

АО «Медицинский Университет
Астана»
Кафедра психиатрии и наркологии

Профилактика суицидального поведения.



Выполнилаи: Токтаров Т. 553г –
Ом

Шарип Б. 554г - Ом

Проверила: Пешкова Т. Я.

Астана,
2016г.

План

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

Введение

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

Основные понятия

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



Формы проявления СП

Внутренние формы:

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

Внешние формы:

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

Типология СП

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

Типы СП (по А.Е. Личко):

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



Типы СП.

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

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

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

Динамика формирования СП

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

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

a) Пассивные суицидальные мысли

b) Суицидальные замыслы (импульсивное формирование, развернутое, смешанный сценарий)

c) Суицидальные намерения

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

Антисуицидальные факторы

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

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

Динамика формирования СП (продолжение)

III. Период реализации суицидального замысла.

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

IV. Постсуицидальный период.

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

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

Варианты постсуицидального периода

Критически
й
Манипулятивны
й
Аналитически

Суицидально-
й
фиксированный.



Варианты постсуицидального периода

Критический.

а) Конфликт утратил свою актуальность, т. к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряжённость», привело к «обрывающему» эффекту;

б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет;

в) Отношение к совершённой попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

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

Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Манипулятивный.

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

б) Суицидальных тенденций нет.

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

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

Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Аналитический.

а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

б) Суицидальных тенденций нет.

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

Варианты постсуицидального периода (продолжение)

Суицидально-фиксированный.

а) Конфликт актуален.

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

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

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

Тактика ведения пациента

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

Динамика развития постсуицидальных состояний

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

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

Динамика развития постсуицидальных состояний (продолжение)

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

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

Факторы риска СП

□ *Социально-демографические факторы:*

1) Возраст.

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

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

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

Факторы риска СП (продолжение)

2) Пол.

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

3) Место жительства.

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

Факторы риска СП (продолжение)

4) Семейное положение.

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

5) Образование и общественно-профессиональный статус.

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

Факторы риска СП (продолжение)

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

Факторы риска СП (продолжение)

□ **Индивидуально-психологические факторы.**

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

Факторы риска СП (продолжение)

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

Факторы риска СП (продолжение)

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

Факторы риска СП (продолжение)

☐ **Медицинские факторы:**

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

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

Суицидоопасные психические заболевания:

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

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

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

Факторы риска СП (продолжение)

«Апрель — самый жестокий месяц»

Томас Эллиот

□ Природные факторы:

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

Маркеры СП

I. Поведенческие

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

II. Вербальные

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

III. Эмоциональные

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

Тактика ведения больного

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

Терапия пациентов с СП

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

Современные виды терапии суицидоопасных состояний включают в себя:

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

Профилактика самоубийств

Существует множество методов профилактики самоубийств: профессиональная психологическая помощь, «телефоны доверия», экстренная медицинская помощь и т.д.

Основными направлениями такой помощи являются:

- + диагностика тенденций к совершению самоубийства;
- + своевременное посещение суицидентом специалистов;
- + экстренная помощь в момент акта самоубийства, направленная на то, чтобы помешать человеку совершить суицид. Она может быть как физической (просто оттащить от окна), так и психологической.

Если физически нет способов удержать человека от самоубийства или человек только говорит о намерении совершить суицид, следует попытаться его остановить, разговаривая с ним. Выясните, выбрано ли время, место и способ самоубиения. Какого результата хочет добиться суицидент, совершая попытку ухода из жизни. Расскажите человеку, какова будет реакция его близких, каковы последствия совершаемых действия, что будет через пару лет после суицида.

Помощь в предотвращении суицидального поведения!!!

1. **Подбирайте ключи к разгадке суицида.** Задача состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности: суицидальные угрозы, депрессии, значительные изменения поведения, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Улови те проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным.
2. **Примите подростка как личность.** Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Действуйте в соответствии с собственными убеждениями.
3. **Установите заботливые взаимоотношения.** Тому, кто чувствует себя бесполезным и нелюбимым, забота и участие отзывчивого человека являются мощным ободряющим средством.
4. **Будьте внимательным слушателем.** Подростки из группы риска особенно страдают от чувства отчуждения, с силу чего бывают не настроены принять советы. Больше всего они нуждаются в обсуждении своей боли.
Можно оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства подростка, будь то печаль, вина, страх или гнев. Просто молча посидите с ним, это явится доказательством заинтересованного и заботливого отношения.
5. **Не спорьте.** Сталкиваясь с суицидальной угрозой, не проявляйте агрессию. Если присутствуете при разговоре о самоубийстве, постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали.
6. **Задавайте вопросы.** Лучший способ вмешаться в кризис — это задавать вопросы, например: «Ты думаешь о самоубийстве?» или «С каких пор ты считаешь свою жизнь безнадежной?»
Согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, испытывающего боязнь осуждения.

7. **Не предлагайте неоправданных утешений.** Суицидальные подростки с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя». Эти выводы лишь минимизируют, унижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными,

8. **Предложите конструктивные подходы.** Вместо того чтобы говорить подростку: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», - попросите его поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову,

Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему, как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если подросток все же не решается открыть свои сокровенные чувства, то, возможно, удастся подтолкнуть его к этому, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены».

Если кризисная ситуация определена, выясняют, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом, что может быть полезным для разрешения настоящей проблемы.

Постарайтесь выяснить, что остается позитивно значимым для человека.

Следите за глазами, отметьте, когда появляются признаки эмоционального

9. **Вселяйте надежду.** Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми, Надежда помогает человеку отойти от мысли о самоубийстве. Надежда не может строиться на пустых утешениях, а должна исходить из реальности. Основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко,
10. **Оцените степень риска самоубийства.** Если депрессивный подросток дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы не расстался, то сомнений в серьезности ситуации не остается. В этом случае лекарства, оружие или ножи следует убрать подальше.
11. **Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.** Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Можете заключить так называемый суицидальный контракт - попросить его связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия, чтобы еще раз обсудить возможные альтернативы поведения. Такое соглашение может оказаться весьма эффективным.
12. **Обратитесь за помощью к специалистам.** Надежным источником помощи являются семейные врачи. Они хорошо информированы, могут правильно оценить серьезность ситуации и направить подростка к знающему специалисту. Не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся подростки глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Иногда единственной помощью суициденту становится госпитализация его в психиатрическую больницу. Промедление может быть опасным.
13. **Важность сохранения заботы и поддержки,** Если критическая ситуация и миновала, то специалисты или семьи не могут позволить себе расслабиться. Самое худшее может и не быть позади. Ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

Заключение

- Любой суицидальный поступок оказывает огромное психологическое влияние на всех людей, причастных к нему. Семья суицидента, его друзья и лечащий врач испытывают чувство вины за то, что не предотвратили самоубийство. Очень важно оказать значимую психологическую поддержку близким людям умершего, направленную на преодоление чувства вины и сожаления.



Список литературы:

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

A bright sun shining through a blue sky with wispy clouds. The sun is positioned in the upper right quadrant, creating a lens flare effect. The sky is a vibrant blue, and the clouds are light and airy.

***СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!***

Тест: подверженность суициду

Точность 95%. Тест поможет определить, насколько вы устойчивы к внутренним позывам наложить на себя руки по тем или иным причинам. Он не учитывает сиюминутное настроение, а дает общий результат предрасположенности к суициду. Пройти этот тест нужно обязательно, если вы не хотите будущих проблем себе и близким. Не забудьте дать его тем, кто вам дорог.

1. Вы часто недовольны жизнью и всеми ее составляющими.

Да (+1).

2. Вы регулярно попадаете в глубокую депрессию, из которой выходите с большим трудом.

Да (+1).

3. Нередко в ваш разум попадают мысли о самоубийстве и вы не относитесь к ним, как к чему-то необычному.

Да (+1).

4. Случись непоправимое, вы точно знаете, каким образом уйдете из жизни.

Да (+1).

5. Вы эмоциональны и импульсивны. Особенно задевающие за душу события и недостижимые желания часто вызывают у вас истерику и мучительные переживания.

Да (+1).

6. Вы сильно не боитесь смерти, особенно на эмоциях.

Да (+1).

7. Часто вам кажется, что жизнь не представляет из себя чего-то стоящего и особенного.

Да (+1).

8. Вам иногда кажется, что жизнь бессмысленна и существовать в ней по большому счету тоже бессмысленно.

Да (+1).

9. Среди ваших близких и не совсем близких родственников было более одного суицидника.

Да (+1).

10. Вы хотя бы раз представляли, как по вам, в случае самоубийства, будут горевать люди, как им будет вас жаль, как они будут себя винить.

Да (+1).

Результат:

0—2 – Даже в случае самых критических обстоятельств вы вряд ли подумаете о самоубийстве. А если и подумаете, то эти мысли будут слишком слабы, чтобы задержаться в вашей голове хотя бы ненадолго. Вероятно, вы морально устойчивы и имеете ряд обязанностей, необходимость выполнения которых перед вами самими, родственниками или кем-либо обязательна и не подвергается сомнению. Люди вашего склада ума практически никогда не совершают бессмысленные акты самоубийства. В случае необходимости вы сможете быть психотерапевтом для того, кто начнет подумывать о наложении на себя рук.

3—5 – В момент, когда вы потеряете над собой контроль под действием максимально критических факторов, вы можете наложить на себя руки. Это маловероятно, но такой расклад нужно иметь в виду. В общем-то, у вас нет к суициду явной предрасположенности, но в уникальных случаях, под действием роковых обстоятельств и сторонних толчков к этому вы можете покончить с собой. Особенно следует быть осторожным к изменяющим восприятие веществам, которые в момент депрессии могут заставить вас сотворить непоправимое.

6—8 – У вас есть предрасположенность к самоубийству. Бесспорно, вы могли сами об этом догадываться. Временами вы точно подумывали о суициде. Может быть, даже пробовали или имитировали, но до конца еще никогда не решались воплощать затею в реальность. Дабы избежать того, что в здравом уме часто кажется невозможным и бессмысленным, особенно заострите внимание на том, что вам действительно дорого, на том, за что вы ответственны, и на том, что не хотите потерять. Когда снова в вашу голову ползут подобные мысли, вспомните все это.

9—10 – Вы имеете сильную предрасположенность к самоубийству. Вероятно, уже не раз пытались это совершить и уверены, что у вас хватит на это решимости. Вам больше всех остальных стоит подумать о ценностях жизни, которых, как иногда кажется, в жизни мало. На самом деле их много. Чаще думайте о любви, красоте природы, музыке, ваших успехах, мечтах, даже если они кажутся недостижимыми. Не стесняйтесь выговариваться окружающим, когда чувствуете себя плохо. Если у вас мало друзей, то жизненно необходимо расширить этот круг. Понимающие друзья и компания – всегда было и есть лучшее лекарство от депрессий и плохих мыслей. Главное, ни в коем случае не закрывайте глаза на свою особенность, которая может стать фатальной в будущем.

Теперь вы определились с собственными суицидальными характеристиками и, если захотели, узнали о таковых относительно других. Это значит, что в случае плохих показателей нужно принимать меры. Причем не только тем, кто имеет явную предрасположенность к суициду, но и остальным, потому что никто не

Ситуационные задачи

№1 Белла., 23 года, покончила жизнь самоубийством, выпив 150 мл уксусной кислоты.

Девушка воспитывалась в неполной семье, мамой и старшей сестрой. Папа оставил семью, когда девочке было 5 лет.

В школе училась на хорошо и отлично. Отличалась спокойным характером, свободное время предпочитала проводить в одиночестве или с сестрой. В семье с мамой и сестрой были теплые, дружеские и близкие отношения. О своих проблемах окружающим не рассказывала, предпочитала больше слушать других.

После окончания школы поступила в университет. В 20 лет познакомилась с молодым человеком, на 5 лет старше её. Со слов старшей сестры: «Они встречались на протяжении 3 лет. Складывалось

21:51:42
все хорошо. Анна начала подумывать о свадьбе, это было её мечтой на тот момент, но со стороны молодого человека не исходило инициативы. Более того, Анна заметила, что в последнее время он начал отдаляться от нее и их отношения уже не складывались так хорошо. Аня решила поговорить с любимым человеком, почему он изменил к ней свое отношение. Молодой человек признался, что встретил другую и им нужно расстаться. Произошла ссора, Ане не хотелось верить словам ее парня. На следующий день она увидела его гуляющего с другой девушкой».

В тот день у Анны никого не оказалось дома. Со слов мамы «Поговорить ей было не с кем. Она пришла домой отыскала уксусную эссенцию, налила в стакан и выпила её».

Когда мама пришла с работы и увидела в квартире следы многократной рвоты, а дочь в тяжелом состоянии, то сразу вызвала скорую помощь. Было проведено промывание желудка, женщину доставили в дежурный стационар. Назначена симптоматическая терапия, начато лечение ожогов ЖКТ. Как осложнение в соответствии с классической симптоматикой ожога развился экзотоксический ожоговый шок, закончившийся летальным исходом.

Вопросы:

1. По Вашему мнению, было возможным предотвратить данное самоубийство?
2. Если «да», разработайте план оказания помощи в пресуицидальной фазе.
3. Объясните признаки суицидальных намерений, проявлявшихся у Беллы.

№2

На приеме у психолога: Юлия Михайловна, 51 год, домохозяйка. Объективно: отмечаются бледность лица; заторможенность; сниженный фон настроения; на лице выражение тоски, подавленности.

Жалобы: сниженное настроение; депрессивное состояние; страхи; нежелание жить: «У меня такое чувство, что все лишено смысла, все пустое. Я полностью выгорела».

Из беседы выяснилось, что пациентка дважды пыталась покончить с собой. На вопрос психолога: «Вы думаете о самоубийстве», Юлия Михайловна ответила «Да именно так. Хуже уже быть не может. В крайнем случае – лучше».

21:56:55

При дальнейшем опросе выяснилось: у женщины трое детей, которых она воспитывала одна, муж умер 20 лет назад. Ради детей она отказалась от второго брака. Со временем все трое покинули родительский дом и обосновались со своими семьями на новых местах. А пациентка с этого момента «потеряла» свою жизненную задачу – «своих детей» – и не смогла найти этому полноценную замену. В этой ситуации пациентка почувствовала себя ненужной, свою жизнь сочла бессмысленной, а мир – несправедливым. Женщина воспринимала жизнь через единство семьи. Только при этом условии она получала утверждение своего Я, которое она ставила так же высоко, как и социальную активность и широкие интересы

Вопросы:

1. Данный случай к какой теории суицида относится?
2. Что можно посоветовать пациентке в данном случае? Ваша тактика