

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
Р.А. Часнойть

2009 г.

Регистрационный № 101-1003



**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (РУКОВОДСТВО ДЛЯ
СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Белорусская медицинская академия последипломного образования

АВТОРЫ:

Кандидат медицинских наук, доцент Ласый Е.В.

Кандидат медицинских наук Давидовский С.В.

МИНСК 2009

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

30 октября 2009 г.

Регистрационный № 101-1009

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(для социальных работников)
инструкция по применению**

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Белорусская медицинская академия последипломного образования

АВТОРЫ:

канд. мед. наук, доц. Ласый Е.В.

канд. мед. наук Давидовский С.В.

Минск 2009

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение представляет собой важную общественную проблему. Ежегодно самоубийства совершают около 1 млн человек во всем мире. Как причина смерти в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10–20 раз большее число людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире. Средний относительный показатель самоубийств за последние 10 лет (1999–2008 гг.) в Республике Беларусь составил 31,9/100000 населения, что более чем в 2 раза превышает среднемировой уровень суицидов (14,5/100000). Аутоагрессивное поведение оказывает тяжелое психотравмирующее действие на ближайшее социальное окружение индивидов, которые умирают в результате самоубийства или предпринимают суицидальные попытки. Значительную группу риска суицида составляют пожилые и одинокие люди. Уровень суицидов у людей старше 75 лет более чем в три раза превышает таковой у молодых. Суициды, предпринимаемые людьми старше 55 лет, доля которых в населении Республики Беларусь равна примерно 24%, составляют около 23,5% всех самоубийств.

Все вышеуказанное диктует настоятельную необходимость разработки концептуальных основ профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, и родственникам людей, умирающих вследствие суицидов. Разработка профилактических программ возможна только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную стратегию, в которой большое значение придается специалистам в области социальной защиты населения.

КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение (СП) — аутоагрессивное поведение, обусловленное, по крайней мере в минимальной степени, явным или скрытым намерением умереть и проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение. Выделяют «внутренние» и «внешние» формы суицидального поведения. К «внутренним» относят фантазии, мысли и образы суицидальной направленности. Среди «внешних» выделяют две основные формы:

- **Самоубийство (суицид)** — намеренное, осознанное и относительно быстрое лишение себя жизни.
- **Суицидальная попытка (парасуицид)** — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление. К парасуицидам относят также акты, предпринятые с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но не приведшие к физическому повреждению. Например,

вмешательство посторонних предотвратило самоповешение; человека «сняли» с рельсов до прохода поезда и т.п.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведения человека (независимо от наличия психического расстройства), которое может проявляться при нарушении психологической адаптации в ситуации кризиса. Существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска (ФР) друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами (кризисная ситуация). К базовым ФР относят множество факторов социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Соответственно этим ФР можно выделить группы риска суицида (например, «мужчины старше 45 лет», «люди, страдающие алкогольной зависимостью», «ВИЧ инфицированные», «страдающие онкологическими заболеваниями» и др.). Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного «вердикта» суицида. Риск значительно усиливается при интеграции нескольких ФР (например, «мужчина после 45-ти лет, проживающий в одиночестве, страдающий депрессивным расстройством и зависимостью от алкоголя»). Но для «запуска» суицидальных действий необходим триггерный фактор, которым, как правило, является *конфликт или кризис*. Обычно, причиной кризиса является *утрата (или возможность утраты) значимого объекта* (т.е. человека, материальной или духовной ценности). Примеры: смерть близкого человека; развод; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья, постановка диагноза тяжелого заболевания, социальная и физическая беспомощность и т.д.

К основным ФР принято относить социально-демографические, биографические, медицинские, индивидуально-психологические и др.

I. Социально-демографические факторы суицидального риска

- 1. Пол.** Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, выше примерно в 1,5 раза среди женщин.
- 2. Возраст.** Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом и достигает максимума после 45 лет. *Максимальные уровни самоубийств отмечаются у пожилых людей.* Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет.
- 3. Семейное положение.** Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.
- 4. Профессиональный статус.** Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

5. Религия. 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

6. Психическая патология. Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Наибольший риск суицидальных действий связан с расстройствами настроения (РН), расстройствами личности (РЛ) и зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), шизофренией и другими психозами.

Депрессия. По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45–70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким — 8–30%.

Синдром зависимости от алкоголя. От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках зависимых от алкоголя достигают 270/100000, что почти в 20 раз превышает показатели общей популяции (14–17/100000).

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

Шизофрения. Риск самоубийства в этой группе пациентов почти такой же как среди страдающих депрессией, и составляет 10–12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год.

Расстройства личности. Максимальный риск СП (3–9%) связан с эмоционально-неустойчивым РЛ (ЭНРЛ), для которого характерны быстрые смены настроения, напряженные межличностные отношения, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», мышление в «черно-белых тонах». Характерно то, что ЭНРЛ часто сочетается с РН и зависимостью от алкоголя и наркотиков. Сочетание этих трех клинических состояний сильно увеличивает риск СП.

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, увеличивает риск суицида не диагноз, а клиническое состояние пациента, психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент.

7. Соматическая патология. Связь между соматической патологией и СП очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Около 50% из этой группы имеют сочетание психического расстройства и соматического заболевания. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с тяжёлыми хроническими заболеваниями.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологическая патология 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 и трансплантации донорских органов и тканей; среди больных с искусственной почкой.

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

III. Биографические факторы суицидального риска

8. Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых ФР суицида и повторного парасуицида.

9. Суицидальное поведение биологических родственников

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

10. Суицидальное поведение «значимых других»

В некоторых случаях большое значение имеет **копирование поведения эмоционально значимых лиц** (родных, партнеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

11. Другие анамнестические факторы риска

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников, воспитание в условиях отсутствия родительской привязанности и др.

IV. Индивидуально-психологические факторы риска

Данные факторы отражают не столько риск СП, сколько вероятность сниженной переносимости личностью эмоциональных нагрузок. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

МОТИВЫ И ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

СП не является прямым следствием психического расстройства. Большинство людей, даже с тяжелой психопатологией, никогда не совершают

суицидальных действий. В то же время некоторые люди, ранее не страдавшие психическими расстройствами, но попавшие в тяжелую социально-психологическую ситуацию, могут совершать суицидальные попытки и суициды. Обычно провоцирующим фактором СП, даже при наличии психического расстройства, является конфликт или кризис. Например, для многих людей известие о диагнозе тяжелого заболевания (онкология, СПИД) может провоцировать мысли о суициде. Для пожилого человека суицидальный акт может быть следствием одиночества и переживания утраты близкого человека (супруга или супруги). Ситуации *межличностных конфликтов* являются источниками эмоций *страха, вины, стыда*, которые также тяжело переносятся.

Мотивы СП весьма разнообразны:

- **«Крик о помощи», призыв.** Мотив суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) — обратить внимание окружающих на свое состояние и найти помощь.
- **Протест, месть.** Провоцируется чувством «обиды», «несправедливости». Суицидальные действия (попытка или суицид) вызывают чувство вины у близкого человека в ситуации конфликта.
- **Избегание непереносимой жизненной ситуации.** Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (увольнение с работы, ухудшение здоровья, развод, долги, уголовное наказание и пр.). С различной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. При этом степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.
- **Избегание страдания.** Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляются способом их прервать.
- **Наказание себя.** Провоцируется чрезмерным чувством вины.
- **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 пожилой человек может испытывать потребности как в избегании непереносимой ситуации и самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи.

К стрессовым событиям, которые часто провоцируют развитие суицидальных мотиваций, можно отнести, следующие:

- межличностные проблемы — ссоры с супругом/партнером, членами семьи, друзьями, любимыми;
- отвержение (например, членами семьи или друзьями);
- потеря — смерть близкого человека или большая финансовая потеря;
- проблемы на работе или финансовые трудности — увольнение, уход на пенсию, материальные проблемы;

- изменение социального статуса (как понижение, так и резкое повышение);
- страх наказания (в т.ч. уголовного);
- тяжелая обида, страх позора и обвинения и др.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА В СОСТОЯНИИ КРИЗИСА

Психика человека в состоянии суицидального кризиса характеризуется определенными чертами:

Ограниченное восприятие ситуации. События воспринимаются в «черно-белых» тонах, по принципу «все или ничего». То есть, человек не способен увидеть дополнительные возможности выхода из критической ситуации, кроме суицидального. Следующие высказывания характеризуют такой способ восприятия: «Я не могу без него жить», «Лучше смерть, чем позор», «Меня никогда не простят», «Без этой должности я никому не нужен» и др.

Безнадежность и беспомощность. Человек воспринимает свое состояние и ситуацию как жизненный тупик. Он не видит перспектив выхода из кризиса. Не способен представить свое будущее. Считает страдания бесконечными. Отрицает возможность улучшения состояния и уверен, что «никто не хочет и не в состоянии» ему помочь.

Импульсивность. Одной из характерных черт людей, находящихся в кризисе, является импульсивность. Эта черта может проследиваться в их поведении и в докризисный период. В кризисе они могут действовать, не обдумывая последствий своих действий, что часто приводит к тяжелым актам самоповреждения.

Двойственное отношение к суициду. Большинство людей не воспринимает суицидальные действия однозначно как стремление к смерти. Людям свойственно сомневаться, они часто испытывают колебания «за» и «против» определенных поступков. Это касается и ситуации кризиса. Человек колеблется между желанием «остаться живым и изменить ситуацию» и «желанием умереть или причинить себе боль». Эти колебания обычно проявляются в поведении и могут быть использованы окружающими для усиления тенденций к жизни. Большинство людей с суицидальными тенденциями прямо или косвенно сообщает о своих мыслях и намерениях окружающим. Они часто подают определенные «сигналы», от них можно услышать высказывания о «желании умереть», о «чувстве своей бесполезности» и т.п. Все эти призывы о помощи не следует игнорировать.

Воздействие на других и стремление к смерти. СП изначально имеет двойственную природу: с одной стороны, оно имеет отношение к идее смерти или саморазрушения, с другой— бессознательно направлено на привлечение внимания и изменение поведения окружающих. В большинстве суицидальных актов есть оба элемента. Редкие парасуициды или

высказывания носят только манипулятивный характер. Как правило, такое поведение вызывает у окружающих страх и раздражение и потребность изменить свое поведение, чтобы предотвратить суицид. В данном случае, сам способ манипуляции другими — с помощью самоповреждения — является признаком психологического неблагополучия. Суицид (смерть) сильно влияет на окружающих, вызывая еще более противоречивые чувства: страх, гнев, стыд, вину. Парадоксальное сочетание этих двух разнонаправленных тенденций (воздействие на других и стремление к смерти) делает СП трудным для диагностики феноменом. Тяжелые эмоции, которые часто испытывают близкие люди в связи с суицидальными высказываниями и попытками их родственников, партнеров и друзей (раздражение, гнев, вина, страх, обида, стыд и др.), часто сильно нарушают человеческие отношения и препятствуют внимательному наблюдению за состоянием человека, переживающего кризис.

ОЦЕНКА РИСКА СУИЦИДА

Очень часто социальный работник является первым специалистом, который встречается с человеком, переживающим кризисную ситуацию (одинокие пожилые люди, инвалиды, семьи с тяжело нарушенными отношениями, люди, которые лишились жилья, пациенты с хроническими психическими и соматическими болезнями и пр.). В связи с этим он может одним из первых наблюдать признаки суицидального риска. Основным «инструментом» оценки суицидального риска является беседа с человеком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из сопроводительной документации.

Признаки суицидального риска

1. Наличие суицидальных намерений

- * *Фантазии и мысли о смерти, самоповреждении, самоубийстве.* Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность контролировать* их индивидом самостоятельно.
- * *Безнадежность:* отсутствие надежды на улучшение состояния и возможность помощи со стороны окружающих.
- * *Признаки «прощания»:* раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.
- * *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...» и т.п.
- * *Суицидальные попытки ранее.* Чем больше количество и выше тяжесть парасуицидов, тем выше вероятность дальнейшего суицидального поведения.
- * *Степень планирования суицида.* Четкие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

* *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.

2. Наличие депрессии и тревоги

Симптомы депрессии

- *Сниженное настроение:* «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжелые вздохи, необщительность, молчаливость, высказывания об отсутствии надежды, перспектив, смысла жизни.
- *Снижение интереса к обычным для данного человека занятиям, контактам и развлечениям.* Индивид ничем не интересуется, избегает общения, просмотра телепередач, чтения и др.
- *Снижение работоспособности, повышение утомляемости.*
- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Свое прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.
- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берет на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.
- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*
- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжелым органическим заболеванием мозга. С уменьшением проявлений депрессии эти симптомы проходят.
- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже — тревога, беспокойное повышение двигательной активности.
- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, ранние пробуждения, отсутствие удовлетворенности ночным сном. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.
- *Ухудшение или улучшение аппетита.* Снижение аппетита с потерей веса на 5% и более от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжелых чувств.
- *Снижение либидо,* уменьшение потребности в сексуальной сфере.
- *Соматические симптомы:* задержка стула, сухость слизистых оболочек, колебание артериального давления.

Тревога часто сопровождает депрессию, но может быть проявлением и других психических расстройств или сопутствовать определенным жизненным обстоятельствам. Проявляется жалобами на волнение по любым, даже

самым мелким поводам, двигательным беспокойством, учащением дыхания, колебаниями артериального давления, сердцебиением, нарушениями сна, озабоченностью состоянием здоровья. Тяжелые приступы тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Страх и тревога могут также сопровождать бредовые переживания и галлюцинации.

3. Наличие стрессовой ситуации

Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные поводы СП: разлука/разрыв с партнером; смерть близкого человека, утрата духовных и материальных ценностей; семейные конфликты; постановка диагноза тяжелого заболевания; ожидание оперативного вмешательства; изменение рода деятельности или материальной обеспеченности; обвинения индивида в чём-либо и др.

4. Качество социальной поддержки

Поддержка со стороны родных, партнеров, друзей, сослуживцев, социальных служб, привязанность к домашним животным могут способствовать предотвращению самоубийства. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида при наличии депрессии и суицидальных намерений.

5. Желание индивида принимать помощь

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

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые мысли о смерти, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии и безнадёжности
- Чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха
- Импульсивность в поведении
- Наличие стрессовой ситуации
- Выраженное физическое или душевное страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социальной и психологической поддержки
- Нежелание пациента принимать помощь/сожаление о том, что «остался жив»
- Не принимающее и враждебное отношение окружающих (в т. ч. специалистов, осуществляющих уход и поддержку) к индивидууму

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ВЕРОЯТНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Беседа с человеком является как способом оценки суицидального риска, так и мерой облегчения его состояния. Хорошо проведенная беседа может (по крайней мере, временно) значительно снизить риск суицида. Рекомендуются проводить беседу, руководствуясь следующими принципами:

- **Неотложность.** Наличие признаков суицидального риска говорит о том, что беседу с человеком нельзя откладывать. Возможно, именно этому индивидууму придется уделить больше времени и внимания, чем другим.

- **Конфиденциальность.** Беседу следует проводить отдельно от посторонних, так как в присутствии других людей человек может не раскрыть своих переживаний. В то же время в случае агрессивного поведения или подозрения психоза, необходимо присутствие нескольких помощников.

- **Поддержка и наблюдение.** Не оставляйте человека одного в состоянии высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не придет помощь.

- **Спокойное «принимающее» отношение.** Важно показать (словами, мимикой, жестами), что вы принимаете любые жалобы человека, проявляете уважение к его мнениям и ценностям, понимаете его чувства. В дальнейшем очень многое зависит от качества взаимоотношений, установленных вначале.

- **Активное слушание и стимулирование выражения чувств.** Человек в ситуации кризиса больше нуждается в обсуждении своей боли, фрустрации, чем в выслушивании чьих-либо советов. Важно дать ему возможность выразить чувства в его повествовании о своих переживаниях. Важно задавать стимулирующие вопросы. В начале беседы достаточно простых «открытых» вопросов о самочувствии, жалобах («Что Вас беспокоит?», «Что происходит?»). Если человек все же не решается обсуждать свои переживания, то, возможно, вам удастся вызвать его на откровенность замечаниями или вопросами, которые свидетельствуют о том, что вы понимаете его чувства: «Мне кажется, вы очень расстроены», «По-моему, вы сейчас заплачете» и др. Приходится быть терпеливым и не торопить индивидуума, адаптироваться к его темпу ведения беседы. К концу беседы вопросы могут стать более конкретными. Обязательно нужно задать прямые вопросы о суицидальных мыслях, фантазиях о смерти, плане самоубийства. Сочувствующее молчание также может явиться свидетельством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

- **Избегание моральных оценок.** Необходимо избегать морального осуждения и обвинений. В противном случае контакт с человеком не будет продуктивным. Нужно спокойно принимать разнообразные чувства и мысли, среди которых может быть гнев и ненависть, страх, вина и стыд, желание мести, обида и др.

- **Избегание неоправданных утешений.** Не желая того, можно усилить переживания человека банальными утешениями как раз тогда, когда он

нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Как правило, суждение типа: «Вы на самом деле этого не сделаете», «Возьмите себя в руки», «У всех есть такие же проблемы, как у Вас», «Подумали ли Вы о близких» и другие распространенные клише воспринимаются депрессивным человеком как проявление отвержения и недоверия. Эти фразы лишь обесценивают его чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужным и бесполезным. Если вести с человеком беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства.

• **Искренность и избегание невыполнимых обещаний.** Избегайте обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы. Индивида нужно проинформировать, что сведения о суицидальных намерениях будут переданы другим специалистам для обеспечения его же безопасности. Необходимо определить границы своих возможностей и рассказать человеку о том, что вы можете и что не можете сделать для него.

Неоднократное прояснение информации и проработка суицидальных мыслей. По ходу беседы некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз в процессе беседы в различных формулировках. Чем больше человек говорит о своих чувствах и суицидальных намерениях, тем больше вероятность того, что они снизят свою «остроту», и он станет способным рассуждать более позитивно. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к предполагаемому способу (медикаменты, яды, оружие и др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?

- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?
 - **Обсудить конструктивные подходы.** Важно помочь индивиду определить источник психического дискомфорта, идентифицировать характер проблемы, жизненного конфликта, значимых для человека людей, которые в нем участвуют. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время?», «Когда вы почувствовали себя хуже?», «Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?». Возможно, в ходе дискуссии у человека появятся идеи об альтернативных вариантах выхода из ситуации.
 - **Поиск ресурсов поддержки.** Если суть кризисной ситуации определена, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом, могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта. Важно также выяснить, что остается позитивно значимым и ценным для человека: семья, дети, религия, работа, друзья, увлечения и пр. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать и потенциально могут ему помочь?
 - **Оказание реальной помощи.** В компетенцию социального работника входит проведение определенных социальных мероприятий и помощь в решении практических проблем, с которыми сталкиваются люди (помощь одиноким пожилым людям; пациентам с хроническими инвалидизирующими заболеваниями; лицам, утратившим работу; малоимущим семьям и пр.). Реальные, часто простые, практические действия могут сделать больше, чем пассивное наблюдение или предоставление досужих советов. Примером такой помощи может быть привлечение социальным работником внимания к проблемам и состоянию человека его родных и близких или исключение индивидуума из невнимательного либо деструктивного социального окружения. При этом важно не превысить своих полномочий и компетенции, а также не давать заведомо невыполнимых обещаний.
 - **Вселяйте надежду.** Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Тем не менее, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть не может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни.

- **Предложить план помощи.** Человека нужно проинформировать о дальнейших действиях помощников, объяснить, что эффективная поддержка не может быть оказана только путем однократной беседы. Ему объясняют необходимость консультаций других специалистов (психолог, психотерапевт, психиатр). Очень важно это делать так, чтобы у человека не создалось впечатления, что от него хотят «отделаться», что его боятся и пр.

- **Заключение антисуицидального договора.** Для того чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, помогающий специалист может заключить с ним так называемый «антисуицидальный контракт» — попросить об обещании не совершать суицидальных действий в период работы со специалистом и связаться с ним перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем, для того чтобы еще раз обсудить возможные альтернативы поведения. Многие теоретики и клиницисты рекомендуют заключать с клиентами антисуицидальные договоры, так как такое соглашение может оказаться весьма эффективным (Davidson, Wanger & Ranger, 1995; Drye, Goulding, 1973). Такие договоры (даже те, в которых контакт является исключительно телефонным) в большинстве случаев снижают суицидальный риск, поскольку представляют собой «страховочный трос», связывающий клиента и интервьюера. Для достижения максимальной эффективности перед заключением антисуицидального договора следует установить прочные терапевтические отношения.

Чего следует избегать в беседе:

- Часто перебивать пациента.
- Показывать, что Вы «шокированы», проявлять слишком сильные эмоции, агрессию.
- Осуждать, морализировать и вступать в спор и конфронтацию.

Так, сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто реагируют следующим образом: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у человека еще большую подавленность. Ещё одно частое замечание: «Ты понимаешь, какое несчастье и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, осознанно или нет, но это и есть один из мотивов суицидальных мыслей индивида.

- Демонстрировать, что вы заняты, и что у вас нет времени.
- Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека).
- Допускать неясность в высказываниях.
- Предлагать нереалистичные утешения.

- Провоцировать на более «серьезные» суицидальные действия.
- Давать обещания о том, что Вы сохраните «в тайне» суицидальные замыслы.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и дает возможность пациенту говорить о негативных чувствах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РИСКА СУИЦИДА

При обнаружении у индивида признаков суицидального риска (прямые или косвенные суицидальные высказывания, суицидальная попытка, информация от родственников) необходимо:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за ним. Для этой цели привлекается дополнительный персонал; организуется круглосуточное наблюдение.

2. Договориться с человеком о возможности изъять у него средства, которые могут быть применены с целью самоповреждения (медикаменты, острые предметы, веревки и пр.).

3. Обеспечить контроль над доступностью средств суицида (открытые окна, острые предметы, медикаменты и др.).

4. Провести тщательную оценку суицидального риска, для чего могут привлекаться другие специалисты (психолог, психотерапевт, психиатр).

5. При выявлении признаков суицидального риска организуется консультация врача-психиатра. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24–26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Психиатрическое освидетельствование проводится добровольно, с согласия гражданина (в возрасте до 14 — с согласия родителей либо иного законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — с согласия его законного представителя). В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования оно может быть проведено по решению врача-психиатра, без его согласия или согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его *непосредственную опасность для себя* и (или) окружающих.

6. Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести состояния. Уже первичная беседа, проводимая в эмпатической недирективной манере, без избегания темы суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента. Корректировка лечения, уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром с учетом статей 24–44 Главы 4 «Порядок оказания психиатрической помощи» «Закона...».

7. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях индивида. Однако прежде чем предоставлять информацию членам семьи, необходимо обсудить ее в общих чертах с самим человеком. Вполне возможно, что он сам укажет, кому из них должна быть адресована информация, или попросит избежать обсуждения каких-либо подробностей. Во многих случаях близкие люди могут привлекаться для оказания психологической поддержки и наблюдения за индивидом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальное поведение является сложным явлением, причины которого во многом обусловлены социальными и психологическими проблемами. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжелый стресс родственниками индивида и специалистами, оказывающими помощь. Одиночество, социальное неблагополучие, нарушенные семейные отношения, пожилой возраст, депрессия, зависимость от алкоголя и наркотиков, а также тяжелые соматические заболевания представляют собой факторы риска суицида. Большинство тех, кто совершает самоубийство, не обращается напрямую к психиатрам и психотерапевтам при жизни, однако часто попадают в поле зрения других специалистов, в т. ч. и социальных работников. Существенным вкладом в профилактику суицидального поведения может стать своевременное выявление лиц с суицидальными намерениями в группах риска, с которыми работают специалисты по социальной помощи. Первичное кризисное вмешательство, проведенное социальным работником, и своевременная организация консультативной помощи других специалистов (психолог, психотерапевт, психиатр, врачи других специальностей) с разработкой плана социальных и терапевтических мероприятий могут способствовать снижению риска суицида человека, переживающего кризис.

Мифы и факты о самоубийстве

Мифы	Факты
1. Самоубийства совершают только люди с тяжелыми психическими расстройствами	1. Психические расстройства значительно увеличивают риск самоубийства. Но, в большинстве случаев, это не психозы, а депрессия, зависимость от алкоголя, личностные нарушения. Большинство из этих психических расстройств часто не расценивается обычными людьми как «болезнь», а воспринимается как «слабость», «лень», «плохой характер» и пр. В связи с этим многие не обращаются за помощью к специалистам.
2. Люди, говорящие о самоубийстве, на самом деле его не совершают	2. Большинство умерших перед суицидальным актом прямо или косвенно предупреждает о своих намерениях.
3. Человек, пришедший к мысли о самоубийстве, твердо намерен умереть	3. Большинству суицидальных действий предшествуют колебания между желаниями жить и умереть
4. Самоубийство случается без предупреждения	4. В большинстве случаев люди дают вполне ясные указания о том, что собираются предпринять; многие из них обращаются за помощью к врачам, психологам, социальным работникам
5. Улучшение состояния после кризиса говорит о том, что риск самоубийства снизился	5. Многие самоубийства происходят в период улучшения, когда у человека появляется достаточно энергии и воли, чтобы обратить отчаянные мысли в решительные действия
6. Если у человека появилась склонность к самоубийству, то она сохраняется у него навсегда. Самоубийство невозможно предотвратить	6. Период кризиса — явление временное. Суицидальные мысли могут возвращаться, однако они непостоянны и у многих людей никогда больше не появляются
7. Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда не повторит ее снова	7. На самом деле риск повторения суицидальных действий в дальнейшем таким человеком повышается.
8. Разговор о самоубийстве может внушить мысль о реализации мыслей о нем	8. На самом деле только открытый разговор о проблеме может способствовать облегчению состояния
9. Прием алкоголя помогает облегчить суицидальные переживания	9. Скорее характерен обратный эффект: алкоголь является частым «провокатором» импульсивных и суицидальных действий

Шкала Цунга для самооценки депрессии

Инструкция пациенту: Пожалуйста, выберите те варианты ответов, которые наиболее точно соответствуют Вашему состоянию

Утверждения	Частота			
	Крайне редко	Редко	Часто	Большую часть времени или постоянно
1. Я чувствую угнетенность, подавленность	1	2	3	4
2. Я лучше всего чувствую себя утром	1	2	3	4
3. Я много плачу	1	2	3	4
4. Я плохо сплю ночью	1	2	3	4
5. Я ем столько же, сколько и раньше	1	2	3	4
6. Я получаю удовольствие от того, что нахожусь среди привлекательных мужчин/женщин или общаюсь с ними	1	2	3	4
7. Я заметно теряю в весе	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Мое сердце бьется чаще, чем обычно	1	2	3	4
10. Я чувствую усталость без видимой причины	1	2	3	4
11. Я мыслю так же четко, как и раньше	1	2	3	4
12. Мне легко выполнять привычную работу	1	2	3	4
13. Я беспокоен и не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я полон светлых надежд на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем раньше	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17. Я чувствую, что полезен и нужен людям	1	2	3	4
18. Я живу полной и интересной жизнью	1	2	3	4
19. Я считаю, что другим было бы лучше, если бы я умер	1	2	3	4
20. Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше	1	2	3	4

Инструкция исследователю:

- Пункты 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10,13,15 и 19 оцениваются от 1 до 4 баллов в прямой последовательности;
- Пункты 2, 5, 6, 11,12, 14, 16,17, 18 и 20 (выделенные фоном) оцениваются в обратной последовательности, т.е. от 4 до 1 балла. Таким образом, пункт, отмеченный как «4», оценивается в 1 балл, отмеченный как «3» — в 2 балла; отмеченный как «2» — в 3 балла; отмеченный как «1» — в 4 балла.

Общая сумма баллов шкалы, рассчитанная по указанному алгоритму, находится в диапазоне 20–80 баллов. Уровень депрессии оценивается следующим образом:

- менее 50 баллов — депрессии не выявлено;
- 50–59 баллов — легкая депрессия;
- 60–69 баллов — умеренная депрессия;
- 70 и более баллов — тяжелая депрессия.

При выявлении депрессивного состояния следует оценить у пациента чувство безнадежности, которое может свидетельствовать о наличии суицидального риска. Состояние депрессии является показанием для консультации врача-психиатра.

Приложение 3

Шкала безнадежности

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 сдать, 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, что хочу, 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 лёгкая; 9–14 баллов — безнадежность умеренная; 15–20 баллов — безнадежность тяжелая. Показатель более 8 баллов говорит о необходимости консультации врача-психиатра.