

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ



Лекция 2

Суицидальное поведение

- **любые внутренние (включая вербальные) и внешние** формы психических актов, направляемые представлениями **о лишении себя жизни**
- внутренние формы суицидального поведения включают в себя **суицидальные мысли, представления, переживания и суицидальные тенденции**, разделяющиеся, в свою очередь, на **замыслы и намерения**
- Эти понятия отражают различия в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов и представляют собой шкалу их глубины или готовности перехода во внешние формы суицидального поведения

(Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980)

Этапы формирования суицида (формы внутреннего поведения)

- ▣ **Антивитальные переживания** – отрицание жизни без четких представлений о собственной смерти
- ▣ **Пассивные суицидальные мысли** – представления, фантазии на тему своей смерти, без конкретизации в плане лишения себя жизни
- ▣ **Суицидальные замыслы** – активизация проявления суицидальности, которая сопровождается аффективной напряженностью. Разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место акта
- ▣ **Суицидальные намерения** – принятие решения о самоубийстве. Предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего

Пресуицидальный период

- Острый пресуицид
- Хронический пресуицид
- Аффективно-напряженный тип
- Аффективно-редуцированный тип
(«холодные самоубийства отрицательного баланса»)

Пресуицидальный период

- Предшествует этапу непосредственных суицидальных феноменов
- Характеризуется сдвигом психофизиологического функционирования и изменением содержания психической жизни
- Выступает фоном и для возникновения антивитаальных переживаний, и для конкретной **суицидальной идеации**

Ангедония

- потеря способности переживания радости, счастья
- своеобразный общий радикал психической жизни пресуицидального периода
- «неспецифический дефицитарный синдром» - недепрессивное аффективное расстройство, важнейшим проявлением которого и выступает ангедония («неохота», «отвращение», а точнее — «нет радости»)



«Зло, овладевшее нами, не зависит от места, — оно в нас самих; мы стали бессильны, мы не способны чувствовать боль, утратили возможность наслаждаться. Сколько людей призывают смерть после того, как, испытав все, не находят ничего нового. Жизнь, свет — становятся для них в тягость; и даже среди радостей они восклицают: как? Все то же!»

СЕНЕКА Луций Анней

(1 н.э. - 65 н.э.), римский государственный деятель, писатель, философ, крупнейший представитель позднего стоицизма

Ангедония досуицидального периода

- не является непосредственной детерминантой суицида
- сдвиг в психической жизни человека, характеризующийся достаточно устойчивым снижением настроения и определенным ограничением возможного диапазона эмоционального реагирования
- это не только симптом психического расстройства, но и характеристика психической жизни человека, часто возникающая в ответ на констелляцию неблагоприятных факторов (не всегда являющихся суицидогенными и приводящими к возникновению суицидальных тенденций)

Колебания настроения

- **нормальные колебания настроения**
- **устойчивые изменения настроения**
- **устойчивые изменения настроения, влияющие на жизнедеятельность человека – депрессивный эпизод**

Симптоматика депрессивного эпизода по МКБ-10 (F 32)

Основные симптомы

- ▣ Сниженное, подавленное настроение (вне зависимости от ситуации)
- ▣ Снижение или утрата интересов и способности испытывать удовольствие
- ▣ Снижение активности и повышенная утомляемость

Дополнительные симптомы

- ▣ Снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться
- ▣ Сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе
- ▣ Идеи виновности и самоуничижения
- ▣ Мрачное и пессимистическое видение будущего
- ▣ Повторяющиеся мысли о смерти, действия по самоубийству или самоповреждению
- ▣ Нарушения сна
- ▣ Нарушения аппетита (с изменением массы тела)

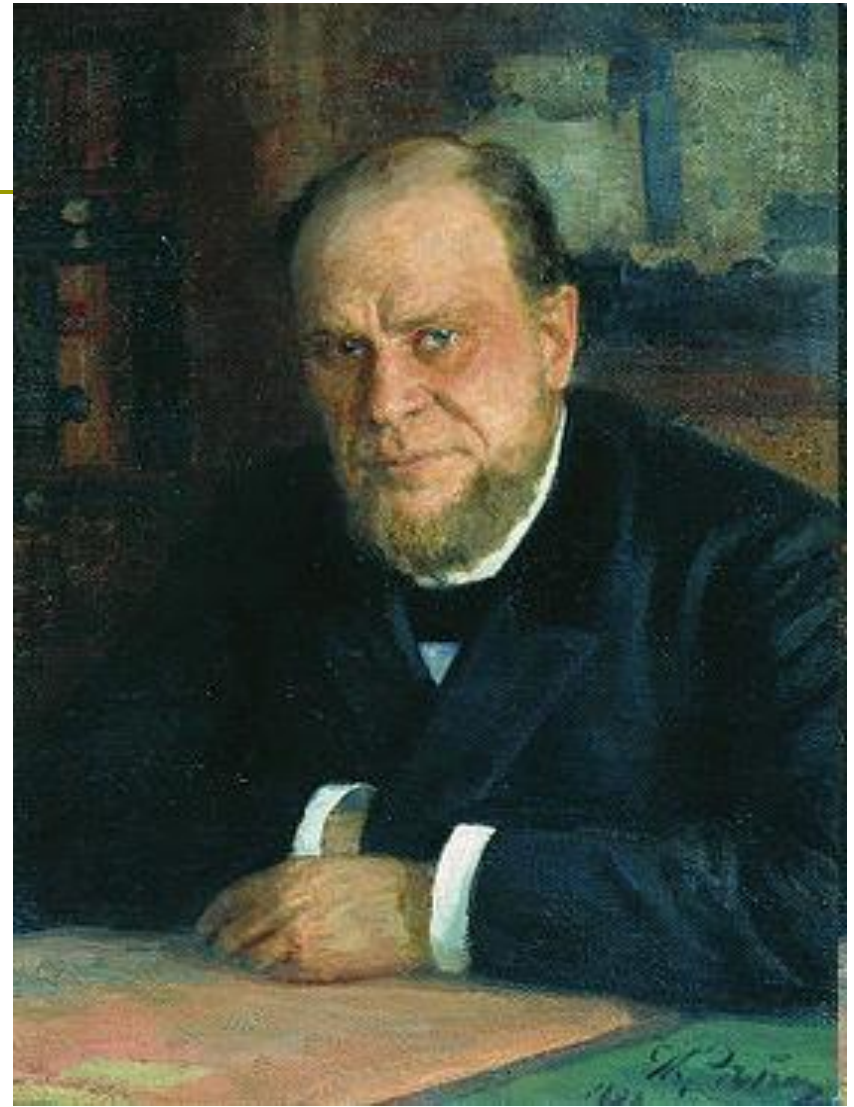
Степень тяжести депрессивного эпизода	Симптомы депрессивного эпизода
Легкая	Обязательное наличие двух основных и двух дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной работы и поддержание привычного уровня социальной активности, но социальное функционирование в целом не нарушено
Умеренная (средняя)	Обязательное наличие двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной деятельности и поддержание привычного уровня социального функционирования
Тяжелая (без психотических симптомов)	Обязательное наличие трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из которых имеет значительную выраженность. Выраженное ограничение или полное прекращение обычной деятельности,

Устойчивое снижение настроения с явлениями ангедонии очень часто встречается в рамках таких хронических аффективных расстройств, как **ДИСТИМИЯ** и **ЦИКЛОТИМИЯ** (вне приступов обострения болезни или фаз), в начале или на выходе из депрессивных эпизодов или других психических расстройств, в первую очередь **шизофренического спектра**. Однако и в начальных стадиях шизофрении, и тем более на этапе развернутой болезни, и в исходных состояниях ангедония может быть связана не только с устойчивым снижением настроения, но и с обеднением (вплоть до исчезновения) эмоционального реагирования вообще

Анатолий Фёдорович Кóни —
русский юрист, судья, государственный и
общественный деятель, действительный
тайный советник, член Государственного
совета Российской империи

«житейские драмы
подтачивают жизнь
постепенно, возбуждая
сменой тщетных надежд и
реальных разочарований
сначала *горечь* в душе, потом
уныние и, наконец, скрытое
отчаяние, под влиянием
которого человек опускает
руки, и затем поднимает их
на себя»

(1923)



Типы суицидентов

- **Искатели смерти** — это люди, имеющие во время совершения суицидальной попытки твердое намерение покончить с собой
- **Инициаторы смерти** — самоубийцы, уверенные в неизбежности достаточно скорой смерти, а совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс (суициды неизлечимо больных людей)
- **Отрицатели смерти** руководствуются во время самоубийства сложными соображениями (религиозного или иного характера), смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни (добровольные уходы из жизни представителей различных религиозных сект, отдельные суициды психически больных)
- **Игроки со смертью** обнаруживают противоречивость и двойственность чувств по отношению к необходимости собственной смерти («русская рулетка»)
(Э. Шнейдман)

Суицидальные замыслы

- **Импульсивный**
- **Развернутый**
- **Смешанный**

Особое состояние сознания

- пресуицид часто сопровождается явлениями психогенной деперсонализации и нарушениями ориентировки в конкретной ситуации
- «реакция короткого замыкания»
- близко к состоянию аффекта (аффективно суженное сознание)

Антисуицидальные факторы

препятствуют формированию суицидального намерения и непосредственной реализации суицидального замысла

- могут быть связаны с моментами этнокультурального и личного характера
- эмоциональное отношение к родителям или детям
- эстетические чувства
- страх боли или физических страданий, боязнь остаться инвалидом в случае неудавшегося суицида

«Задерживающее» действие антисуицидальных факторов, сама возможность их включения в психическую жизнь человека с возникшими суицидальными замыслами определяется не только его личностными особенностями, но констелляцией суицидогенных факторов и формирующимся на этой основе состоянием

Суицидальные намерения

«Первое, о чем я подумал, как сделать так, чтобы умереть без мучений. Разумеется, самый лучший способ для этого — повеситься. Но стоило мне представить себя повесившимся, как я почувствовал переполняющее меня эстетическое неприятие этого... Не удастся мне достичь желаемого результата и утопившись, так как я умею плавать. Но даже если паче чаяния мне бы это удалось, я испытаю гораздо больше мучений, чем повесившись. Смерть под колесами поезда внушает мне такое же неприятие, о котором я уже говорил. Застрелиться или зарезать себя мне тоже не удастся, поскольку у меня дрожат руки. Безобразным будет зрелище, если я брошусь с крыши многоэтажного здания. Исходя из этого, я решил умереть, воспользовавшись снотворным. Умереть таким способом мучительнее, чем повеситься. Но зато не вызывает такого отвращения, как повешение, и, кроме того, не таит опасности, что меня вернут к жизни; в этом преимущество такого метода...»

(Акутагава Рюноске)

Способы

- ▣ **Повешение.** Именно этот способ ухода из жизни выбирает большинство самоубийц
- ▣ **Огнестрельное оружие.** В США, где оружие легкодоступно, 60% самоубийц умирает именно от пули. В Канаде, где оружие менее доступно, с его использованием происходит 30% суицидов. А в Австрии, где торговля оружием запрещена - всего 4%
- ▣ **Отравление.** От передозировки лекарственных средств погибает 15-18% самоубийц. В Китае, большой процент самоубийц кончает с собой с помощью пестицидов, где они легкодоступны
- ▣ **Падение с высоты** – преимущественно в крупных городах
- ▣ **Автоцид.** Считается, что большой процент фатальных *ДТП* с единственной жертвой – фактически суициды

АЛКОГОЛЬ

- часто играет роль «спускового крючка» при длительно существующем эмоциональном напряжении
- суицид приобретает характер «молниеносного», неожиданного и малопонятного для окружающих
- алкогольное опьянение в одних случаях может предшествовать появлению суицидальных замыслов, в других — облегчить реализацию намерений («напиться смелости»)
- и при недостаточной выраженности суицидальной интенции, и даже при практическом отсутствии истинного намерения покончить жизнь самоубийством (демонстративно-шантажном суициде) алкогольное опьянение может способствовать летальному исходу и в случаях относительно безопасных (с точки зрения возможности наступления смерти) аутоагрессивных действий

Периоды в развитии постсуицидального состояния

- ▣ **ближайший постсуицид** – первая неделя после совершенной попытки
- ▣ **ранний постсуицид** – от недели до месяца после попытки
- ▣ **поздний постсуицид** – последующие 4-5 месяцев

- в рамках легких и умеренных депрессий исчезновение после покушения на самоубийство суицидогенного (по крайней мере, выступающего как мотивационная составляющая суицида) конфликта приводит чаще всего и к **исчезновению суицидальных тенденций**
- в большой степени это характерно для суицидов, совершаемых лицами с расстройствами **зрелой личности** (психопатиями), **акцентуантами** или психически здоровыми в рамках так называемых **акцентуированных характерологических реакций**: эгоцентрического переключения, психалгии, негативных интерперсональных отношений, отрицательного баланса и смешанных реакций

При сохранении актуальности конфликта

часто возникает понимание того, что суицид — это не решение проблемы, что необходимы поиски иного выхода из тупика, по-прежнему существующего в рамках «призмы индивидуального видения» человека, пытавшегося покончить с собой.

При сохранении актуальности конфликта

Несмотря на критическое отношение с суициду и нередкое сожаление по поводу случившегося, сохранение конфликта при наличии сопутствующих суицидогенных факторов всегда несет потенциальную угрозу рецидива суицидальных тенденций.

Большое значение в случае повторного суицида имеет существующий опыт неудавшегося самоубийства, поэтому подобное развитие ситуации в постсуицидальном периоде резко увеличивает угрозу летального исхода

Вариант динамики суицидальной идеации

- после реального неудавшегося суицида формируется **демонстративно-шантажное поведение** в виде угрозы покончить жизнь самоубийством
- Непосредственных суицидальных замыслов и намерений, несмотря на сохраняющийся микросоциальный конфликт, здесь нет
- Отношение к совершенному суициду трансформировалось в специфический способ влияния на окружающую обстановку
- Суицидальная идеация присутствует в переживаниях как основа для так называемого **демонстративно-шантажного суицида**, но не сопровождается выраженным и однозначным суицидальным намерением

Демонстративно-шантажный суицид

- заведомо отсутствует намерение ухода из жизни
- обнаруживается демонстрация этого с целью изменения ситуации в благоприятную для себя сторону

Вариант динамики суицидальной идеации

- Наиболее сложный вариант, при котором **сохраняются и актуальность конфликта, и суицидальные тенденции** в виде четко выраженных замыслов и намерений
- Отсутствие критики к покушению на самоубийство и сохраняющаяся актуальность конфликта не всегда предъясняются в непосредственном виде обоснований суицида
- Соккрытие или отрицание суицида вообще («ошибка, несчастный случай, случайная передозировка, демонстрация» и тому подобные объяснения произошедшего)
- Психотравмирующая ситуация в подобном случае может подаваться как утрированно-идеальная или «нормальная»

Вариант динамики суицидальной идеации

- **Соккрытие имевшего место суицида** возможно и при появившейся в постсуицидальном периоде критике
- Характерно специфическое эмоциональное отношение к совершенной суицидальной попытке, появление раскаяния или стыда перед окружающими и самим собой («за минутную слабость»)

ВАЖНО!

При сохранении суицидальных замыслов и намерений (вне зависимости, в рамках какого состояния и расстройства) в силу максимальной выраженности риска самоубийства пациент должен находиться в **условиях строгого надзора**, исключающего возможность повторения суицида

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- ▣ **Призыв** («крик о помощи») – один из наиболее частых вариантов личностного смысла суицидального феномена
- ▣ **Отказ от жизни** как своеобразная форма выхода из практически неразрешимой ситуации
- ▣ **Протест**, при котором часто возникают определенные сомнения в истинности намерения покончить жизнь самоубийством
- ▣ **Суицид-месть** – это последствие, ответ на ситуацию, исправить которую уже невозможно
- ▣ **Стремление избежать наказания** – при этом тяжесть совершенного человеком действия криминального характера часто оказывается существенно преувеличенной в его собственных глазах
- ▣ **Суицид-самонаказание** всегда происходит на фоне сниженного настроения, но далеко не всегда это снижение четко укладывается в клинически очерченное понятие депрессивного синдрома
- ▣ **Отказ от жизни** – в данном случае цель конкретных

**СУИЦИДАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ
С ПОГРАНИЧНОЙ
ПСИХИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ
И ПСИХИЧЕСКИ
ЗДОРОВЫХ**

-
- 85% составляют больные с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые лица с ситуационными реакциями
 - психопатические личности – 25%
 - алкоголизм – 19%
 - реактивные состояния – 14,5%
 - непатологические ситуационные реакции практически здоровых лиц – 13,5%
 - ситуационные реакции у здоровых лиц – 13-14 %.



«Самоубийство само по себе не является признаком психической аномалии. Однако большинство самоубийств совершается представителями характерологических типов, интересных с точки зрения психопатологии, а также людьми, страдающими теми или иными известными заболеваниями. Поэтому статистика самоубийств дает некоторое представление о частоте аномальных психических состояний в целом».

Карл Ясперс
(1883-1969) Немецкий философ, представитель религиозного экзистенциализма, психиатр

Одним из основных факторов суицидального риска являются хронические соматические заболевания, особенно у лиц пожилого возраста. Риск покушения на самоубийство резко повышается в случае возникновения на фоне соматического заболевания сниженного настроения, остающегося в пределах психического здоровья или расстройства пограничного круга: кратковременной или пролонгированной депрессивной реакцией и дистимией



«Та промежуточная полоса, которая отделяет душевное здоровье от душевной болезни и которая в то же самое время и соединяет друг с другом эти две формы человеческого существования, оказывается необычайно широкой, а две границы, которые отделяют ее,— одна от здоровья, другая от болезни — оказываются крайне неустойчивыми и крайне неопределенными».

**Петр Борисович
Ганнушкин**
(1875-1933), русский

Критерии психического здоровья

(определение ВОЗ)

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической деятельности и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать это;
- способность изменять манеру поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Влияние соматической болезни

- «физическое» влияние
- психотравмирующее влияние
- «призма индивидуального видения»
- восприятие индивидуумом внутренней картины болезни
- отношение к проявлениям заболевания, перспективам лечения и исходу
- Эвтаназия?????

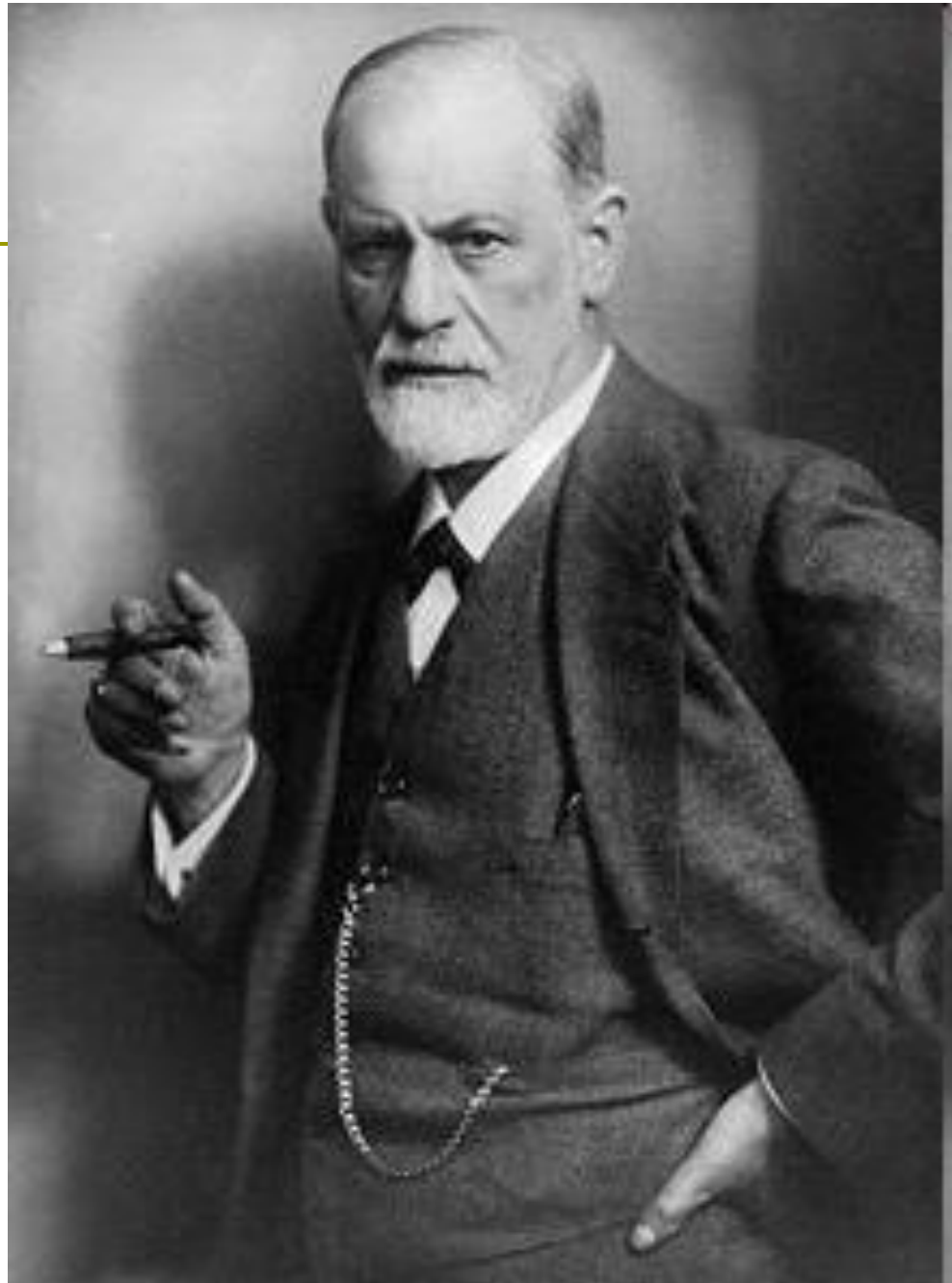


Георг V (1865-1936) —
король Соединенного
Королевства
Великобритании и
Ирландии

Последние годы жизни Георг V хронически болел лёгочными заболеваниями, и несколько раз его состояние становилось крайне тяжёлым. Умер Георг V в 1936г. Лишь 50 лет спустя стало известно, что его лейб-медик барон Бертран Доусон совершил эвтаназию впавшего в кому после тяжёлого бронхита короля, собственноручно введя ему морфин и кокаин

Зигмунд Фрейд (1922 год)

Мучительно страдая от рака полости рта, в 1939г. он попросил своего врача и друга Макса Шура помочь ему совершить эвтаназию, идея которой была в то время достаточно популярной. Тот дал ему тройную дозу морфина, от которой Фрейд умер 23 сентября в возрасте 83 лет.



Критерии многоосевой диагностики

- **Ось 1** — клинические синдромы или состояния, имеющие значение для исследования и лечения больного
- **Ось 2** — расстройства личности; умственная отсталость
- **Ось 3** — соматические заболевания
- **Ось 4** — психосоциальные проблемы
- **Ось 5** — уровень социальной адаптации в течение года

**СУИЦИДАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ
И АФФЕКТИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА
НАСТРОЕНИЯ
(ДЕПРЕССИИ)**

Факторы риска, связанные с психическими расстройствами

- депрессивное расстройство
- биполярное расстройство
- шизофрения
- злоупотребление психоактивными веществами

**Депрессия – это
хроническое
расположение к
самоубийству**

(Ольхин П. М., 1859)

Данные Американской суицидологической ассоциации

- Каждый **одинадцатый** больной с депрессивным расстройством умирает от суицида
- Риск самоубийства среди пациентов с депрессией в **20 раз выше**, чем в общей популяции населения
- Среди больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере, суицидальный риск в среднем в **35 раз выше**, чем в общей популяции
 - при реактивной депрессии риск выше **в 100 раз**
 - при биполярном аффективном расстройстве — **в 48 раз**

ВАЖНО!

Большая часть депрессивных расстройств (включая и сопровождающиеся суицидальными феноменами) относится к разряду излечимых заболеваний, следовательно, своевременное распознавание как депрессии, так и суицидальных тенденций — это важнейший фактор предотвращения трагического исхода

Суицидальные факторы

- духовно-личностные феномены
- социально-средовые феномены
- клинические феномены

Для анализа этого ряда факторов используются принципы многоосевой диагностики. При этом участие того или иного компонента анализа проходит под знаком наличия депрессивного состояния (1-я ось многоосевой диагностической системы)

Критерии многоосевой диагностики

- **Ось 1** — клинические синдромы или состояния, имеющие значение для исследования и лечения больного
- **Ось 2** — расстройства личности; умственная отсталость
- **Ось 3** — соматические заболевания
- **Ось 4** — психосоциальные проблемы
- **Ось 5** — уровень социальной адаптации в течение года

Суицидогенность дополнительных факторов определяют

- Характер депрессивного состояния (глубина депрессии, наличие и выраженность той или иной симптоматики и другие моменты клиники)
- Психосоциальные факторы – в случае относительно неглубоких депрессий
- Тяжелые депрессивные эпизоды (тем более протекающие с психотическими симптомами) практически изолированы от подобных воздействий

Роль психосоциальных факторов

- патопластическое влияние на клинику, включая участие в формировании суицидальных тенденций
- ведущее звено этиопатогенеза реактивных депрессий
- своеобразный провоцирующий механизм депрессивных расстройств различного генеза (в рамках т.н. эндогенных заболеваний, сосудистых, инволюционных и других форм психической патологии)

Психосоциальное воздействие, выступая как стрессогенный фактор, приводит к развитию

- **кратковременных депрессивных реакций** (транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее по длительности 1 месяца)
- **продолжительных депрессивных реакций** (продолжительность не более двух лет)
- **дистимии** (продолжительность более

Значение сопутствующей психической патологии

- Суицидальный риск при наличии **коморбидных заболеваний** существенно возрастает
- Наличие **алкоголизма** и **наркомании** среди больных с различными видами депрессивных расстройств увеличивает опасность возникновения суицидальных тенденций
- Имеется и обратная зависимость: основным видом психической патологии у больных алкоголизмом на протяжении жизни являются **депрессивные и тревожные расстройства**

Чувство безнадежности

- «общий знаменатель депрессии и суицида»
- **безнадежность** — более чувствительный показатель суицидальных намерений, нежели сама по себе депрессия. Именно вследствие переживания безнадежности депрессивные больные рассматривают суицид как единственный выход из создавшейся ситуации

Группа А. Показатели реальной опасности суицида

- Попытки самоубийства в прошлом, сообщения о намерениях
- Случаи самоубийства в семье или в близком окружении
- Прямые или косвенные угрозы покончить жизнь самоубийством, которые внешне могут носить демонстративный характер
- Заявления о конкретных способах самоубийства и признаки его подготовки
- Внешнее успокоение («зловещий покой») после многочисленных суицидальных высказываний и беспокойства
- Сновидения с картинками самоубийства, падения с высоты, гибели в автотранспорте или самолете

Группа Б. Особенности психического состояния и здоровья в целом

- Тревожно-ажитированное состояние
- Длительные нарушения сна
- Длительно подавляемые аффективные реакции
- Начало или окончание депрессии, смешанные состояния
- Периоды биологических кризов (пубертат, беременность и др.)
- Тяжелое чувство вины и несостоятельности
- Неизлечимые болезни или ипохондрический бред
- Алкоголизм и наркомании (токсикомании)

Группа В. Внешние факторы

- Разрушение семьи в детстве
- Отсутствие и потеря межличностных контактов (одиночество)
- Служебные и финансовые трудности
- Отсутствие идеалов и целей в жизни
- Отсутствие или утрата религиозных устоев

Приведенные факторы свидетельствуют о повышенном суицидальном риске вне зависимости от характера наблюдающейся в пресуицидальном периоде психической патологии или при ее отсутствии. Однако при наличии депрессивного состояния роль любого из этих факторов существенно возрастает. Психосоциальные факторы, существенно не нарушающие адаптации пациента вне депрессии, приобретая эмоциональную окраску в соответствии с имеющимся настроением, становятся смыслообразующим элементом суицидальных тенденций.

По мере углубления депрессии психологически понятный «крик о помощи» начального этапа (как возможный способ разрешения неблагоприятной ситуации) сменяется отказом от жизни, «логика» которого и связанное с этим суицидальное поведение определяются уже чувством безнадежности и бесперспективности и болезненно измененным мышлением. В этих случаях суицид нередко теряет свою «логическую обоснованность и понятность».

Пример – «расширенный суицид».

Значение оценки уровня социального функционирования

- **Н**еобходимо учитывать уровень социальной адаптации в течение истекшего года (ось 5 многоосевой диагностической системы), т.к. возможности адаптации являются показателями тяжести депрессивного расстройства
- **В** одних случаях наличие симптомов депрессии только затрудняет, но не лишает больного трудоспособности и возможности поддержания нормальных взаимоотношений с окружающими (включая семью)
- **В** других случаях выраженный субъективный дистресс оказывается серьезным препятствием для выполнения работы и общения с близкими

Суицидогенные признаки болезни

- длительная мучительная бессонница
- тревожно-ажитированное состояние
- бред самообвинения
- бред греховности
- ипохондрический бред
- чувство безнадежности
- отчаяние
- беспомощность

Особенно опасно

наличие при аффективных расстройствах смешанных состояний, связанных с элементами маниакального синдрома в рамках депрессии. Суицидогенное значение тревожно-ажитированных состояний резко возрастает. Особое значение тревожных состояний, сочетающихся с усилением двигательной активности, во время формирования суицидальных тенденций обнаруживается в начальных стадиях развития болезни.

Молниеносный суицид

- период от зарождения суицидального замысла до его реализации очень короткий
- внешняя «безмотивность» объясняется относительной невыраженностью депрессивной симптоматики, отсутствием жалоб на тяжелые, непереносимые переживания, упорядоченным поведением и даже отсутствием нарушений функциональной адаптации до момента совершения суицидальной попытки
- только суицид выявляет наличие депрессивного расстройства, проявившегося ранее в чувстве дискомфорта, соматизированной и невротоподобной симптоматике; подобный суицид выступает как своеобразный «проявитель» скрытой ранее болезни и сам по себе является показателем тяжести депрессии, протекавшей ранее без так называемых классических признаков депрессивного синдрома

**СУИЦИДАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
И БРЕДОВЫХ
РАССТРОЙСТВАХ**

Актуальность проблемы

- больные шизофренией составляют большинство стоящих на учете в ПНД
- суицидальный риск у них в 32 раза выше, чем в общей популяции населения
- около 50 % больных шизофренией за 20-летний период времени совершают суицидальные попытки, из которых 13% оказываются завершенными
- сложность оценки суицидального поведения

Трудности диагностики

- в одних случаях суицид обусловлен психопатологической симптоматикой
- в других определяется внеклиническими явлениями даже при наличии достаточно выраженных признаков психического расстройства
- особый характер переживаний, испытываемых больными шизофренией (тревожно-депрессивные переживания, состояния растерянности, возникающие на этом фоне чувства безнадежности, беспомощности и страха, выступающие основой формирования суицидальных тенденций)

Первичный (манифестный) суицид инициального периода выступает как момент ее развития, переводящий субъективные переживания продрома и этапа формирования психопатологических феноменов в плоскость социального эффекта начинающегося психического расстройства

Расстройства личности и суицид

Расстройства личности

- Повышенная склонность к «незаконченному самоубийству» (суицидальные угрозы, самоповреждения и попытки)
- Демонстративный характер суицида
- Прогноз наиболее благоприятный
- Возможность завершения

Высокий суицидальный риск

- Пограничное расстройство личности
- Антисоциальная личность
- Личность с выраженным нарциссизмом
- Истерическая личность
- Ананкастная личность

Пограничное расстройство личности

- Нарушение Я-идентичности
- Чувство одиночества
- Трудности в сохранении межличностных отношений
- Постоянные внутренние противоречия
- Психологическая защита – механизм диссоциации, в результате все делится на хорошее и плохое
- Характерна алекситимия, трудности в различении своих эмоций и эмоций окружающих, реального и воображаемого
- Самооценка колеблется от низкой до переоценки
- Суицид развивается в состоянии ярости и отчаяния при разрыве отношений со значимым другом, при изменении стереотипа жизни

Антисоциальная личность

- Подобна пограничной
- Дефекты в развитии моральных и этических ценностей
- Недостаток эмпатии, выраженный эгоцентризм, презрение к окружающим
- Агрессивность, склонность к импульсивности, эмоциональная неустойчивость
- Суициды совершаются в состоянии ярости при угрозе наказания

Личность с нарциссическими наклонностями

- Постоянное раздвоение между стремлением доказать свою неординарность, превосходство и переживанием стыда, ненависти и страха при угрозе срыва своих устремлений
- Соответственно окружающие делятся на тех, которые способствуют их возвышению, и тех, которые не разделяют их точку зрения
- Характерны вспышки гнева и агрессии
- Суицидальное поведение формируется при утрате социальных позиций, внешней привлекательности в связи с болезнью, падением престижа и др., которые создавали иллюзию его необыкновенности

Истерическая личность

- Преувеличенная эмоциональность и стремление привлечь к себе внимание
- Недостаточная способность и желание разбираться в эмоциях и потребностях окружающих
- Как следствие – конфликты и разочарования, приводящие к депрессии
- Суицид – после глубоких разочарований, при переживании своей ненужности (одиночество, смерть любимого человека, падение престижа)

Истериическая личность

- Преобладают женщины зрелого возраста
- Часты повторные суицидальные попытки, которые утяжеляются в период инволюции
- Преобладают отравление и самоповешание
- Чаще – демонстративно-шантажные и в форме «призыва»
- Конфликт реальный, имеет внешний характер
- Ведущие сферы конфликта – личная и семейная
- Содержание конфликта:
 - несправедливое отношение
 - потеря значимого лица
 - препятствие к удовлетворению актуальной потребности

Ананкастные личности

- Хорошо организованы, совестливы, ответственны; замкнуты, недостаточно коммуникативны
- Характерно стремление к постоянному совершенствованию
- Расхождение между потребностью и достигнутой целью, ожидание возможности провала приводит к фрустрации, депрессии
- Суицид вызывают крах ценностных установок, отсутствие перспектив восстановления прежнего благополучия

Для всех психопатий характерно

- Недостаточность мотивов суицидальных поступков
- Несоответствие между силой психотравмирующего фактора и выраженностью реакции на него
- Факторы, оказывающие суицидогенную роль:
 - гиперопека и дискриминация личности
 - чувство одиночества
 - заброшенность
 - сексуальные конфликты
 - ситуации следствия и заключения

Возбуждаемые психопатии

- Повторные суицидальные попытки превращаются в единственную форму реагирования на психотравмирующую ситуацию
- Пресуицидальный период короткий (несколько минут/часов)
- Протест, избегание, призыв
- Способы – самопорезы, колото-рубленые повреждения, отравления
- Конфликт реальный и внешний
- Сфера конфликта – личная, семейная, профессиональная

Тормозимые психопаты

- Пресуицидальный период растянут во времени, с обдумыванием способов самоубийства, подготовкой, колебаниями глубины переживаний
- Сочетание внешнего и внутреннего конфликта в различных сферах
- Преобладает отравление
- Суициды нечастые, но продуманные и тяжелые

Возрастные периоды

- Незавершенность психопатической структуры и шаблонных форм реагирования на психотравмирующую ситуацию в подростковом и молодом возрасте порождает уязвимость в плане декомпенсации
- В зрелом возрасте при хороших социальных условиях происходит компенсация психопатии со значительным смягчением акцентуированных черт
- В инволюционном периоде обнажается «психопатическое ядро» личности. Выражены эмоционально-волевые и личностные изменения с заострением характерологических черт

Роль алкоголизации в формировании суицидального поведения

- Повышается риск несчастных случаев, агрессии и суицида в силу снижения способности к контролю побуждений и конструктивному мышлению
- Суициды в состоянии опьянения при наличии множества накопившихся проблем
- Возможные формы: суицидальные тенденции, завершённые суициды, несуйцидальные формы аутоагрессии (самоповреждения, передозировки)
- Алкоголизация способствует усилению депрессии, чувства вины, психической боли, предшествующим суициду

Зависимость от ПАВ

- Развивается стойкая наркотическая психопатизация (вторичные изменения личности)
 - бесконтрольность влечений
 - недержание аффекта
 - склонность к девиантным и делинквентным формам поведения
- Межличностный кризис приводит к высокому суицидальному риску

Варианты суицидального поведения наркологических больных

- Истинные суицидальные попытки – при вторичной наркотической психопатизации с преобладанием депрессивных расстройств при малой выраженности наркотического влечения и высокой значимостью психотравмирующего фактора
- Демонстративно-шантажное суицидальное поведение – при эмоционально-неустойчивой вторичной психопатизации при обсессивном влечении к наркотику и локализацией суицидогенного конфликта в сфере актуальной наркотической потребности
- Импульсивные суицидальные попытки – при дисфорическом типе вторичной психопатизации с выраженным компульсивным влечением и внутренним конфликтом в сфере актуально потребности в наркотизации

Роль алкоголя как основного
причинного фактора формирования
суицидального поведения
недостаточна

Злоупотребление алкоголем снижает
резистентность к стрессорам

Основная роль в формировании
суицидального поведения
принадлежит личности

Уровни суицидального риска

Минимальный уровень суицидального риска

- По существу, пациент находится вне зоны суицидальной активности. Однако могут констатироваться те или иные суицидогенные факторы и даже их определенная констелляция, но это не приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Возможны также отдельные относительно кратковременные антивитальные переживания («что это за жизнь, не вижу никакого просвета»)

Ниже среднего уровня

- Констелляция суицидогенных факторов приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Антивитальные переживания, недовольство жизнью доминируют в переживаниях пациента. Периодически возникают кошмарные сновидения, в том числе с картинками смерти

Средний уровень

- Наряду с кошмарными сновидениями в сознании возникают сцены смерти и известных пациенту самоубийств. Появление образов смерти и воспоминаний о самоубийстве в сознании не связывается, однако, с переживаемой ситуацией. Эти образы носят своеобразный «отстраненный» характер. Пациент не включает собственное «Я» в переживания, связанные со смертью и самоубийствами

Уровень выше среднего

- Начинает все более четко осознаваться «безвыходность» ситуации. В сознании все чаще появляются образы смерти и самоубийства. Антивитальные тенденции сменяются желанием смерти, носящим, однако, пассивный характер («заснуть бы и не проснуться», «кто бы убил меня»). Вместе с тем существуют и антисуицидальные тенденции («если умру, детей жалко», «не доставлю удовольствия этому подлецу»)

Максимальный уровень суицидального риска

К все более четко выступающему желанию собственной смерти присоединяются мысли об убийстве самого себя. Исчезают антисуицидальные тенденции. Пациент обдумывает способы самоубийства. К суицидальным мыслям присоединяется намерение прекратить собственную жизнь выполнением тех или иных конкретных действий, направленных на самоубийство. Мысль о самоубийстве становится доминирующей, отмечается достаточно специфическое сужение сознания.

Что можно сделать для того, чтобы помочь

(Э. Гролман)

- Подбирайте ключи к разгадке суицида.
- Примите суицидента как личность.
- Установите заботливые взаимоотношения.
- Будьте внимательным слушателем.
- Не спорьте.
- Задавайте вопросы.
- Не предлагайте неоправданных утешений.
- Предложите конструктивные подходы.
- Вселяйте надежду.
- Оцените степень риска самоубийства.
- Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.
- Обратитесь за помощью к специалистам.
- Осознайте важность сохранения заботы и поддержки