* угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т.п. Кроме того, косвенные угрозы могут быть выражены в символической невербальной форме (пример: военнослужащий, незадолго до суицида нарисовал висящего солдата).
- *Суицидальные попытки ранее*: количество, тяжесть, провоцирующая ситуация. Количество и тяжесть парасуицидов являются прогностическим фактором дальнейшего суицидального поведения. Провоцирующие ситуации часто носят стереотипный характер, что облегчает прогнозирование риска.
- *Степень планирования суицида*. Четкие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.
- *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, ядохимикатов, наличие огнестрельного оружия, утайка патронов после учебных стрельб, режущих предметов и пр.). Риск увеличивается при совпадении средств, имеющихся в наличии, с теми, которые фигурируют в представлении военнослужащего в качестве средств самоповреждения.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы: (Приложение 1, 2, 3).

Тяжесть психического расстройства/особенности психопатологического синдрома

Риск суицида часто ассоциирован со многими (различными формами депрессий, зависимостью от ПАВ, расстройствами личности, шизофренией и

близкими к ней психозами и значительно увеличивается при коморбидности этих состояний). Тем не менее, при непосредственной оценке опасности суицида рекомендуется внимание уделять не «формальному» диагнозу, а *особенностям психопатологического синдрома, независимо от диагностической категории.*

Синдром депрессии в большинстве случаев сопровождается суицидальными мыслями или/и действиями. В «чистом» виде депрессия достаточно легко диагностируется в рамках изменений настроения. Более трудно выявляется депрессия, коморбидная другим расстройствам.

Безнадежность - депрессивное восприятие реальности, собственного «Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных, обесценивающих тонах. Риск суицида у депрессивных пациентов коррелирует не столько с тяжестью депрессии, рассчитанной с помощью стандартизированных оценочных шкал, сколько с выраженностью безнадежности А. Бека (Приложение 3).

Выраженное чувство вины и/или сверхценные/бредовые идеи виновности, как правило, ассоциируются с идеей самонаказания и значительно усиливают риск суицидальных действий. Примеры: острая реакция на стресс или посттравматическое стрессовое расстройство как варианты переживания реакции горя; тяжелый депрессивный эпизод с бредом виновности; постпсихотическая депрессия и др.

Императивные «голоса» и бред воздействия суицидальной и аутоагрессивной направленности, как правило, являются симптомами шизофрении или острых шизофреноподобных психозов и отражают депрессивные переживания военнослужащего.

Бред преследования также может рассматриваться как депрессивный вариант бредовых идей. Как правило, связан с сильнейшим чувством страха. Парадоксальным способом контроля этого страха может быть самоповреждение или самоубийство. Логика поступка отражена в следующих примерах: военнослужащий наносит себе порез в области предплечья, надеясь, что преследователи «увидят как я себя наказал и отстанут», «пожалев» его; военнослужащий наносит глубокий порез в области шеи, желая «убить себя и не оставить им шанс издеваться» над ним.

Страх и тревога проявляются в разной степени выраженности практически при любых психических расстройствах. Различные непсихотические варианты тревоги также ассоциируются с увеличением риска аутоагрессии.

Когнитивное сужение часто сопровождает состояния крайне напряженного аффекта (например, при психотическом страхе, панической атаке, острой реакции на стресс) или депрессивный эмоциональный фон с обесценивающим восприятием собственного «Я». В таких состояниях военнослужащий может быть не способным прогнозировать возможности *альтернативного* (т.е. несуйцидального) выхода из ситуации. Мышление характеризуется колебаниями между полюсом «вернуть» ситуацию в прежнее, докризисное состояние (например, «вернуть» умершего, покинувшего, прежнюю должность, здоровье, безопасность и т.д.) и полюсом

«уничтожить себя, если невозможно первое». Когнитивное сужение обычно сопровождается *фиксацией* на ситуации кризиса, постоянным возвращением к теме и объекту потери. Внешне поведение может характеризоваться эмоциональным ступором или хаотичным возбуждением.

Импульсивность

Импульсивность — поведение без адекватного обдумывания действий. Она может являться чертой характера, однако патологической выраженности достигает при расстройствах личности, зависимости от ПАВ, мании, интоксикации ПАВ и др. Выраженность импульсивности оценивается по низкой толерантности к однообразным действиям, неспособности довести действие до конца, нетерпеливости в ожидании вознаграждения, низкой концентрации внимания, неспособности планирования поступков и пр. Сочетание высокого уровня импульсивности с симптомами депрессии и безнадежностью является серьезным предиктором суицидального поведения.

Тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции

Психосоциальные стрессоры — это широкий круг событий, которые значительно нарушают удовлетворение базовых потребностей военнослужащего и вызывают дезадаптацию. Реакция на такое воздействие зависит как от тяжести кризисного события, так и от способности человека справиться с эмоциональными, физическими и социальными последствиями. Состояние дистресса, таким образом, может быть связано как с реальными внешними событиями (утрата, конфликт отношений, потеря работы и пр.), так и с искаженной трактовкой реальности в связи со специфическими когнитивными нарушениями (бредовые идеи преследования, гипертрофированное чувство вины при депрессии и др.).

Наличие социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны сослуживцев, командиров, родных, друзей, врачей, психологов является протективным фактором. Ее отсутствие (одиночество, замкнутый образ жизни, наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

Желание военнослужащего принимать помощь

Сотрудничество военнослужащего с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел, являются признаками неблагоприятного прогноза.

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты

- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки/не принимающее окружение
- Нежелание военнослужащего принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям/сожаления о том, что «остался жив»
- Доминирование негативных чувств у специалиста, нарушающих процесс коммуникации с военнослужащим: тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание военнослужащего

6. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кризисное вмешательство (КВ) — это комплекс организационных, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска и устранение негативных соматических и психосоциальных последствий суицидального акта. КВ осуществляется врачом части, психологом, врачом-психиатром и психотерапевтом лечебного учреждения.

Принципы организации лечебно-профилактической помощи:

- Обеспечить немедленное наблюдение за военнослужащим.
- Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска.
- Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести психического расстройства.
- Наладить контакт специалистов, осуществляющих помощь, с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами.
- При необходимости исключить военнослужащего из стрессовой ситуации.

Амбулаторная психиатрическая и психотерапевтическая служба

Высокий суицидальный риск лица, обратившегося на амбулаторный прием или при посещении на дому, выявление такого военнослужащего в подразделении требует неотложной консультации психиатром (психотерапевтом) амбулаторного (стационарного) лечебного учреждения по месту дислокации воинской части с целью решения вопроса о госпитализации в психиатрический стационар с его согласия. Также он может быть госпитализирован без согласия по направлению командира части до решения суда, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих (*Ст. 30 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»*). Выраженность суицидального риска, прежде всего, оценивается клинически по изложенному выше алгоритму. В качестве *дополнительного* метода оценки могут служить шкалы суицидального риска. При использовании Шкалы оценки риска суицида (ШОРС, The Sad Persons Scale, Patterson et al. 1983) относительным показанием для госпитализации служит суицидальный риск в диапазоне 5–6 баллов, абсолютным — 7–10 баллов (Приложение 1). При оценке тяжести совершенного парасуицида используется Шкала суицидальных интенций Пирса (ШСИП, D.W.

Pierce, 1977): баллы 4–10 (средний уровень суицидальных интенций) — относительные показания для госпитализации; более 10 баллов (высокий уровень суицидальных интенций) — как абсолютные показания (Приложение 2).

В случае клинической и дополнительной (с помощью шкал) оценки суицидального риска как низкого (0–2 балла по ШОРС или 0–3 баллов по ШСИП) или среднего (3–4 балла по ШОРС или 4–10 балла по ШСИП) может быть принято решение об амбулаторном лечении.

В случае неявки к врачу-психиатру (психотерапевту) для амбулаторного лечения военнослужащих с суицидальным риском (чаще это военнослужащие по контракту) направляется на стационарное лечение (ВВК) в психиатрический стационар согласно законодательству РФ.

Одним из направлений работы врача (психолога) воинской части является информирование командования, членов семьи военнослужащего в доступной форме и с учетом реального риска о характере психического расстройства, тактике поведения в экстренных ситуациях, предвестниках наступающего кризиса, мерах по его предотвращению. Однако прежде чем предоставлять такую информацию данным категориям, необходимо обсудить ее в общих чертах с самим военнослужащим. Вполне возможно, что он сам укажет тех лиц, которым должна быть адресована информация, или попросит избежать обсуждения каких-либо подробностей.

При наличии телефона в кабинете специалиста (врача-психиатра, психотерапевта, психолога) военнослужащему необходимо в обязательном порядке сообщить этот телефон и проинструктировать, в какой ситуации он может связаться со специалистом.

В случае возникновения экстренной ситуации, когда военнослужащий информирует по телефону специалиста о том, что намерен совершить суицид, предлагается следующий алгоритм действий:

- по возможности долго продолжать беседу с военнослужащим;
- одновременно медицинская сестра по другому телефону связывается с командованием части (психиатрической бригадой, службой МЧС);
- информируются члены семьи, которые могут в данный момент обеспечить доступ в квартиру или своим появлением предотвратить попытку суицида.

Медицинская книжка военнослужащего с суицидальным риском маркируется надписями: S или SP (суицидальная попытка в прошлом, суицидальные признаки).

Соматический стационар

Тактика врача-психиатра (психотерапевта) при консультировании пациента с высоким суицидальным риском в соматическом стационаре определяется в значительной степени тяжестью соматического состояния. Лечение в соматическом стационаре следует продолжать, если тяжесть соматического состояния представляет угрозу для жизни военнослужащего. Однако в данном случае лечение должно быть продолжено либо в условиях реанимационного отделения, либо с организацией индивидуального поста.

При высоком суицидальном риске пациента при относительно компенсированном соматическом состоянии необходима неотложная (в т. ч. при отказе военнослужащего — принудительная) госпитализация в психиатрический стационар.

Психиатрический стационар

При поступлении в стационар военнослужащего в порядке неотложной госпитализации с высоким суицидальным риском (ШОРС — 7–10 баллов; ШСИП — более 10 баллов) данный военнослужащий помещается в наблюдательную палату. При снижении суицидального риска до среднего уровня пациента можно перевести в общую палату. Несмотря на это за такими военнослужащими сохраняется тщательное наблюдение, целью которого является ограничение доступа к местам удобным для совершения суицида (открытые окна, уединенные места, лестничные проемы высотных зданий, электрооборудование, доступ к лекарственным средствам, колющим и режущим предметам и т.д.). Медицинскому персоналу необходимо быть особенно настороженным в ранние утренние часы (3–6 ч.), так как именно в это время у пациента с суицидальными намерениями увеличивается вероятность осуществления своего плана.

Информация о готовящейся выписке таких военнослужащих, уволенных из ВС, представляется (высылается эпикриз) в амбулаторную (стационарную) психиатрическую (психотерапевтическую) службу по месту жительства, а о военнослужащих, признанных годными к продолжению воинской службы, сообщается командованию части (врачу и психологу): о том, что необходимо проведение профилактической помощи в посткризисный период с конкретными рекомендациями.

Психологическая помощь при кризисном вмешательстве

КВ осуществляется путем проведения беседы, целью которой является выявление и редукция суицидальных тенденций. Оно является закономерным продолжением диагностического интервью и строится на описанных выше принципах и техниках коммуникации (см. раздел 5). Активность специалиста постепенно увеличивается к последним этапам беседы. КВ включает в себя следующие этапы:

- **Сбор информации о кризисе.** На данном этапе устанавливается взаимное доверие. Стил ь поведения специалиста — принятие любых чувств и переживаний военнослужащего без оценки и интерпретаций. Важно предоставлять военнослужащему психологическую поддержку, не ускорять темп интервью. Рекомендуется не пренебрегать тем, что может показаться «несерьезным», «манипулятивным», «попыткой привлечь внимание». Необходимо: неоднократно прояснять суицидальные намерения (фантазии, мысли, планы); оценить психический статус и тяжесть психотравмирующих событий (см. раздел 6); получить максимум информации о ситуации, предшествовавшей СП. В случае нежелания военнослужащего раскрывать подробности суицидального акта рекомендуется сосредоточить внимание на текущих переживаниях и чувствах.

- **Определение мотивов и целей суицидальных намерений.** Мотивы и цели суицидальных актов отличаются от провоцирующих их поводов. Для их понимания важно выстроить «объяснительную» гипотезу: какая потребность военнослужащего не удовлетворена; доминирующие эмоции; кому «адресован» суицидальный акт; ожидания от поступка; пусковой фактор. Два первых этапа позволяют выработать предварительный план терапии и сформулировать первые терапевтические интерпретации.

- **Терапевтические интерпретации и вмешательства.** Вводятся в беседу тогда, когда военнослужащий почувствовал, что его ситуация и он сам спокойно и доброжелательно «приняты» специалистом. КВ является лишь началом терапии, поэтому интерпретаций не должно быть много. Интерпретации преподносятся в мягкой манере, как мнение специалиста, а не фиксированные догмы:

Обсуждение мотивов суицидального акта. Мотивы, связанные с «воздействием на других», не должны интерпретироваться в осуждающей и пренебрежительной манере. Желание воздействия на других — составляющая любого СП и широкого диапазона человеческих поступков.

Демонстрация сомнения в том, что суицидальный акт реализует цель. В тех случаях, когда суицидальный акт рассматривается как попытка изменить поведение значимых других, возможно обсуждение с военнослужащим, насколько реалистичны такие фантазии. Когда СП действительно вынуждает изменить поведение кого-либо (т.е. цель «достигается»), можно предложить обсуждение *чувств*, которые в этой ситуации испытывает военнослужащий и, предположительно, «адресат» СП.

Прояснение основной «дихотомии». Суицидальное мышление характеризуется дихотомичностью и безальтернативностью. Одна из задач совместной работы — построить «шкалу» между «все» и «ничего», помочь военнослужащему найти альтернативные выходы из кризиса. Например, обсудить, как можно справляться с болью утраты; как выразить свои чувства и потребности другому человеку, не прибегая к аутоагрессии.

Обесценивание значимости проблемы. Можно осторожно усилить сомнения о значимости потери или неудачи. Процесс снижения интенсивности переживаний по поводу утраты с течением времени — естественный адаптационный процесс, которому можно способствовать. Нужно быть крайне аккуратным с чувствами военнослужащего. Во-первых, военнослужащий может посчитать, что специалист не воспринимает его чувства и проблему «всерьез». Во-вторых, несвоевременное обесценивание потери может стимулировать развитие негативного отношения военнослужащего к специалисту.

Преодоление исключительности ситуации. Обсудить общность ситуации военнослужащего и других людей. Совместно подобрать примеры альтернативного решения проблемы. Важно избежать обесценивания кризиса конкретного военнослужащего: несмотря на общность, в каждой кризисной ситуации и чувствах человека есть уникальность.

Обсуждение значения симптомов. Депрессивный военнослужащий воспринимает свое состояние как личностный дефект, изменение которого невозможно. Важно показать, что безнадежность и депрессия — это временные состояния, а не личностная характеристика человека.

Возвращение к прошлому опыту удачного решения проблем стимулирует военнослужащего применить те адаптивные способы справиться с тяжелыми эмоциями, которые были эффективны ранее.

Стимулирование активности. Простые действия могут быть эффективны для снижения уровня тревоги и депрессии.

- ***Совместная формулировка плана терапевтических мероприятий.*** Это способствует дисквалификации представлений военнослужащего о безнадежности и заново выстраивает смысл существования в его субъективной картине мира.

- ***Обратная связь и обсуждение поведения военнослужащего.*** В конце беседы важно получить обратную связь и трактовку военнослужащим своего текущего состояния и планов на ближайшее время (часы, дни). *Слишком оптимистичные заверения военнослужащего о быстрых позитивных изменениях должны настораживать.* Суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов. Наиболее вероятным исходом удачного вмешательства будет установление доверия между специалистом и военнослужащим.

- ***Антисуицидальный контракт.*** Одним из возможных вариантов окончания КВ может быть совместное составление антисуицидального контракта. В нем уточняются ответственность «сторон» за терапевтические мероприятия. Одним из пунктов ответственности военнослужащего может быть отказ от суицидальных действий на время терапии. Такая договоренность является лишь первым шагом: контракт можно «продлевать», а при завершении терапии оставить его «открытым», т.е. предоставить военнослужащему возможность позвонить специалисту (или его коллегам) либо вернуться в терапию в случае ухудшения состояния.

Завершая первую беседу, специалист оставляет контракт «открытым», четко объясняя военнослужащему, что далее последует продолжение терапевтических коммуникаций. КВ, как правило, не ограничивается одной встречей и представляет собой процесс, длительность которого определяется продолжительностью периода высокого риска суицидальных действий.

Медикаментозное лечение

Лекарственные препараты назначаются по показаниям в зависимости от психопатологического синдрома и диагноза психического расстройства. Симптоматическая кризисная терапия направлена на купирование тревоги, страха, агитации, возбуждения, нарушений сна, бреда и галлюцинаций и других психопатологических симптомов. Принципы назначения медикаментов военнослужащим с высоким суицидальным риском описаны в разделе «Принципы профилактической медикаментозной терапии».

7. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОСТКРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД

Военнослужащие с психическими расстройствами, протекающими со стойкими суицидальными тенденциями, подлежат освидетельствованию военно-врачебной комиссией с признанием их негодными к военной службе в соответствии с требованиями «Расписания болезней и ТДТ Требований к состоянию здоровья граждан, утвержденных Постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.07.08 № 61/122». В период после преодоления тяжелого эмоционального кризиса они нуждаются в продолжении лечения и профилактического наблюдения, характер которого зависит от тяжести синдрома и диагноза психического расстройства в амбулаторных (стационарных) условиях по месту жительства.

Часть военнослужащих с психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки или с суицидальными тенденциями, выздоровевшие и выписанные для продолжения военной службы, подлежат динамическому наблюдению врачом (психологом) воинской части.

Организационные мероприятия

Значительная часть повторных суицидальных попыток совершается в течение первой недели после выписки из стационара, где военнослужащий получал антикризисное лечение. Военнослужащий должен быть осмотрен врачом части на приеме в день выписки (в случае неявки военнослужащий осматривается на дому). Следующая встреча назначается не позднее чем через 5 дней, затем через 14 дней (при условии стабильности состояния).

Терапевтические отношения

Длительные терапевтические отношения строятся на тех же принципах коммуникации, которые описаны в разделе «Оценка суицидального риска». В посткризисный период на первый план выходят проблемы, которые, возможно, лежат в основе суицидальной дезадаптации и требуют комплексного психологического, медицинского и социального подхода. В данном руководстве мы можем ограничиться лишь общими рекомендациями, касающимися длительных терапевтических отношений врача (психолога) и военнослужащего, преодолевшего суицидальный кризис.

- **Поддержание психологической безопасности.** Совершенно очевидно, что поддержание атмосферы принятия военнослужащего и его чувств, взаимной безопасности и конфиденциальности является базовым требованием посткризисной терапии. *Врач части, психолог, психиатр, психотерапевт вправе требовать того же от сослуживцев, командования, другого медицинского персонала.*

- **Определение реалистичных целей.** С самого начала динамического врачебного наблюдения необходимо совместно с военнослужащим и при необходимости его командирами, родственниками обсудить цели наблюдения (терапии). Цели рекомендуется формулировать четко и реалистично.

• **Поддержание границ.** Часто суицидальные тенденции являются проявлением личностных проблем военнослужащего, связанных с нарушением способности поддерживать адекватные границы межличностных коммуникаций. Военнослужащий может «перепутать» терапевтические отношения с дружескими или даже интимными. Это, например, может проявляться в «неурочных» телефонных звонках, попытках превратить терапевтические сессии в «дружеские» беседы или в «соблазнении» врача (психолога). Характерна смена первоначальной идеализации последующим обесцениванием специалиста и «отдалением» от него. *Очень важно постоянно поддерживать границы отношений, руководствуясь принципом взаимной автономности и обоюдного уважения личностного пространства и потребностей каждого.*

• **Подчеркивание автономности военнослужащего.** Многие суицидальные военнослужащие проявляют черты зависимого поведения, в их жизненных стилях доминирует неуверенность в своей самостоятельности, а в психодинамической истории — гиперопекающее или поведение родителей. В терапии важно не следовать этим сценариям, а уважительно подчеркивать самостоятельность военнослужащего и его способность к адекватным выборам.

• **Контейнирование чувств военнослужащего.** В терапевтических отношениях обязательно проявляются те же чувства и поведенческие реакции, которые присущи военнослужащему в реальной социальной обстановке. Таким образом, специалист (врач, психолог, врач-психиатр) может принимать на себя роль того значимого лица, на которого военнослужащий направляет свою любовь, гнев, страх отвержения или контроля и т.д. Важно осознавать, что большая часть этих эмоций имеет «переносный смысл», изначально они предназначаются тем лицам, которые для военнослужащего наиболее значимы (родители, сиблинги и др.). Большинство из этих реакций военнослужащего (за исключением тех, которые нарушают границы безопасности его и специалиста) могут быть «приняты» с последующим анализом причин этих проявлений и обоюдных эмоций, возникающих в процессе. Важно воздержаться от немедленных импульсивных ответных проявлений деструктивных чувств специалистом.

• **Интерпретация эмоциональных реакций в безопасном состоянии.** Особенности аффективного, импульсивного поведения военнослужащего обязательно обсуждаются и интерпретируются, но только в безопасном статусе, вне аффекта. Только в этом случае есть шанс осознания военнослужащим своих эмоциональных реакций и социальных ситуаций, в которых они возникают. Терапевтический кабинет становится как бы «полигоном», в котором под наблюдением специалиста проводятся «испытания» на более безопасном уровне поведения военнослужащего и его реакций, возникающих в коммуникации с другими людьми.

• **Постоянство специалиста.** В каком-то смысле специалист в терапевтических отношениях играет роль образца аутентичного «взрослого» социального поведения. Постоянство специалиста в поддержании рамок

сеттинга (время, частота, длительность, регулярность, место проведения встреч; готовность к принятию эмоций и поведения военнослужащего; выдерживание границ общения и пр.) играет большую роль в поддержании стабильности военнослужащего. Для человека, переживающего кризис или депрессию, наличие стабильного терапевта снижает степень безнадежности.

- **Доступность специалиста.** В терапии военнослужащего с потенциальным риском суицидального поведения важна доступность специалиста, ограниченная естественными рамками отношений специалист-военнослужащий и оговоренная заранее. В этих границах обсуждается возможность дополнительных встреч, телефонных консультаций, возможность обращения к другим специалистам при ухудшении состояния.

- **Постоянное разделение ответственности.** Подчеркивание ответственности каждой из сторон (военнослужащий, значимые для него люди, команда специалистов) за успех терапии способствует устранению ненужных иллюзий и разочарований, снижает степень зависимости военнослужащего от специалиста.

- **Обучение и информирование.** Специалист информирует военнослужащего, его близких, командование о симптомах и течении психического расстройства, способах лечения, контроля над состоянием, стратегиях преодоления стрессовых ситуаций и переживания тяжелых негативных чувств.

- **Демонстрация несовершенства.** Специалист является обычным человеком, для которого свойственны такие качества, как сомнения, усталость, колебания настроения, рабочее напряжение и пр. Когда эти нюансы в небольшой степени проявляются в терапевтических отношениях, это способствует формированию у военнослужащего представлений о *нормальной неоднозначности человеческих отношений и реалистичной картины мира*. Когда указанные проявления личностных особенностей специалиста или его ситуативных реакций становятся постоянными, доминирующими и плохо контролируемыми, это может нарушить терапевтические отношения и принести вред как военнослужащему, так и специалисту.

- **«Открытый» контракт.** Терапия с потенциально суицидальным военнослужащим заканчивается «заключением» открытого контракта с предоставлением возможности военнослужащему обратиться за помощью и консультацией в случае необходимости.

Принципы профилактической медикаментозной терапии

Специфического «антисуицидального» медикаментозного лечения не существует. Однако риск суицидального поведения может быть уменьшен при соблюдении ряда принципов терапии военнослужащих с высоким риском суицида.

- **Раннее выявление и адекватное лечение психического расстройства.** Является одним из ведущих принципов вторичной профилактики суицидального поведения. Значительную роль в раннем выявлении психического расстройства могут сыграть не только психиатры,

но и врачи других специальностей, психологи, так как именно к ним обращается большинство индивидов с психологическими и психиатрическими проблемами задолго до визита к психиатру или психотерапевту. *Ранняя диагностика психического расстройства с соответствующим началом адекватной терапии уменьшает интенсивность симптоматики и снижает риск суицидального поведения.*

- ***Не избегать диагнозов двух и более психических расстройств.*** Во многих случаях высокий суицидальный риск ассоциируется с коморбидностью расстройств (например, депрессии и зависимости от ПАВ). Адекватная диагностика таких состояний и фиксация диагнозов в медицинской документации способствует назначению подходящего лечения и правильной преемственности другими специалистами.

- ***Препараты выписывать часто и в небольшом количестве.*** Одним из самых частых способов парасуицида и достаточно распространенным способом суицида является отравление психотропными препаратами. Одномоментная выписка (или выдача) препарата в небольших безопасных дозах снижает риск фатальных исходов при намеренной передозировке.

- ***Контроль над хранением и приемом препаратов.*** Данная рекомендация, адресованная родственникам и медицинскому персоналу, снижает риск намеренного накапливания и отравления лекарственными препаратами.

- ***Назначать препараты, обладающие наименьшей токсичностью.*** С целью снижения риска фатального исхода при намеренной передозировке депрессивным военнослужащим с потенциальным риском суицида назначаются малотоксичные антидепрессанты. Все представители группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также некоторые другие антидепрессанты (мапротилин, миансерин) отвечают этому требованию. Среди антипсихотических препаратов высокопотентные (галоперидол, трифлуоперазин), а также атипичные нейролептики (рисперидон, zipрасидон, сертиндол) являются более безопасными (с точки зрения фатального исхода при передозировке) по сравнению с низкопотентными (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен).

- ***Баланс эффективности и профиля побочных действий.*** В некоторых случаях побочные эффекты психотропных препаратов могут значительно увеличивать дискомфорт, тягостные переживания и риск суицидальных действий.

Акатизия — моторное беспокойство, сопровождающееся тревогой, дисфорией, импульсивными действиями. Считается разновидностью экстрапирамидных побочных симптомов. Чаще всего ассоциируется с применением типичных высокопотентных нейролептиков, реже антидепрессантов, противорвотных средств.

Состояние повышенной тревоги и гиперактивности обычно связано со стимуляцией серотонинергической системы. Может проявляться в первые 7–15 дней приема антидепрессантов (особенно группы СИОЗС) и антипсихотиков (zipрасидон, сертиндол).

Очевидно, что данная симптоматика купируется тремя способами: снижение дозы препарата; замена препарата на другой; назначение дополнительной купирующей или корригирующей терапии (например, бензодиазепинов в обоих случаях; адrenoблокаторов и тригексифенидила в случае акатизии).

• **Адекватная длительность купирующей терапии в острой фазе.** Известно, что короткие частые госпитализации при обострениях хронических психических расстройств увеличивают риск суицида, вероятность которого наиболее высока в первые 7–10 дней после выписки. Длительность госпитализации должна соответствовать тяжести состояния военнослужащего и стандартам лечения психических расстройств.

• **Поддерживающая терапия.** Должна быть адекватной по своей длительности, выбору препаратов и их дозировкам доминирующему психопатологическому синдрому и диагнозу психического расстройства. Соответствующие рекомендации указаны в протоколах лечения психических расстройств (*Приказ от 19.08.05 № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь»*). Несмотря на то, что не существует универсального «антисуицидального» средства, ряд исследований указывает на некоторые особенности выбора препаратов при лечении военнослужащих с высоким риском суицида.

Шизофрения. Рекомендуется отдавать предпочтение:

- *постоянной терапии* антипсихотиками (вместо прерывистой). Постоянный прием антипсихотиков способствует меньшему риску суицидальных действий;

- *атипичным антипсихотикам* (рисперидон, оланзапин). Кроме того, продемонстрировано явное преимущество клозапина по сравнению с другими нейролептиками по способности снижать уровень суицидального поведения в выборках страдающих шизофренией;

- *антипсихотикам пролонгированного действия.* Применение этих препаратов способствует поддержанию стабильных концентраций препарата, меньшей частоте обострений и суицидальных действий, а также связано с меньшим риском намеренной передозировки;

- *комбинации антипсихотической и антидепрессивной терапии* (при сочетании депрессивной и психотической симптоматики).

Биполярное аффективное расстройство. Длительное (2 года и более) применение *препаратов лития* снижает уровень суицидов до общепопуляционных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика и оценка суицидального риска является базовым профессиональным навыком врачей и психологов воинской части, врачей-психиатров и психотерапевтов лечебных учреждений. Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием

мотивов и направленным на изменение поведения «значимых других» или облегчение (прерывание) тяжелых душевных и/или физических страданий военнослужащего. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжелый стресс родственниками военнослужащего и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства представляют собой фактор высокого риска суицида. Успешность оценки риска суицида и терапии, адекватность эмоционального статуса военнослужащего и специалиста зависят как от полноты объективной регистрации врачом (психологом) предикторов суицидального риска в поведении военнослужащего, так и от внимательного наблюдения за собственными чувствами и поведенческими реакциями в процессе коммуникации. Терапевтический процесс базируется на эмпатичном вне моральных оценок принятии военнослужащего и его эмоций вне зависимости от тяжести психопатологии. Психологическая и медикаментозная терапия, основываясь на ряде общих принципов и рекомендаций, может варьировать в зависимости от статуса военнослужащего и диагноза.

Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983)

Фактор		Значение
Sex	Пол	1 — мужской; 0 — женский
Age	Возраст	1 — <19 лет или >45
Depression	Депрессия	1 — если есть
Previous attempt	Парасуициды в анамнезе	1 — если есть
Ethanol abuse	Злоупотребление алкоголем	1 — если есть
Rational thinking loss	Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 — шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Social support lacking	Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 — если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Organized plan	Организованный план суицида	1 — если есть, а избранный метод потенциально летален
No spouse	Отсутствие супруги (супруга)	1 — разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Sickness	Болезнь	1 — если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжелая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Действия

Общий балл	Предполагаемое действие
0–2, низкий риск	Амбулаторное наблюдение
3–4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации
5–6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7–10, очень высокий риск	Госпитализация (в т. ч. принудительная)

Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О.военнослужащего _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства		
Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом Недалеко или телефонный контакт Никого рядом
	1	
	2	
Расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство Вмешательство маловероятно Вмешательство фактически невозможно
	1	
	2	
Меры против спасения	0	Не предпринимал Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта) Активные меры
	1	
	2	
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке Ни кому не сообщал и не контактировал
	1	
	2	
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал Частичные приготовления Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
	1	
	2	
Суицидальная записка	0	Нет Написана и порвана Написана и имеется в наличии
	1	
	2	
Самоотчет		
Летальность	0	Считал, что действие не приведет к смерти Не был уверен в летальности действия Был уверен, что действие смертельно
	1	
	2	
Декларируемые намерения	0	Не хотел умирать Не уверен Хотел умирать
	1	
	2	
Подготовка	0	Действие импульсивно Обдумывал менее 1 ч. Обдумывал менее 1 дня Обдумывал более 1 дня
	1	
	2	
	3	
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив Неопределенная или двойственная реакция Сожалеет, что остался жив
	1	
	2	
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определенно выжил бы Смерть маловероятна Смерть вероятна или определена
	1	
	2	

Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0 1 2	Вероятность отсутствует Неопределенно Высокая вероятность смерти
--	-------------	--

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = сумма баллов подшкалы обстоятельств = ___
 Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = сумма баллов подшкалы самоотчета = ___
 Пункты (11 + 12) = сумма баллов подшкалы медицинского риска = ___

Общая сумма баллов

0–3 = низкий уровень интенций;

4–10 = средний уровень интенций;

Более 10 = высокий уровень интенций.

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом.

Приложение 3

Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, так как я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Все что я вижу впереди — скорее неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее,

			чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в свое будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, чего хочу, именно поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация

Максимальный счет — 20 баллов;

0–3 балла — безнадежность не выявлена;

4–8 баллов — безнадежность легкая;

9–14 баллов — безнадежность умеренная;

15–20 баллов — безнадежность тяжелая.