

**Т. Н. АЛЫКО, Н. К. ГРИГОРЬЕВА**

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК.  
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Т. Н. Алыко, Н. К. Григорьева**

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК.  
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616.89-008.441.44-084(075.8)  
ББК 56.14я73  
А45

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2021 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, ученый секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

**Алыко, Т. Н.**

**А45** Суицидальный риск. Суицидальное поведение и его профилактика : учебно-методическое пособие / Т. Н. Алыко, Н. К. Григорьева. – Минск : БГМУ, 2021. – 30 с.

ISBN 978-985-21-0844-7.

Рассматриваются наиболее важные аспекты, связанные с современным пониманием суицидального поведения. Приведены современные принципы диагностики, профилактики суицидоопасных состояний. Сделан акцент на особенностях суицидального поведения детей и подростков.

Предназначено для студентов 5-го курса всех факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов.

**УДК 616.89-008.441.44-084(075.8)**  
**ББК 56.14я73**

**ISBN 978-985-21-0844-7**

© Алыко Т. Н., Григорьева Н. К., 2021  
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема суицидального поведения традиционно привлекает внимание общества и исследователей. Самоубийство принадлежит к тем сложным явлениям жизни, которые вызывают к себе двойственное отношение. С одной стороны, человек, покончивший с собой, вызывает жалость, с другой — сам факт суицида имеет негативную окраску, обуславливает отчуждение. Близкие люди часто хотят скрыть этот страшный факт.

Самоубийства и попытки самоубийства являются актуальной медико-социальной проблемой во многих странах мира, включая Республику Беларусь. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве стран Европы и Северной Америки самоубийство входит в первую десятку причин смерти. Показатели самоубийств в экономически развитых странах колеблются от 8 до 46,5 случая на 100 тысяч населения в год. Как правило, суицидальных попыток совершается в 8–10 раз больше, чем самоубийств.

Детско-подростковое население (от 10 до 18 лет) идентифицируется как группа избыточного суицидального риска с отличимыми от взрослых суицидентов характеристиками формирования суицидального поведения. Ежедневно более 1000 молодых людей пытаются совершить суицид. Наиболее малоизученными являются клинико-суицидологические факторы: способ парасуицида, нозологическая группа психических и поведенческих расстройств, уровни депрессивности и суицидальных намерений. Эти факторы формируются в пресуицидальном периоде в тесной взаимосвязи с другими факторами суицидальности. Ученые психиатры Республики Беларусь (А. П. Гелда, В. В. Голубович, И. В. Быченко, А. П. Гнедько и др.) проводили унифицированное системное исследование, учитывая национальные особенности патогенетических механизмов формирования детско-подросткового суицидального поведения, для последующей разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых лечебно-диагностических технологий профилактики детско-подростковой суицидальной агрессии.

Самоубийства и попытки самоубийства наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Профилактика суицидального поведения является одной из важнейших задач общества в целом и медицины, психологии в частности.

## ИСТОРИЯ СУИЦИДОЛОГИИ

В ходе истории взгляды на сущность добровольного ухода из жизни существенно изменялись, как и его моральная оценка (грех, преступление, норма, героизм), в зависимости от этапа развития общества и преобладавших социальных, идеологических и этнокультуральных представлений.

Первым исследователем в области современной суицидологии был французский социолог Эмиль Дюркгейм. В фундаментальном исследовании «Самоубийство» автор утверждал, что аутоагрессивное поведение необходимо объяснять, учитывая внешние обстоятельства, прежде всего особенности общества: человек чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей (эгоистические акты аутоагрессии); человек не смог приспособиться к изменениям в обществе, что учащается во время общественно-экономических кризисов (аномические акты аутоагрессии); человек жертвует собой ради социальной, религиозной или философской идеи (альтруистические акты аутоагрессии).

В начале XX в. аутоагрессивное поведение стало изучаться представителями психоанализа. Зигмунд Фрейд в 1910 г. написал статью «Печаль и меланхолия», в которой анализировал суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса — инстинкта жизни и Танатоса — инстинкта смерти. По Фрейду, суицид является следствием разрушительного влияния Танатоса. Совершая аутоагрессивный поступок, человек убивает в себе интроецированный объект любви, к которому испытывает амбивалентные чувства. С возрастом сила Эроса убывает, а Танатоса — увеличивается.

Последователь школы психоанализа, американский ученый Карл Меннингер развил представления Зигмунда Фрейда о суициде, исследовав его мотивы и выделив три составные части суицидального поведения. По мнению ученого, для того чтобы совершить самоубийство, необходимо: желание убить, желание быть убитым, желание умереть. Если эти три желания возникают у человека одновременно, то суицидальные мысли превращаются в реальность.

Клинико-психологическая модель суицидального поведения связана с именами американских ученых Эдвина Шнейдмана и Нормана Фарбероу. Эдвин Шнейдман впервые описал признаки, которые указывают на возможное самоубийство, назвав их «ключами к суициду»; исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения; изучил особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение; вместе с Норманом Фарбероу ввел в практику метод психологической аутопсии и на его основе выделил три типа суицидов (эготические, диадические, агенеративные). Последние работы Эдвина Шнейдмана связаны с психологическим механизмом, лежащим в основе суицидального поведения, — душевной

болью. Норман Фарбероу создал концепцию саморазрушающего поведения человека, разработал принципы профилактики самоубийств и инициировал создание центров их профилактики в США и других странах мира.

В психиатрии суицидальное поведение рассматривалось вариабельно: как симптом, синдром, осложнение психического заболевания, психическое расстройство и диагностическая ось. Взгляд на самоубийство менялся в зависимости от концептуальных положений авторов, а также от рассмотрения различных категорий суицидентов.

В настоящее время в классификации МКБ-10 суицидальное поведение отражено в рубрике «Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01–Y98), включающей происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. Блок «Преднамеренное самоповреждение» (X60–X84), относящийся к этой рубрике, определяет весь спектр возможных причин суицидальной попытки и самоубийства, например: X60 Преднамеренное самоотравление в результате приема ненаркотических анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических препаратов; X70 Преднамеренное самоповреждение в результате повешения, удушения и утопления; X80 Преднамеренное самоповреждение путем падения с высоты.

Когда доступной информации не достаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений, в действительности совершенное самоубийство может быть отнесено к блоку «Повреждение с неопределенными намерениями» (Y10–Y34).

Случай совершения суицидальной попытки отражается в медицинской документации при помощи категории «Самоповреждение в личном анамнезе» (Z91.5), что способствует преимущества оказания помощи и более внимательному отношению к пациенту в связи с возможным рецидивом суицидального поведения.

В МКБ-11 планируется сохранить указанные категории, в отличие от классификации DSM-5, где в 3-й секции описываются «расстройство суицидального поведения» и «несуицидальное самоповреждение».

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Психопатологические концепции исходят из предположения о том, что все самоубийцы — это душевнобольные люди, а суицидальные действия — проявления острых или хронических расстройств (Ф. Пинель, Ж. Эскироль).

В соответствии с концепцией биологического вырождения, суицид — неизбежный финал «дегенерата». Р. Крафт-Эбинг считал самоубийство проявлением вырождения человеческой природы и описывал у суицидентов дегенеративные анатомо-физиологические признаки.

Был период, когда самоубийства выделялись в отдельную нозологическую единицу (suicidomania) и проблема изучалась с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения суицидомании (слабительные, желчегонные лекарственные средства, кровопускания и т. д.).

Согласно другим теориям, в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы. Наиболее значимыми из них являются: психодинамическая, экзистенциально-гуманистическая и когнитивно-поведенческая модели суицидального поведения.

Современные психодинамические теории суицидального поведения придают большое значение исследованию фантазии суицидентов о том, что может случиться, если произойдет суицид. Эти фантазии часто включают жажду мщения, могущества, контроля, наказания, искупления и жертвы; желание убежать, заснуть либо спастись, возродиться, воссоединиться с кем-то в новой жизни после смерти. По мнению большинства сторонников экзистенциально-гуманистического направления, суицидальное поведение — это символический «крик о помощи», а также попытка привлечь внимание к своим проблемам. Современные представители когнитивной школы, изучая процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления и когнитивных искажений (например, «жизнь ужасна, тяжела», «выход только в смерти» и т. д.), которые ведут к невозможности решения проблем.

Эмиль Дюркгейм в своей социологической концепции главные причины самоубийства усматривает в социально-политических и экономических факторах, степени социальной интеграции индивида и воздействии на него социальных норм.

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ**

Определить сущность понятия «самоубийство» не так просто, как кажется на первый взгляд. Возникает много вопросов, например: как можно квалифицировать добровольный уход из жизни тяжелобольного человека, желающего облегчить участь ухаживающих за ним близких? Является ли самоубийством эвтаназия? Были ли самоубийцами Клеопатра и Антоний, Ромео и Джульетта? В какой мере можно считать самоубийцами религиозных фанатиков? Возможны ли суициды в раннем детском возрасте?

Этимология слова «самоубийство» (лат. suicide) указывает на то, что этот термин отражает **осознанное действие субъекта (индивида) с целью уничтожения самого себя**. Данное определение не позволяет причислить к самоубийцам алкоголиков и наркоманов, наносящих своим пагубным пристрастием несомненный вред собственному здоровью, т. к. их целью является все же получение удовольствия, а не смерть. Следовательно, определяющими параметрами сути самоубийства являются, во-первых, осознанный характер действий человека, во-вторых, причинение фатального вреда собственному организму как основная цель. Итак, **самоубийство** — это осознанное действие субъекта в виде нанесения себе непоправимого, смертельного вреда. По определению ВОЗ, суицид — акт самоубийства с фатальным исходом, покушение на самоубийство — аналогичный акт без фатального исхода.

**Суицидальное поведение** — это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.

**Суицид (самоубийство)** — акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и сознательно.

**Суицидальная попытка (парасуицид)** — это не закончившееся смертью намеренное самоповреждение, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.

**Суицидальный кризис** — состояние психологической дезадаптации, связанное с актуальным психосоциальным стрессом и сопровождающееся повышенным суицидальным риском.

Ситуации, когда самоубийства совершают лица, которые не могут отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также смерть в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

## КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Принято выделять внутренние и внешние формы суицидального поведения.

К **внутренним формам** суицидального поведения относятся: мысли, переживания, представления, замыслы, намерения. **Внешние формы** — парасуицид и суицид.

Различают три **ступени перехода** внутренних форм суицидального поведения во внешние:

1. Пассивные суицидальные мысли — фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни.



2. Суицидальные замыслы (активная форма) — продумывание методов суицида, времени и места действия.

3. Суицидальные намерения — присоединение к замыслу решения и волевого компонента, что обуславливает непосредственный переход во внешнее поведение.

Суицидальное поведение включает следующие **временные периоды**:

– пресуицидальный период (пресуицид) — время от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации;

– попытки внешней реализации внутренних форм суицидального поведения в виде целенаправленного оперирования средствами лишения себя жизни (парасуицид, суицид);

– постсуицидальный период.

Длительность пресуицида может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами и годами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида суицидальное поведение отчетливо развивается по описанным выше этапам. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Если суицидальная попытка не привела к смертельному исходу, наступает постсуицидальный период. По **продолжительности** с момента совершения суицидальной попытки выделяют:

– острый (первые 7 суток);

– ранний (2–4-я недели);

– отдаленный постсуицидальный период.

***Повышенный суицидальный риск сохраняется на протяжении 12 месяцев с момента совершения суицидальной попытки.***

В зависимости от **степени выраженности суицидальных тенденций и особенностей психологической оценки происшедшего** выделяют несколько типов постсуицидального периода:

1. Критический тип, характеризующийся критической переоценкой случившегося и отказом от суицидального поведения как способа разрешения конфликта. При данном типе суициденту показана рациональная психотерапия.

2. Аналитический тип, при котором человек продолжает искать выход из проблемной ситуации. В случае ограниченного числа вариантов разрешения проблемы возможен «рецидив» суицидального поведения. При данном типе суицидент нуждается в систематическом наблюдении, при необходимости — психиатрическом лечении, направленном на купирование психопатологической симптоматики. Задачей психотерапии является ликвидация конфликтной ситуации.

3. Манипулятивный тип, который развивается, если суицидальная попытка привела к изменению ситуации в пользу суицидента. При повторении подобных обстоятельств возможно формирование демонстративно-шантажных форм суицидального поведения. При данном типе суицидент нуждается в психотерапии, направленной на изменение ценностных ориентаций и выработку негативного отношения к суициду.

4. Суицидально-фиксированный тип, при котором человек не видит альтернативного самоубийству способа решения проблемы. При данном типе суицидент нуждается в строгом надзоре, лечении, психотерапии.

Существуют различные классификации видов суицидального поведения. В соответствии с основной дихотомией различают групповые (массовые), индивидуальные, имитационные (модельные) суициды. Данные феномены имеют различные причины и механизмы.

**Групповые (массовые) суициды** провоцируются группой и в группе реализуются. К ведущим факторам, вызывающим групповые самоубийства, относятся: традиции, тоталитарная организация группы, религиозный и идеологический фанатизм, негативное влияние харизматического лидера, изоляция группы.

**Имитационные (модельные) суициды.** Существует много свидетельств, что имитационное поведение играет определенную роль в провокации самоубийств, особенно среди подростков. Чем больше телеканалов показывают передачи, связанные с суицидами, тем больше совершается самоубийств.

Стремительный рост количества групповых суицидов был связан с трагической смертью М. Монро. Еще в 1774 г. Иоганн Вольфганг фон Гете опубликовал романтическую повесть «Страдания юного Вертера» о молодом человеке с художественными наклонностями, «одаренном глубокими, чистыми чувствами и пронизательным умом, который потерялся в своих фантастических мечтаниях и отравил себя бесплодными размышлениями до того, что разрываемый безнадежными страстями, особенно неразделенной любовью, выстрелил себе в голову». Эта книга в свое время была очень популярна в Европе, и автора даже обвиняли в том, что под ее влиянием впечатлительные юноши совершали самоубийства. Поэтому власти не только запретили открытую продажу, но и уничтожали ее экземпляры из-за страха имитационных самоубийств. Вскоре возник термин «эффект Вертера», обозначающий имитационное суицидальное влияние. Эффект Вертера подтверждается статистически достоверной взаимосвязью между отражением проблемы суицидов в средствах массовой информации и повышением частоты самоубийств среди подростков. Кроме того, хорошо известен такой факт в школах: если один из подростков совершил суицид, то его примеру могут последовать дру-

гие. В психологии известно, что реакция группирования является специфическим и широко распространенным подростковым феноменом.

**Индивидуальные суициды** связаны с развитием и поведением конкретной личности. Данные феномены делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые.

**Истинный суицид** обусловлен желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни, причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

**Демонстративный суицид** не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, начать вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход возможен при роковой случайности.

**Скрытый суицид (косвенное самоубийство)** — вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. Это поведение больше нацелено на риск, на игру со смертью, а не на уход из жизни. Люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение: это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта, и употребление наркотиков, и самоизоляция.

Различия в классификациях видов суицидального поведения отражает многообразие форм рассматриваемой реальности. По мнению А. Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает *демонстративным, аффективным* (на фоне острой аффективной реакции, которая развивается по механизму короткого замыкания, когда малозначительный повод играет роль последней капли и провоцирует суицидальное действие), *истинным*. А. Е. Шир различает *преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное, демонстративное* суицидальное поведение.

А. Г. Амбрумова выделяет *самоубийства (истинные суициды)* и *попытки самоубийства (незавершенные суициды)*. Э. Дюркгейм различал четыре вида самоубийств: эгоистическое, альтруистическое, аномическое и фаталистическое.

**Эгоистические самоубийства.** Если считать эгоизмом такое состояние человека, когда индивидуальное «я» резко противопоставляет себя социальному «я» в ущерб последнему, то можно назвать эгоистическим тот частный вид самоубийств, который вызывается чрезмерной индивидуализацией. Коллективная связь, сплоченность социума задерживают самоубий-

ства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу. Эгоистические самоубийства наблюдаются в основном среди людей умственного труда, интеллигенции.

**Альтруистические самоубийства.** Альтруизм — это состояние, когда «я» не принадлежит человеку, когда центр его деятельности находится вне его существа, но внутри группы, к которой индивид относится. Характерным для альтруистического самоубийства является то, что оно совершается во имя долга. Если крайний индивидуализм приводит человека к самоубийству, то и недостаточно развитая индивидуальность приводит к тем же результатам. Когда человек отделился от общества, в нем легко зарождается мысль покончить с собой. То же самое происходит с ним в том случае, когда общественность полностью поглощает его индивидуальность.

Помимо альтруистических самоубийств на религиозной почве, Дюркгейм говорил, что благодатной социальной средой для таких самоубийств в современном мире является армия.

**Аномические самоубийства.** Общество всегда в той или иной степени воздействует на индивида, управляет им. Экономические кризисы могут усиливать склонность к самоубийству. По Дюркгейму, соотношение между экономическим состоянием страны и процентом самоубийств является общим законом.

**Фаталистические самоубийства.** Этот вид самоубийств наблюдается в результате усиленного контроля со стороны группы, имеющей тенденцию быть сильной и постоянной и поэтому становящейся невыносимой.

Следовательно, по мнению Э. Дюркгейма, для защиты общества от всплесков массового суицида необходимо отчетливо представлять зависимость суицидального покушения на свою жизнь от степени социальной интегрированности личности. Имеется в виду как жесткая, предельная регуляция поведения личности со стороны общества, когда следствием выступает фаталистический тип самоубийства, так и слабая регуляция персонального поведения (заброшенность детей в семье, отсутствие уголовной наказуемости суицида в обществе, эффект разобщенности, отчуждения, особенно в среде подростков), которая порождает аномический суицид.

## **МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

К мотивам суицидального поведения относятся следующие:

– протест (протестные формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта) или месть (это конкретная форма протеста, нанесение ущерба враждебному окружению);

- призыв (обращение к окружающим, просьба о помощи с целью изменения ситуации);
- избегание (уклонение от страданий через смерть);
- отказ от жизни;
- самонаказание (имеет разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» и «искупления вины»);
- жертвоприношение.

В приведенном списке мотивов суицидального поведения видно нарастание желания смерти, а значит, и серьезности суицидальных попыток.

## **СУИЦИДООПАСНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Суицидоопасные психические и поведенческие расстройства включают:

- тревожные расстройства (Oude R. Voshaar et al., 2015);
- расстройства пищевого поведения (S. Zerwas et al., 2015);
- адаптационные расстройства и реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (T. Madsen et al., 2014);
- зависимость от психоактивных веществ (Ю. Е. Разводовский, 2008);
- шизофрения;
- аффективные расстройства (K. Hawton et al., 2003);
- расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

Большому суицидальному риску подвержены люди с параноидной формой шизофрении, меньшему — пациенты с негативной симптоматикой. Самоубийство пациентов с шизофренией связывают с усталостью, безнадежностью, осознанием надвигающегося распада «я» и неудовлетворенностью лечением (W. S. Fenton, 2000). С точки зрения Л. Н. Юрьевой (2006), о суицидальном поведении как об осознанном действии, направленном на лишение себя жизни, при расстройствах шизофренического спектра можно говорить лишь в тех случаях, когда суицидент отдает себе отчет в своих действиях, т. е. не находится в психотическом состоянии. Если же пациент совершил суицид в состоянии психоза, его действия следует расценивать как аутоагрессивное поведение.

## **ПРЕДРАССУДКИ И ФАКТЫ О СУИЦИДЕ**

К сожалению, знаний о самоубийстве среди населения не достаточно. У многих людей имеются предрассудки о самоубийстве, которые мешают позитивно действовать при выявлении суицидального поведения и не позволя-

ют принимать необходимые меры в отношении суицидента. Ниже приводятся наиболее распространенные заблуждения о самоубийстве и правильные, истинные факты, проверенные многолетними наблюдениями и подтвержденные специальными исследованиями.

**Заблуждение № 1:** говоря о желании покончить с собой, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

**Факт:** люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не следует игнорировать угрозу совершения самоубийства и избегать возможности обсудить возникшие трудности.

**Заблуждение № 2:** самоубийство — это всегда импульсивный акт, который осуществляется без предупреждения.

**Факт:** смерть от собственной руки может казаться импульсивной, но человек мог обдумывать самоубийство на протяжении значительного промежутка времени. Многие склонные к суициду личности подают определенные вербальные или поведенческие сигналы о намерении причинить себе вред.

**Заблуждение № 3:** склонные к суициду личности на самом деле хотят умереть.

**Факт:** большинство чувствующих желание совершить самоубийство людей делятся своими мыслями как минимум с одним человеком или звонят по телефону в кризисные центры или врачу, что свидетельствует о двойственности их желания, а не целенаправленности.

**Заблуждение № 4:** когда человек проявляет признаки улучшения или выживает после попытки самоубийства, то можно считать, что опасность миновала.

**Факт:** на самом деле один из наиболее опасных периодов — это время сразу после кризиса или период, когда человек находится в больнице после попытки самоубийства. В первую неделю после выписки человек испытывает сложности в адаптации и существует опасность того, что он может нанести себе вред. Так как поведение в прошлом является одним из факторов, определяющих поведение в будущем, у склонного к самоубийству человека вновь могут возникнуть суицидальные мысли.

**Заблуждение № 5:** суицид всегда передается по наследству.

**Факт:** это неоднозначный вопрос. Действительно, в последнее время ученые интенсивно ищут гены, которые могут иметь отношение к суицидальному поведению. Однако наличие некоторой генетической основы не означает, что человеку нельзя оказать реальную помощь. Ведь речь идет о поведении человека, которое можно заметить, а после этого — обратить на него внимание врачей или психологов.

**Заблуждение № 6:** все люди, совершившие попытку самоубийства или самоубийство, являются психически больными.

**Факт:** суицидальное поведение часто связывают с аффективными расстройствами, шизофренией, психическими и поведенческими расстройствами вследствие потребления психоактивных веществ, другими психическими расстройствами с агрессивным и деструктивным поведением. Однако не следует переоценивать значение такой связи. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникшей кризисной ситуации, из болезненного эмоционального состояния, и это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

**Заблуждение № 7:** разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

**Факт:** разговор о самоубийстве не может стать причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

**Заблуждение № 8:** если человек один раз пытался покончить с собой, он больше никогда не совершит следующую попытку.

**Факт:** на самом деле попытка самоубийства — критически важный фактор, предсказывающий повторные суицидальные действия.

**Заблуждение № 9:** самоубийство совершают только «не такие, как мы», «совсем другие люди», «богема».

**Факт:** самоубийство может совершить любой человек, и это подтверждается случаями суицида в разных семьях и во всех типах общественного устройства.

**Заблуждение № 10:** дети не совершают самоубийств, т. к. они не понимают, что смерть — это конец.

**Факт:** дети совершают самоубийства, поэтому каждое суицидальное проявление в любом возрасте должно восприниматься серьезно.

**Заблуждение № 11:** суицид — редкое явление.

**Факт:** по статистике ВОЗ, каждые 40 с в мире умирает один человек вследствие самоубийства. Среди молодежи суицид входит в тройку основных причин смертности. Фактически число самоубийств может быть гораздо больше, т. к. некоторые из них маскируются под несчастные случаи.

## ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основными «инструментами» для оценки суицидального риска в психиатрической практике являются:

- клиническое интервью;

- наблюдение за пациентом;
- информация, полученная от третьих лиц (друзей, родственников);
- соматическое обследование с применением лабораторных и инструментальных методов исследований (выявление следов самоповреждений, токсикологические тесты крови и мочи на наличие психоактивных веществ, ЭЭГ и МРТ головного мозга);
- оценочные шкалы.

**Критериями высокого суицидального риска являются следующие:**

- 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 синдрома, душевная боль);
- отсутствие социально-психологической поддержки;
- нежелание принимать помощь, сожаления о том, что «еще жив».

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных критериев свидетельствует о высокой вероятности совершения суицидальной попытки.

## **АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ**

Антисуицидальные факторы — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. К ним относятся:

- интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким;
- родительские обязанности;
- выраженное чувство долга и обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья;
- представление о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие творческих планов;
- зависимость от общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих;
- представление о позорности и греховности суицида;
- наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).



## ДИАГНОСТИКА

Диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желая умереть. Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

- к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери;
- разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть;
- самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль;
- несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям человек хотел «выпустить из крови дьявола».

Несмотря на очевидную уникальность каждого случая, самоубийства имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией. Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности и собственной беспомощности, ауто-агрессия, амбивалентное отношение к суициду, искажение воспринимаемой реальности — заикленность на проблеме, «туннельное сознание». Все это приводит к сужению выбора до бегства в суицид.

Диагностика суицидального риска производится по двум направлениям:

- 1) оценка факторов риска суицидального поведения;
- 2) оценка сформированности суицидального поведения у конкретного человека на момент обследования:

- 0 баллов — признаки отсутствуют;
- 1 балл (низкий уровень риска) — отмечаются пассивные суицидальные мысли и фантазии;
- 2 балла (средний уровень риска) — имеются суицидальные намерения и планы;
- 3 балла (высокий уровень риска) — принято волевое решение о суициде, отмечается высокая степень готовности реализовать суицидальный план.

К психодиагностическим методам также относится использование шкал и психометрических опросников.

Среди шкал для взрослых можно рекомендовать:

- шкалу Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (Montgomery–Asberg, 1979);
- шкалу суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, 1977);
- колумбийскую шкалу оценки тяжести самоубийства (C-SSRS, К. Posner, 2009);

– модифицированную шкалу оценки риска суицида (the modified sad persons score) (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 480 от 22.04.2020 «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь»);

– опросник риска суицидального поведения (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 480 от 22.04.2020 «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь»).

Среди шкал и опросников для детей можно рекомендовать:

– карту риска суицида (Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников, 2010);

– шкалу депрессии А. Бека, подростковую версию (Beck Depression Inventory A. Beck, 1961);

– методику «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Шнейдер);

– скрининг-интервью для выявления суицидального риска у детей и подростков (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 480 от 22.04.2020 «О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь»).

## **ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

### **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К САМОУБИЙСТВУ**

Суицидальное поведение у детей до 9 лет встречается крайне редко. У школьников, в основном после 10 лет, уже наблюдается суицидальная активность. Группа суицидентов 7 лет выделена в работах А. Г. Амбрумовой, Л. Я. Жезловой. В исследовании В. Т. Лекомцева, Е. А. Панченко группа суицидентов до 10 лет составила 3 % от общего числа обследованных, из них 0,75 % — дети до 7 лет.

Суицидоопасной является реальная жизненная ситуация: или пренебрежение ребенком, или насилие по отношению к нему. Суицидальное поведение — это ответ на глубинные переживания по поводу связей с окружающими. У детей и подростков в большинстве случаев оно направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных связей с родителями, любимыми, сверстниками. Дети и подростки с суицидальными тенденциями не только испытывают разочарование, уныние, тоску, печаль, но могут проявлять враждебность и агрессию к своему окружению. Очень часто семья и друзья в ответ реагируют негодованием и невольно толкают их на совершение самоубийства.

У детей до 10 лет собственная смерть представляется глубоким сном, смерть близких — длительным отсутствием. При этом дети убеждены, что смерть имеет свой конец и после того, как она закончится, жизнь начнется снова, без прежних трудностей и конфликтов. Дети образно представляют себе свои похороны, горе и раскаяние близких. Они уверены в том, что можно быть свидетелем этого события и увидеть собственными глазами, что все, кого нужно было наказать или разжалобить своей смертью, пребывают в глубоком отчаянии.

Дети с 10 до 12 лет, будучи более зрелыми психически, более социализированными и сведущими в различных областях жизни, имеют сложившееся представление о смерти. Они отдают себе отчет в необратимости смерти, понимают, что умереть — это исчезнуть навсегда. В этом возрасте у детей определяется страх смерти матери и других близких родственников.

Конкретное соотнесение идеи смерти с собственной личностью имеет некоторое своеобразие. При неформальном контакте с суицидентом выясняется, что у ребенка нет убежденности в том, что его смерть — это конец жизни, поэтому нередко дети мотивируют свое суицидальное поведение желанием смерти, полагая, что таким образом они выйдут из тяжелой ситуации, накажут себя и окружающих на какое-то время, но не навсегда. Отсутствие глубокого понимания необратимости смерти, страха перед ней лежит в основе «игры в смерть», когда ребенок, не испытывая отрицательно окрашенных эмоций, легко манипулирует как атрибутами смерти, так и различными поступками, чреватými смертью.

С 12 лет концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти у взрослого. Начиная с этого возраста, человек осознает реальность и необратимость смерти. В связи с этим для раннего детского возраста термины «суицид» и «суицидальное поведение» мало приемлемы.

С 14–15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет. Такое явление связано, в первую очередь, с тем, что суицидальное поведение редко определяется наличием психической патологии: в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции, чаще реакция оппозиции. У подростков же психические расстройства, в особенности аффективная и формирующаяся личностная патология, имеют большое значение в развитии суицидального поведения.

У большинства суицидентов в момент совершения суицида сохраняется амбивалентное отношение к своему желанию умереть, особенно ярко это проявляется в подростковом возрасте. А. В. Курпатов отметил «феномен исключительной непоследовательности суждений, странной противоречивости «показаний» и парадоксальности установок и действий у подростков».

## **ВИРТУАЛЬНАЯ СРЕДА И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ**

Развитие средств связи и стремительный технологический прогресс привели к глобальным изменениям в информационной сфере, коренным образом преобразовали информационное пространство, превратив его в коммуникативное, а средства массовой информации — в средства массовой коммуникации, или масс-медиа. В сети интернет практически не существует механизма сдерживания вербальной агрессии по отношению к оппоненту. Наличие администраторов и модераторов сайтов не может защитить пользователя от потока нецензурных оскорблений и троллинга, обеспечить верификацию информации.

Проблеме влияния интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков в последние годы уделяется пристальное внимание. Среди имеющихся сайтов, распространяющих информацию о суицидальном поведении, можно выделить пропагандирующие ресурсы, ресурсы помощи и ресурсы «нейтрального» отношения к смерти. Пропагандирующие ресурсы поддерживают намерения самоубийства, имеют яркую суицидальную направленность, описывают и «рекомендуют» наиболее «эффективные» способы самоубийства. Очевидно, что такие сайты могут спровоцировать попытку самоубийства у человека, находящегося в кризисном состоянии.

Одной из причин роста суицидов среди подростков называют активизацию «групп смерти» в социальных сетях. Однако данные об «эпидемии» подростковых суицидов не соответствуют действительности. Зависимость увеличения количества подростковых суицидов от деятельности «групп смерти» на сегодня — феномен средств массовой информации. Доказательными научными исследованиями такая корреляционная связь пока не подтверждена.

На первый взгляд, социальная сеть «ВКонтакте» лидирует по количеству сообществ суицидальной направленности. Однако большая часть контента состоит из сообществ и групп, которые в качестве своих целей провозглашают борьбу с суицидом или помощь людям, страдающим от депрессий и склонным к суициду. В название большинства групп входит приставка «анти» («Анти-синий кит»). Контент пополняется постами, посвященными психологической помощи потенциальным самоубийцам, научно-популярными, публицистическими, научными статьями о суициде, рефератами, ссылками на известные кинофильмы, музыкальные и литературные произведения. Незначительная часть информации (около 15 %) представляет собой провокационно-эпатажные материалы, направленные на раскрутку группы, привлечение к ней внимания, увеличения числа подписчиков. Достаточно часто

сообщества, вообще не имеющие отношения к теме самоубийства, используют словосочетания «синий кит» с целью привлечения к себе внимания.

Среди суицидоопасных видов игр особое место занимают «головокружительные игры», связанные с интенсивным, форсированным изменением сознания. Их суть заключается в подчинении разрушительным влечениям, стремлении к гибели, «отключении» инстинкта самосохранения, оторванности от реальности. Примером этому может служить современная молодежная «адреналиновая культура» с ее головокружительными играми (экстремальные селфи, асфиксиофилия, уличные игры «беги или умри», «зацепинг»).

Основная опасность компьютерных и сетевых игр подростков в контексте суицидальной угрозы объясняется особенностями их включения в процесс игры.

### **ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Комплексный анализ работ, посвященных проблеме самоубийства, позволяет выделить следующие факторы риска суицидального поведения в детско-подростковом возрасте:

- нарушение или утрата межличностных отношений, потеря значимого лица (чем хуже у ребенка складываются отношения с его социальным окружением, тем чаще у него появляются мысли о смерти);
- распад семьи; слабая семейная поддержка или ее отсутствие; жестокость, насилие, отверженность в семье (потеря доверительной связи с родителями — сильнейший стимулятор суицидального поведения у ребенка);
- суициды, парасуициды в семейном анамнезе;
- наличие примеров суицида и парасуицида для подражания;
- парасуициды в анамнезе парасуицидента;
- суицидальное фантазирование;
- социальное унижение и изоляция, одиночество;
- проблемы в сексуальной сфере (нежелательная беременность, гомосексуальная ориентация, насилие сексуального характера);
- девиантное и делинквентное поведение (злоупотребление психоактивными веществами, увлечение компьютерными играми);
- проблемы в школе: грубое, оскорбительное отношение учителя; занижение оценок; непонимание душевного состояния школьника; неадекватность воспитательных мер; отсутствие индивидуального подхода к ребенку; отсутствие своевременной помощи даже при обоснованном пропуске занятий; высокие требования (перегрузка); психологическое и физическое насилие; вымогательство;
- кибербуллинг, когда ребенок подвергается оскорблениям и домогательствам со стороны референтной группы, определившей его в качестве

жертвы, вынужден находиться в социальной изоляции, получает прямые угрозы физической расправы или о нем распространяют слухи. В настоящее время в связи с достаточно частым использованием средств виртуальной коммуникации среди детей и подростков такие новые формы агрессии возникают достаточно часто;

- дисморфофобия (глубокая озабоченность мнимыми или незначительными недостатками собственного тела);

- психические и поведенческие расстройства (атипичные депрессивные расстройства; расстройства поведения; расстройства пищевого поведения; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; адаптационные расстройства; формирующееся расстройство личности; шизофрения и шизофреноподобные расстройства);

- дисгармоническое развитие (инфантилизм, акселерация, асинхрония);

- неправильное воспитание (воспитание, вырабатывающее идеальные ригидные высоконравственные установки, которые противоречат реальной жизни, приводят к завышенным требованиям к себе и окружающим, порождают депрессивные реакции, связанные с потерей веры в людей, сопровождающиеся самообвинением).

### **Личностные особенности суицидентов в детско-подростковом возрасте**

Личностные особенности суицидентов в детско-подростковом возрасте следующие:

- импульсивность (проявляется в невозможности ребенка и подростка длительное время обдумывать принятие решения, неспособность предусмотреть последствия совершаемого поступка и смоделировать свое поведение таким образом, чтобы не пострадали собственное самолюбие и интересы);

- эксплозивность (ей нередко объясняется большое количество конфликтных ситуаций различной степени витальности и суицидоопасности);

- эмоциональная неустойчивость (изменение настроения зависит от мимолетных и незначительных впечатлений; в конфликтной ситуации возникают состояния растерянности с элементами тревоги, вегетативными нарушениями);

- высокая внушаемость (проявляется в выраженной способности к сопереживанию и сочувствию, переносу встречающихся в литературе и кино коллизий на себя, к вживанию в образ);

- несамостоятельность мышления (зависимость от мнения окружающих; стремление строить свое поведение по образу и подобию героев книг и фильмов).

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Суициды необходимо дифференцировать с хроническим самоповреждающим поведением у детей и подростков, а также с несчастными случаями.

**Самоповреждающее поведение** относится к стереотипным двигательным расстройствам с нанесением самоповреждений или без него (F98.4; МКБ-10). Самоповреждающее и суицидальное поведения сходны в том, что осуществляется повреждение собственного тела. Отличие заключается в том, что первое, как правило, не преследует цели лишить себя жизни, а главным феноменом при этом является повторное нанесение повреждений.

Термином «стереотипное самоповреждающее поведение» обозначают повторные удары головой, шлепанье себя по лицу, кусание себя, царапанье себя, повреждение с помощью колющего предмета и ножа, нанесение себе ожогов, например, сигаретой.

Самоповреждающее поведение — это не диагноз, а способ поведения, который обычно является компонентом сложной клинической картины различных психических расстройств (например, аутизма, умственной отсталости, психозов, депривационных синдромов, синдромов навязчивости, синдрома Жилия де ля Туретта, нарушений социального поведения, расстройств личности, нарушений пищевого поведения). Часто при этих расстройствах фаза самоповреждающего поведения предшествует суицидальным кризам и сопровождает их.

В целом при подозрении на суицидальное поведение у детей и подростков надо выяснить, имеются ли суицидальные мысли или конкретные представления о суицидальных действиях.

**Несчастные случаи** — ненамеренные самоповреждения и передозировки или самоповреждения лиц, которые не могли понимать значение и последствия поступков.

## КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кризисное вмешательство — это комплекс превентивных и лечебных мероприятий, направленных на снижение суицидального риска и устранение негативных соматических и психосоциальных последствий суицидального акта. Кризисное вмешательство осуществляется врачом любой специальности, находящимся в непосредственном контакте с суицидоопасным пациентом.

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием к ряду следующих мероприятий:

1. Кризисное вмешательство.

2. Информирование родственников о суицидальной опасности или действиях.

3. Обеспечение непрерывного наблюдения за пациентом.

4. Привлечение для консультации психиатра (с согласия пациента).

**Особенности коммуникации при подозрении на суицидальное поведение** следующие:

- сохранять понимающую и вежливую позицию;
- объяснить чувства и поведение человека в кризисе;
- принять то, что не всегда возможно предупредить суицид;
- понимать, что суицид — это не игра и не беспомощная попытка привлечь к себе внимание, относиться к суициду со всей серьезностью;
- говорить с пациентом о его чувствах, иначе его изоляция усилится;
- избегать моральных оценок и директивного тона в беседе;
- проявлять уважение к мнению и ценностям собеседника;
- избегать невыполнимых обещаний;
- иметь в себе мужество задавать нужные вопросы (максимально конкретные);
- избегать принятия решений вместо суицидента.

Часто пациенты высказывают свою удовлетворенность клиническим интервью, что усыпляет бдительность окружающих. Следует помнить, что суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких часов или дней.

В конце клинического интервью следует проговорить поведение пациента в будущих кризисных ситуациях или неразрешенной текущей.

При подозрении на то, что пациент находится в стадии риска, самое лучшее, что можно сделать, — это не заниматься проблемой один на один, а вовлечь других людей (родственники, специалисты службы охраны психического здоровья: психиатры, психотерапевты, психологи).

**Госпитализация в стационар** осуществляется с согласия пациента и показана в следующих случаях:

- при повторных суицидальных попытках;
- наличии психических расстройств;
- высоком риске суицидальных действий;
- устойчивых мыслях о самоубийстве;
- высоком уровне решимости умереть в ближайшем будущем (в течение ближайших часов или дней).

Порядок недобровольной госпитализации определен законом Республики Беларусь № 349-3 от 7 января 2012 г. «Об оказании психиатрической помощи».



## ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Суицидологическая служба имеет 4-ступенчатую организационную структуру: телефон доверия, кабинет суицидолога в психоневрологическом диспансере, кабинет социально-психологической помощи в поликлинике, кризисный стационар. Деятельность службы осуществляется по трем направлениям: предотвращение первичных суицидов; реадaptация лиц, совершивших суицидальные попытки; пропаганда среди населения психогигиенических и правовых знаний о суицидальном поведении.

Телефон доверия для детей — +375 17 263-03-03 (экстренная психологическая помощь). Телефон доверия для взрослых — +375 17 352-44-44 (экстренная психологическая помощь).

Учреждения психиатрического профиля в Минске, где оказывается медицинская помощь суицидентам:

- Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Долгиновский тракт, 152);
- Городской клинический детский психиатрический диспансер (ул. Я. Лучины, 6);
- Городской клинический психиатрический диспансер (ул. Бехтерева, 5);
- 4-я Городская детская клиническая больница, психиатрическое отделение (Шишкина, 24).

## ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В настоящее время мероприятия по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь продолжаются в виде «Комплекса мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.10.2016 г. «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2016–2020 годы».

Профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медицинской, психологической и социальной помощи. Рассматривая все **мероприятия по профилактике** суицидов в комплексе, их можно разделить на следующие:

1. Специализированные психиатрические мероприятия.
2. Психологические коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов.

3. Общемедицинские лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки.

4. Социальные мероприятия, содержанием которых являются изменения социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов.

5. Информационно-обучающие мероприятия, проводимые для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, диагностике аффективных расстройств и других суицидоопасных психических расстройств (создание специальных программ для студентов медицинских вузов, врачей общей медицинской практики, психологов).

6. Информационно-корректирующие мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни; недопустимость преждевременного ухода из жизни; информирование населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи, служб, оказывающих помощь в кризисной ситуации.

7. Образовательные мероприятия, направленные на повышение уровня грамотности населения относительно проявлений психических и поведенческих расстройств и методов помощи при них.

8. Просветительские мероприятия, нацеленные на выборочные группы, потенциально подверженные суицидальному риску:

– лица, подвергшиеся жестокому обращению, получившие психологическую травму, пережившие военные конфликты или бедствия (В. М. Лыткин, В. В. Нечипоренко, 2014);

– беженцы и мигранты (К. Ratkowska, D. De Leo, 2013);

– коренные народности, особенно имеющие сниженную толерантность к алкоголю и/или предрасположенность к суицидальному поведению, например представители финно-угорской группы (Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий, 2003);

– заключенные и находящиеся под стражей лица (П. В. Кузнецов, 2014; Е. В. Вальздорф, Н. Ю. Рожкова, 2014);

– представители ЛГБТИ-сообщества: лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы (С. И. Ворошилин, 2012; Н. Н. Петрова, М. С. Задорожная, 2013);

– лица, пережившие утрату близких вследствие их суицида или оказавшиеся под его эмоциональным воздействием (М. Szumilas, S. Kutcher, 2011);

9. Мероприятия, проводимые для контроля адекватности информации о суицидальном поведении, содержащейся в средствах массовой информации (журналы, телевидение, радио, интернет-сайты, социальные сети).

10. Мероприятия, включающие строгий учет рецептурных препаратов и контроль доступности лекарственных средств для ближайшего окружения лиц, принимающих терапию.

Лица, подверженные риску самоубийства, редко самостоятельно обращаются за помощью. Тем не менее в их поведении можно выявить факторы риска и заметить уязвимость.

Одним из наиболее перспективных вариантов первичной профилактики суицидального поведения является включение в работу по выявлению и направлению к специалистам суицидальных лиц так называемых «вахтеров». «Вахтером» является любой, кто в состоянии определить у человека суицидальные намерения. В число важнейших потенциальных «вахтеров» входят: работники служб психиатрической и экстренной медицинской помощи; учителя и другие сотрудники школ; работники милиции, пожарные и представители других служб экстренного реагирования; офицеры Вооруженных сил; социальные работники; духовные и религиозные лидеры; работники кадровых служб и менеджеры.

**Основные задачи профилактики** суицидального поведения детей и подростков следующие:

- развитие антисуицидальных сайтов, разработка антисуицидальных игр, обеспечивающих общение с подростками на их языке;
- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- построение с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением их понять и оказать им помощь;
- наблюдение и умение своевременно распознавать признаки суицидальных намерений или замечать изменения в поведении;
- оказание помощи в учебе учащимся с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий;
- дестигматизация психических и поведенческих расстройств;
- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами;
- проведение мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства;
- формирование позитивных потребностей;
- развитие способности любить и быть любимыми;
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению (кружки по интересам, спортивные секции, экскурсии, турпоходы, благотворительные акции и т. п.);
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах;
- формирование умения занять себя и трудиться;
- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самоубийство является сложным многоплановым явлением, привлекающим внимание специалистов службы охраны психического здоровья, врачей-интернистов, школьных психологов и педагогов, социологов и в целом всех людей. В настоящее время суицид представляет собой серьезную проблему общественного здоровья, требующую постоянного внимания.

В современной науке суицидальное поведение рассматривается как следствие дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микро-социального конфликта. Центральную роль в возникновении суицидального кризиса личности могут играть конфликты, обусловленные спецификой трудовой деятельности, семейных отношений, связанные с асоциальным поведением человека, состоянием здоровья или материально-бытовыми трудностями. Суицидальное поведение строится на основе межличностного или внутриличностного конфликта. Непременным условием для этого служит особая личностная предрасположенность, вследствие которой индивид не в состоянии справиться с актуальной проблемой.

Авторы считают, что на всех уровнях профилактических мероприятий наиболее важным аспектом является межведомственное взаимодействие. Приоритетным направлением выступает уточнение функциональных обязанностей специалистов (психиатры, психологи, врачи общей практики) и лиц, контактирующих с основными группами суицидального риска (учителя, социальные работники в школе, милиционеры).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Потенциальные* и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г. С. Банников [и др.] // Суицидология. 2015. Т. 6, № 4 (21). С. 21–32.
2. *Попов, Ю. В.* Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. 366 с.
3. *Здоровье* подростков мира : второй шанс во втором десятилетии. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2014. 20 с.
4. *Анцупов, А. Я.* Конфликтология : учеб. для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. 6-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2015. 528 с.
5. *Гудман, Р.* Детская психиатрия : пер. с англ. / Р. Гудман, С. Скотт. 2-е изд. Москва : Триада-Х, 2008. 405 с.
6. *Егоров, А. Ю.* Расстройства поведения у подростков : клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. Санкт-Петербург : Речь, 2005. 436 с.
7. *Змановская, Е. В.* Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. Санкт-Петербург : Питер, 2010. 352 с. (Серия «Учебное пособие»).
8. *Иовчук, Н. М.* Детская социальная психиатрия для не психиатров / Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 416 с.
9. *Кузнецов, М. Т.* Социология и психобиология самоубийства / М. Т. Кузнецов, Ю. М. Бубнов, Б. М. Гольдинберг. Минск : Право и экономика, 2006. 219 с.
10. *Шустов, Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. Москва : Когито-Центр, 2004. 214 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
История суицидологии .....	4
Психопатологические и психологические механизмы суицидального поведения .....	5
Суицидальное поведение. Основные понятия .....	6
Классификация суицидальных проявлений .....	7
Мотивы суицидального поведения.....	11
Суицидоопасные психические и поведенческие расстройства.....	12
Предрассудки и факты о суициде.....	12
Оценка суицидального риска.....	14
Антисуицидальные факторы .....	15
Диагностика.....	16
Особенности суицидального поведения детей и подростков.....	17
Возрастные особенности отношения к самоубийству .....	17
Виртуальная среда и социальные сети как фактор влияния на суицидальное поведение подростков .....	19
Факторы риска суицидального поведения детей и подростков.....	20
Личностные особенности суицидентов в детско-подростковом возрасте.....	21
Дифференциальная диагностика .....	22
Кризисное вмешательство.....	22
Организация суицидологической службы в Республике Беларусь .....	24
Профилактика суицидального поведения.....	24
Заключение .....	27
Список использованной литературы.....	28

Учебное издание

**Алыко** Татьяна Николаевна  
**Григорьева** Наталия Константиновна

# **СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский  
Редактор О. В. Лавникович

Подписано в печать 23.06.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Херох office».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,48. Тираж 59 экз. Заказ 298.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0844-7



9 789852 108447