

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

СУЇЦИДОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Запоріжжя

2020

УДК 616.89-008.441.44-07-08

С 20

Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ

(протокол № 4 від « 28 » травня 2020 р.)

та рекомендовано для використання у навчальному процесі

Автор:

Саржевський С. Н., доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, к.мед. н.

Рецензенти:

Троян В. І., завідувач кафедри оториноларингології ЗДМУ, доктор медичних наук, професор;

Дарій В. І., професор кафедри нервових хвороб ЗДМУ, доктор медичних наук, професор.

Саржевський С. Н.

С 20 Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія» . – Запоріжжя, 2020. – 87 с.

Навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти". Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми інтернатури спеціалізації «Психіатрія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах сучасної системи оцінки навчання. Матеріали навчального посібника є керівництвом для проведення лекційних та семінарських занять з суїцидології з лікарями інтернами зі спеціалізації «Психіатрія» та лікарями інтернами загальної практики і розроблені вперше. З огляду на прогресивний розвиток суїцидології, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

УДК 616.89-008.441.44-07-08

Затверджено на засіданні кафедри «16» березня 2020р., Протокол № 5

Переглянуто на засіданні кафедри «__» _____ 20__р., Протокол №

Передмова

Запропонований навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти" та побудований згідно робочої програми лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Посібник підготовлений за матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету. У ньому розкрито один з найбільш небезпечних проявів психіатричної нозології – суїцидальної активності, що включає різні варіанти цієї поведінки. Поглиблено описано особливості мотивів, динаміку, емоційні та психологічні складові цього феномену. Навчальний посібник за структурою побудований з роз'яснення загальних понять, з подальшим висвітленням суїцидальної активності при різновидах психіатричної нозології. Присутні тести, що допомагають діагностувати аутоагресивні тенденції. Після обговорення навчального матеріалу вміщені питання для самоконтроля засвоєння знань. Виклад теоретичних основ суїцидальної активності у навчальному посібнику є стереотипним і здійснюється з використанням досвіду низки підручників та навчальних посібників для вищої школи. Проте вибір форми і стилю розглянутої навчальної інформації є авторським. До клінічних проявів додано принципи профілактики аутоагресії з поглибленим описом поведінки лікаря. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом буде вдосконалюватися і доповнюватися. Вважаю, що цей матеріал допоможе поглибити навчальний виклад, зробити його привабливішим у процесі фахової підготовки лікаря інтерна психіатра, та в професійній діяльності будь – якої спеціальності.

Зміст

Передмова	3
Зміст	4
Розділ 1. Загальна суїцидологія	5
1.1. Історичний екскурс та термінологія	5
1.2. Епідеміологія та моделі суїцидів	8
1.3. Динаміка суїцидів, шляхи самогубства	10
Розділ 2. Суїцидальна активність в психіатричній нозології	19
2.1. Суїцидальна поведінка при розладах, що пов'язані зі стресом	19
2.2. суїцидальна поведінка при розладах особистості	21
2.3. Суїцидальна поведінка при шизофренії та маячних розладах	26
2.4. Суїцидальна поведінка при афективних розладах	35
2.5. Суїцидальна поведінка при аддиктивних розладах	44
Розділ 3. Рівні суїцидального ризику, схема бесіди та діагностика поведінки	48
Розділ 4. Профілактика суїцидів	63
Розділ 5. Діагностичні шкали, що використовують при роботі з суїцидентами	72
Розділ 6. Тестовий контроль	82
Рекомендована література	87

1. Загальна суїцидологія.

1.1 Історичний екскурс та термінологія.

Термін «суїцид» (від латинського «sui»-сам, «caedere»-вбивати) був введений ще у 1635 році британським лікарем та філософом Томасом Брайоном, але майже до 18 сторіччя цей термін не використовували.

Але якщо ми поглибимося у історію, то можна зрозуміти, що ще з часів античності, деякі люди позбавляли себе життя. Цікаво, що відношення людей до скоєння самогубства було дуже різним, від засудження (у християнській релігії) до глибокої поваги (серед японців).



Варто сказати, що на відношення соціуму до людей, що покінчили життя самогубством дуже впливають релігійні погляди та культура. Наприклад, у Східних країнах суїцид не лише не вважався чимось соромним, а навпаки, у деяких випадках до таких подій відносилися із шаною та повагою. Яскравим прикладом є «*sami*» - ритуал,

спалення на кострі індійської вдови, разом із тілом померлого чоловіка. Або японський ритуал, що дуже часто демонструють у кінострічках. Він носить назву «харакірі» або «сеппуку» - самогубство, при якому самурай, у разі власної провини, розтинав собі живота як знак самовиправдання та вірності своєму господарю. У багатьох культурах людина завершувала життя самогубством через вік, тобто вважалось соромом та ганьбою померти старим та знівеченим. Датчани, германці, готи («скеля предків» - місце, з якого стрибали літні люди) та ірландці після певного віку вбивали себе, та усі

оточуючі поважали такий вчинок. У Римській імперії самогубство вважалося демонстрацією переваги людини над богами, суїцид в'язнів був своєрідним спокутуванням провини перед владою.

Абсолютну протилежність поглядів на самогубство мали люди, що жили у Західних країнах. Наприклад, у християнстві самогубство є важким та страшним гріхом, таких людей заборонялося хоронити на кладовищі, а тих що вижили після спроби самогубства, засуджували до важкої каторги. Вважалося, що самогубство – це шлях відмови людини від долі, що була обрана Богом. У європейській міфології описані випадки перетворення самовбивці на вампірів, темних та кровожерливих істот. У Франції, наприклад, відношення до самогубств було дуже агресивним та навіть лякаючим - тіла самогубців носили на носилках обличчям донизу, потім вішали, а через деякий час згодовували тваринам. В Англії був введений штраф та кримінальна відповідальність, на спробу покінчити життя самогубством це було відмінено тільки у 1961 році.

Протягом часу відношення до суїциду дуже змінилося, майже неможливо точно сказати яким саме воно стало. Із збільшенням частоти смертей, внаслідок самогубства, збільшувався і науковий інтерес до цього феномену. У 70-х роках минулого сторіччя соціологи довели існування цілих епідемій самогубств, випадки ці були східні за своїми мотивами. Перша така епідемія сталася у Європі, після виходу у світ роману Іоганна Вольфганга фон Гете «Страждання юного Вертера», ще у вісімнадцятому сторіччі. Ніхто не підозрював, що роман, що приніс багато слави та популярності автору, призведе до масових самогубств серед тогочасної молоді. Справа в тому, що на останніх сторінках роману головний герой вистрілює собі у голову, через любовну трагедію та сильний душевний біль. Соціологи стверджують, що через високу емоційну напругу та співчуття читачів до герою роману, у багатьох з них підвищився інтерес, навіть почуття пристрасті до смерті. Через це у багатьох країнах цю книгу заборонили. Цей феномен назвали, на

честь головного герою роману: «ефект» або «синдром Вертера» (у англійській літературі можна зустріти назву «corpse suicides»). Якщо раніше ключову роль у існуванні самогубств відігравали релігія та культура, то сьогодні це інтернет та засоби масової інформації (сюди також відносяться кінематограф та література). Американськими соціологами був встановлений прямий зв'язок між оголошенням на широку публіку про випадок самогубства у ЗМІ та почастішанням частоти самогубств. Є також зв'язок між першим випадком суїциду та послідовними смертями: вік, професія, соціальний статус, час та шлях покінчення власного життя – усе перелічене у багатьох випадках збігається або дуже схоже.

Ще декілька прикладів ефекту Вертера: Мерлін Монро, Курт Кобейн (співак), Хіт Леджер (актор), Честер Беннінгтон (співак), Роббін Уільямс (комедійний актор) – легендарні особистості, найпопулярніші та найбагатші зірки свого часу, улюбленці мільйонів але самогубці. Кожна з цих смертей призвела до тисяч подібних смертей серед фанатів та прихильників цих зірок.

На сьогодні є дуже багато наукових досліджень та праць, що доводять важливість впливу новин про самогубство на психоемоційний стан людей, і через це у багатьох країнах були введені заборони на публікацію подібних статей або випуски на телебаченні.

Термінологія

Існує дуже багато тлумачень термінів суїцид, самогубство та суїцидальна поведінка. Варто розрізняти та розуміти, що саме вони позначають та яка в них різниця. Термін *суїцид* або *самогубство* позначає акт навмисного позбавлення себе життя, та розглядаються багатьма авторами, як слова-синоніми.

Суїцидальна поведінка – поведінка, що включає до себе думки про суїцид (або ідеяцію), планування самогубства, суїцидальні спроби та сам суїцид.

Суїцидальна спроба – будь-який прояв суїцидальної поведінки, що можуть мати або не мати летального результату.

1.2 Епідеміологія та моделі суїцидів.

Суїциди є однією із найбільш глобальних проблем у сучасному світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) щорічно у світі, від самогубства, помирає близько 800 тисяч людей. Суїциди є другою, за частотою, причиною смерті у віковій категорії людей від 15 до 29 років. Серед дорослого населення на кожного загиблого від самогубства доводиться більше 20 людей, що скоїли цю спробу.

Частота самогубств, в залежності від статі: багато років панувала думка, що суїциди у чоловіків зустрічаються у три рази частіше, ніж самогубства у жінок. Однак останнім часом було доведено, що ця статистика є невірною та має пряму залежність від регіону. У бідних країнах чоловіки покінчують життя самогубством лише на 57% частіше, ніж жінки, а у багатих країнах цей показник вищий.

Вікове розподілення частоти самогубств: найменша спостерігається серед дітей, молодше 15 років, а найбільш часті суїциди у віковій категорії серед людей, за 70 років без гендерної різниці. Характер розподілення суїцидів у вікових категоріях від 15 до 70 років дуже різний та залежить від регіону. ВОЗ надає інформацію, що у багатих країнах більшість суїцидів скоєна чоловіками середнього віку, а у бідних країнах частіше позбавляють себе життя літні та молоді жінки.

Погляди або концептуальні моделі суїцидів

Через високу розповсюдженість та важливість вивчення суїцидології тисячі вчених намагаються виділити та встановити основну причину самогубств. Та й сьогодні єдиної теорії скоєння суїцидів все ще не існує. Пропонуємо розглянути основні з концептуальних моделей, що знайшли найбільшу кількість відгуків серед вчених.

1. *Нейрохімічна гіпотеза* – найбільш розповсюдженою біохімічною теорією є серотонінова. Багато досліджень, що доводять наявність зниження метаболізму 5-НІАА у спинномозковій рідині пацієнтів з самогубствами. При цьому, чим нижчим був рівень серотоніну, тим жорстокішим був шлях скоєння самого суїциду. Також вчені встановили взаємозв'язок між агресивністю, самогубством із рівнем метаболітів серотоніну у спинно-мозковій рідині.

При дослідженні моноамінооксидази у тромбоцитах плазми здорових людей було виявлено, що у людей з найнижчим рівнем цього ферменту кількість суїцидів у родинному анамнезі у 8 раз вище, ніж у людей із нормальною його кількістю.

2. *Анатомо-антропологічна модель* є найбільш старою та багатшою теоріями. Ще у дев'ятнадцятому сторіччі англійський лікар Ф. Вінслоу писав у своїй книжці «Анатомія самогубства», що схильність людини до суїциду обумовлена патологічним процесом у головному мозку, кістках черепа та шлунково-кишковому тракті. Після Вінслоу є багато самих різних робіт анатомів та лікарів, що пояснювали самогубство звуженням яремного отвору, наявністю кісткових відкладень на серпоподібному відростку твердої оболонки мозку. Є навіть дослідження, що встановили взаємозв'язок форми молочної залози та схильність до самогубства. Надалі вчені поглибилися у вивчення структури головного мозку та активно шукали ділянку, що є «центром самогубства». Ці багаточисленні пошуки так і залишилися безрезультатними.

3. *Генетична гіпотеза* скоєння суїцидів відрізняється своєю суперечливістю. У ході генетичних досліджень було встановлено, що якщо один монозиготний близнюк скоїв суїцид, то вірогідність самогубства другого близнюка збільшується в рази. Також американські генетики встановили, що у 6% суїцидентів один із батьків скоїв суїцид, це у 88 разів перевищує показники у популяції. При

проведенні лонгітудінального дослідження одної спільноти у Пенсильванії було виявлено, що майже три чверті самогубств, скоєних за 100 років сталися тільки у чотирьох родинах.

4. *Психодинамічна модель особистості та суїцидів (З. Фрейд)* – психоаналіз передбачує існування у людини балансу двох інстинктів: інстинкт життя (Ерос – вміщує в себе потяг та цікавість до життя, забезпечення продовження роду) та інстинкт смерті (Танатос – символ агресії, жорстокості, вбивства та самогубства). Фрейд стверджував, що скоєння суїциду є наслідком руйнівної та імпульсивної дії Танатоса та самогубство – є переадресована злість с зовнішнього світу на себе.
5. *Медична модель* розглядає самогубство, як прояв захворювання, що є комплексом впливу багатьох факторів (біологічних, генетичних). З боку медицини необхідними є вивчення етіології, патогенезу, методів діагностики, профілактики та лікування хвороб, що призводять до самогубства. Вважається, що найбільш розповсюдженим етіологічним фактором суїцидів є психічні та поведінкові розлади. Тому основний вектор дослідження проблематики суїцидології направлений на лікування психічних хвороб.

1.3 Динаміка розвитку та шляхи самогубств.



Виділяють декілька ключових періодів у скоєнні суїциду. Лікарі загального профілю, психіатри, наркологи, клінічні психологи – люди усіх цих спеціальностей повинні чітко знати кожний з етапів, щоб вчасно ідентифікувати суїцидента та встигнути надати необхідну допомогу.

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні прояви психічних актів, що направлені на позбавлення себе життя.

I період – досуїцидальний період. Характеризується появою відчуттів самотності, туги, аналізом нереалізованих мрій, втрата інтересу до життя, формування ангедонії (зворотній стан, коли втрачається здатність отримувати задоволення від життя, втрата мотивації, відсутність почуття насолоди від звичайних активностей).

II період – пресуїцидальний. У цьому періоді відбувається зміна змісту психічного життя, формуються *антивітальні переживання* та *суїцидальна ідеяція*, що включає: пасивні суїцидальні думки (уявлення смерті, але без власної участі - «а що, якщо мене зіб'є машина», «що буде, якщо я помру уві сні?»; суїцидальні задумки (обмірковує шляхи та методи самогубства, планує, як лишити себе життя); суїцидальні наміри (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до замислів вольового компоненту).

За тривалістю пресуїцидів їх класифікують на гострий та хронічний. Гострий пресуїцид триває декілька хвилин – суїцидальні задумки та наміри виникають одразу, без пасивних суїцидальних думок та антивітальних переживань. *Хронічний* пресуїцид може тривати місяцями та включає до себе всі вищезазначені симптоми. Якщо пресуїцидальний період довготривалий, то зростає вірогідність впливу антисуїцидальних факторів, що може запобігти суїциду.

Також пресуїциди розподіляють на *афективно-напружений* та *афективно-редукований* типи. Для афективно - напруженого типу характерна поведінка із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація. Афективно - редукований тип пресуїциду зустрічається у пацієнтів з астеничними та гіпотимними рисами та характеризується більшою

тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

III період – реалізація суїцидальних задумів. За даними ВОЗ існує безліч способів самогубства, деякі будуть розібрані далі. У цьому періоді виділяють дві фази: зворотню (коли людина самостійно або під впливом інших людей припиняє спробу самогубства) та незворотню.

IV період – постсуїцидальний. У перші дні після спроби самогубства відбувається переоцінка цінностей та формування відношення до того, що сталося із людиною. Також дуже важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків. Виділяють найближчий постсуїцид (перший тиждень після самогубства), ранній (від тижня до місяця після суїциду) та пізній постсуїцид (наступні 4-5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появу депресивної симптоматики або можливої трансформацію психічного стану, під дією соматоневрологічних наслідків, що пов'язані зі скоєним суїцидом (наприклад розвиток астеничного синдрому або змінення динаміки вже існуючого психічного розладу). Варто встановити чи актуальним є для пацієнта внутрішній конфлікт, що призвів до суїциду та звернути увагу на характер та наявність суїцидальних тенденцій. Виділяють наступні варіанти постсуїцидального періоду:

- Суїцидально-фіксований – коли конфлікт, що призвів до самогубства залишається актуальним для людини. У бесіді людина висловлює позитивне відношення до своєї спроби самогубства, та ризик повторного суїциду у таких пацієнтів дуже високий;
- Аналітичний варіант – пацієнт критично ставиться до спроби самогубства, кається у здійсненому. Але при цьому суїцидогенний конфлікт залишається актуальним, та наявний ризик повторення спроби самогубства;

- Маніпулятивний варіант – зустрічається у випадках, коли суїцид виконувався із метою шантажування або провокації. Якщо спроба самогубства призвела до вирішення конфліктної ситуації, то виразність суїцидальних проявів суттєво зменшується. А якщо мета суїциду не досягнута та відбувається збереження конфліктної ситуації, суїцидальна активність також зберігається. Такі пацієнти потребують психотерапевтичного лікування з подальшою зміною стереотипів поведінки та формуванням негативного відношення до самогубства;
- Критичний варіант – повна відсутність суїцидогенного конфлікту та суїцидальних проявів. Ризик повторного скоєння суїциду у таких пацієнтів є мінімальним, лікування полягає у проведенні раціональної психотерапії.

Шляхи самогубства

В більшості випадків людина не є повністю впевненою у своєму рішенні покінчити життя самогубством, деякі суїцидальні дії є лише імпульсивною реакцією людини на гострі психосоціальні стрес-фактори. Статистика, щодо шляхів та способів скоєння самогубств є дещо розмитою та має прямий зв'язок з регіоном, де проживає людина. У багатих країнах 50% суїцидів



виконуються шляхом повішення; другою за частотою методикою є позбавлення себе життя за допомогою вогнепальної зброї. Наприклад, у Америці, де легко купити зброю, 60%

самогубств відбувається таким чином, у Австралії – де заборонена купівля вогнепальної зброї такі суїциди складають лише 4 % від загальної кількості.

В свою чергу у бідних країнах та у регіонах, де широко розвинений дрібномасштабний сільськогосподарський бізнес превалюють такі методи самогубства, як *отруєння* сільськогосподарськими хімікатами. Від *передозування лікарськими засобами* помирають 15-18%, частіше за всього це медичні працівники, фармацевти та пацієнти, що вживають психотропні засоби. В регіонах із високим ступенем урбанізації (Китай або Конго) звичайний метод самогубства – *падіння з дахів* великоповерхових будівель.

Обирання шляху самогубства залежить від культури та «моди» регіону. Наприкінці 90-х років минулого сторіччя у Китаї була епідемія самогубств шляхом отруєння високотоксичним угарним газом з вугілля від барбекю. Прикладом можуть бути обряди самоспалення у жінок із Середньої Азії. На сьогодні, популярними місцями самогубств є водоспад Іматра у Фінляндії, золотий міст у Сан-Франциско, міст Мід-Хадсон в Індії.

При незавершених суїцидах найбільш розповсюдженим шляхом суїциду є отруєння, на другому місці – самопорізи, на третьому – повішення.

Самогубство у часі. Існує статистика розподілення суїцидів, в залежності від часу скоєння самогубств. Таким чином, у першій половині дня виконується 32% самогубств, у другій половині дня – 44%, уночі – 24% самогубств.

В залежності від *місця скоєння суїциду* є розподілення, що 36% суїцидентів помирають удома, поза домом – 20% , у гостях – 16%, на роботі або навчанні – 8%.

Передсмертні записки залишають біля 44% суїцидентів, із яких 20% адресовані усім, 12% лише близьким людям, 8% звернення до начальників та 4% ні до кого звернення немає.

Особистісний сенс суїцидів

Для того, щоб зрозуміти, що саме сталося із пацієнтом, необхідно усвідомлювати суб'єктивне значення скоєного суїциду: що саме сталося із

людиною? Що призвело до скоєння самогубства? Причини, що є найбільш поширеними серед суїцидентів:

1. Заклик до допомоги – найбільш розповсюджена модель поведінки суїцидентів, коли вони прагнуть знайти допомогу, отримати співчуття з боку оточуючих. Ще на початкових етапах людина говорить про аутоагресивну поведінку, навіть коли ще не пов'язує аутоагресію із собою. Головною задачею лікаря у даному випадку є правильно та адекватно оцінити ступінь виразності цього наміру, вміти доступно пояснити пацієнту, що саме із ним відбувається. Саме при такій моделі поведінки пацієнт прагне до того, щоб йому допомогли та підтримали.

2. Відмова від життя – до цього варіанту відносяться ситуації, коли у



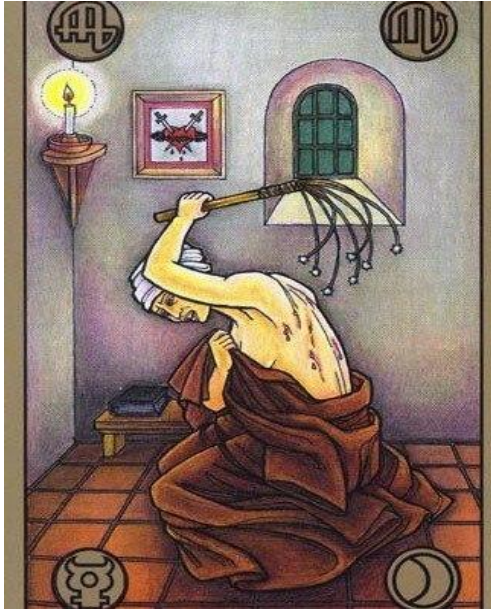
самогубстві бачать єдиний вихід у вирішенні своїх проблем.

Яскравим прикладом є дезадаптаційна поведінка людини, що дізналася про свою смертельну хворобу, або

раптово стала інвалідом та прагне позбавити себе життя щоб не бути тягарем для себе та оточуючих. Така поведінка є різновидом *альтруїстичного самогубства*, де суїцидент хоче власною смертю принести користь іншим людям, щоб їм можливо стало «легше».

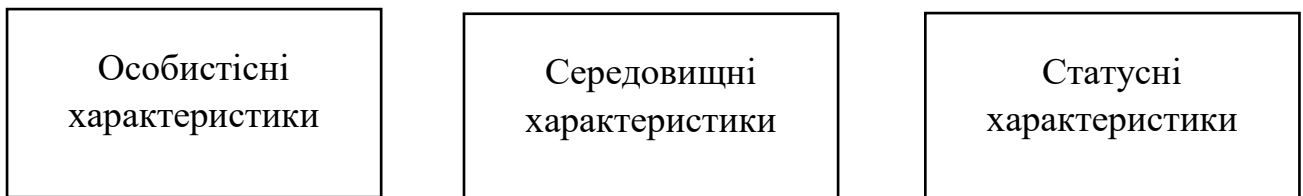
3. Протест – самогубства, що скоєні у межах заклику протесту, характеризуються імпульсивністю та прагненням змінити якусь конкретну подію на більш правильну. Таким чином пацієнт демонструє свою незгоду та відчуття несправедливості з обставинами, що склалися.

4. Помста – цей різновид особистісного сенсу суїциду є активним та найагресивнішим. Поведінка демонструє бажання «покарати» оточуючих, що завдали їй шкоди, показати свою правоту та виразити ступінь образи.
5. Самопокарання – самогубство, до якого призводить глибоке відчуття власної провини й почуття пригнічення.



Провідною думкою цієї моделі поведінки є: «я ніколи не пробачу собі цього». У рамках самопокарання розглядаються також суїциди, що трапляються після скоєння вбивства іншої людини. Прикладом може бути випадок, коли чоловік, дізнавшись про зраду своєї дружини жорстоко вбиває її, а потім одразу ж вбиває і себе.

Складові (детермінанти) суїцидальної поведінки



Перелічені вище характеристики є базовими детермінантами суїцидальної поведінки. Найбільш стійкими є *особистісні*, вони індивідуальні для кожного пацієнта та потребують більш детального вивчення. До цих характеристик відносять: етнокультуральні (світогляд людини, релігію, традиції, виховання) та психофізіологічні фактори (стать, вік). Існують певні психологічні складові, що можуть виступати у якості факторів ризику суїцидальної поведінки. До них відносяться: емоційна лабільність, імпульсивність, залежність людини від оточуючих, емоційна в'язкість, ригідність,

наполегливість, низька спроможність до створення компенсаторних механізмів.

Необхідно розуміти, що особистісні особливості є детермінантами тільки при наявності певних соціально-психологічних подій, які безпосередньо впливають на людину та визначають модель її поведінки. Тобто, і соціальні, і психологічні складові є провідними у формуванні суїцидальної поведінки.

Деякі автори виділяють особливості психічного функціонування, що призводять до формування суїцидальної поведінки, їх також називають *передиспозиційні суїцидогенні фактори*:

- знижена толерантність до емоційних навантажень;
- особливості інтелекту (максималізм, категоричність, незрілість суджень);
- неповноцінність комунікативних систем;
- слабкість психологічних захисних механізмів;
- неадекватна (лабільна, занижена або завищена) самооцінка;
- зниження або втрата цінності життя.

Варто також розглянути *інтраперсональний* та *інтерперсональний конфлікти*, як складові суїцидальної поведінки. Це стан, при якому у переживаннях людини зіштовхуються дві абсолютно різні тенденції, що пов'язані із існуванням несприятливої соціально-психологічної ситуації. Різниця між інтер- та інтраперсональними конфліктами полягає у тому, що в першому випадку суперечливий компонент пов'язаний не тільки із самою людиною, а безпосередньо із оточенням. Прикладом може бути ситуація – дівчина усе життя мріяла стати актрисою, а коли прийшов час вступних екзаменів батьки заборонили їй вступити до театрального університету. При інтраперсональному конфлікті виникають суперечливі переживання у межах психіки самої людини.

Фактори суїцидального ризику:

1. стать – чоловіча;
2. вік – від 25 до 30 років та старше 45 років;
3. сімейний стан – вдівці, розлучені, не одружені люди;
4. наявність психічних розладів (депресія, стани залежності, розлади особистості, циклотимія, дистимія);
5. наявність хронічних соматичних захворювань;
6. обтяжений сімейний анамнез (суїциди або суїцидальні спроби у батьків, близьких родичів пацієнта);
7. наявність психотравмуючої ситуації (смерть близької людини, зґвалтування);
8. «тунельна поведінка» - стан, коли людина бачить у самогубстві єдине рішення своїх проблем;
9. амбівалентність суджень пацієнта;
10. висловлювання пацієнтом думок про суїцид.

До перелічених факторів ризику можна також додати класифікацію Е.Шнейдмана, що виділив категорії людей, які максимально схильні до формування суїцидальної поведінки:

- шукачі смерті – люди, що навмисно лишають себе життя, без можливості виживання;
- ініціатори смерті – люди, що наближують до себе смерть – наприклад, люди з онкологічною патологією;
- гравці зі смертю – люди, що випробовують себе у екстремальних ситуаціях, життя виступає нібито ставкою перед смертю;
- люди, що схвалюють смерть – висловлюють своє позитивне відношення до самогубства, але активно цього не прагнуть, прикладом
- є літні люди або емоційно нестабільні підлітки.

2. Суїцидальна активність в психіатричній нозології.

2.1 Суїцидальна поведінка при розладах, що пов'язані зі стресом.

Як ми вже розглядали раніше, самогубство – це варіант поведінки людини, що знаходиться в епіцентрі гострих та стресових соціально-психологічних подій. Ризик суїцидальної поведінки серед людей із невротичними та



© pobedish.ru

пов'язаними зі стресом розладом у три рази більший, аніж в популяції.

Серед розладів, що призводять до скоєння самогубств та

безпосередньо пов'язаних зі стресом, найбільш

розповсюдженими є: постравматичний стресовий розлад,

генералізований тривожний та панічний розлади. Рідше за всіх суїциди зустрічаються у пацієнтів із соціальними фобіями.

Існує ряд факторів, що підвищують суїцидальну активність у пацієнтів із стресовими розладами. Сюди відносять: коморбідність тривожних розладів із депресивними проявами, алкогольна залежність (частіше всього серед пацієнтів із ПТСР), наявність та виразність психотравмуючої події, стан компенсаторних та захисних механізмів психіки людини.

При *гострій реакції на стрес* клінічна картина є дуже поліморфною (тривога, гнів, депресія, ступор, гіперактивність) та короткочасною. У пацієнтів превалюють відчуття зміни плину часу; здається, що певна життєва ситуація є безвихідною та найбільш страшним для них є переживання втрати на рівні сенсу цінностей. У результаті такою взаємної індукції можливе виникнення аутодеструктивної та аутоагресивної поведінки. Незважаючи на те, що подібний стан є гострим та його прояви із часом зменшуються (протягом однієї доби), дуже важливим є не тільки медикаментозне лікування

психопатологічної симптоматики, але й правильне проведення кризової психотерапії, з обов'язковим проведенням профілактики суїциду.

Посттравматичний стресовий розлад(ПТСР) виникає через 3-6 місяців, після психотравмуючої поведінки, що призводить до виникнення стійкого дистресу у психіці людини. Лікарі виділяють фактори, що потенціюють суїцидальний ризик серед пацієнтів із ПТСР. До них відносять:

1. фактори, що відомі із анамнезу (суїцидальні дії у минулому, у родині, наявність психотравм у анамнезі, наявність хронічної соматичної патології);
2. клінічні фактори (коморбідність тривожної та депресивної симптоматики, негативне світосприйняття, наявність панічних розладів);
3. фактори, що пов'язані із особистістю (акцентуації, незрілість особистості, низька самооцінка, завищені вимоги до себе, відчуття власної провини);
4. психологічні фактори (середовище, що оточує пацієнта; відсутність підтримки з боку близьких; розпад ідеалів та цінностей людини);
5. психосоціальні фактори (матеріальне становище, наявність релігійних або моральних установ, соціальна ізоляція);
6. етнокультуральні фактори (уявлення, щодо життя та смерті);
7. супутні фактори (період біологічних криз, наявність залежності від психоактивних речовин).



Враховуючи перелічені фактори та визначаючи ступінь вірогідності скоєння суїцидогенної поведінки, у таких пацієнтів необхідно

виробити правильні захисні механізми та стереотипи поведінки. Для них є необхідним комплексне та негайне лікування. У структуру лікування входять: індивідуальна психотерапія (корекція уявлень, щодо психотравмуючої ситуації; ознайомлення зі структурою та складових стресового розладу), групова психотерапія (група підтримки), сімейна психотерапія, соціальна корекція (для того, щоб ліквідувати переживання та реакції проти суспільного протесту).

2.2 Суїцидальна поведінка при розладах особистості.

Серед людей, що скоїли самогубства від 24% до 31,4% складають пацієнти з розладами особистості. З них 39% - істеричні, 30% - емоційно-нестабільні та збудливі, 11% - астенічні та афективні.



У пацієнтів з подібними порушеннями суїцидальний ризик обумовлений кореляцією індивідуально - особистісних якостей, ситуаційних факторів та типом особистості. Вкрай обтяжливим може бути загальний потяг до самогубства (суїцидоманія), сексуальні перверсії, піроманії, що зустрічається у клінічній картині цих розладів. Також доречне диференціювання справжньої суїцидоманії від псевдосуїцидальних тенденцій. Справжні суїцидальні тенденції є патологічним розладом потягів, що характеризуються наявністю компульсивного бажання скоїти самогубство через прагнення померти. Псевдосуїцидальні наміри є розрядкою афективної напруги, впливом особистості на стресові ситуації.

Виділяють два варіанти *справжньої суїцидальної поведінки*:

1. Швидке формування суїцидальних намірів, рішучість та чіткість у виконанні суїцидальних дій. Зазвичай такі пацієнти не вимовляють ніяких суїцидальних думок та їх зовнішня поведінка ніяк не видає їх намірів через наявність чіткого інтровертованого способу опрацювання психотравмуючої ситуації. Цей варіант поведінки може бути при усіх різновидах розладів особистості.
2. Поступове формування суїцидальної поведінки. Хворий інформує про свої наміри близьких людей, через екстравертований варіант опрацювання внутрішнього конфлікту. Такий різновид реакції більш характерний для пацієнтів з істеричними, obsесивно-компульсивними, тривожними та залежними розладами особистості.

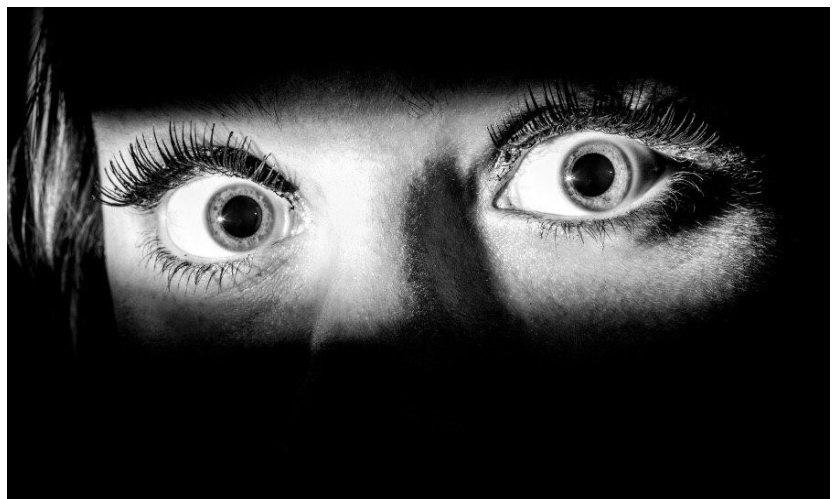
В залежності від динаміки перебігу розладу особистості корелює ступінь суїцидального ризику. На це можуть впливати:

- вікові кризи (підлітковий період або клімактеричний період у жінок);
- періоди декомпенсації психічних розладів;
- розвиток розладу особистості.

Варіанти суїцидальної поведінки при розладах особистості.

Параноїдний розлад особистості

зазвичай не відносяться до категорій пацієнтів з високим ступенем ризику суїциду, частіше вони схильні



до скоєння антисоціальних дій. У цій групі частіше трапляються гоміцидні акти, дромоманія, колективні види девіацій, а суїцидальна поведінка лише формується у якості способу впливу на оточуючих.

Виділяють особистісні характеристики, що безпосередньо впливають на підвищення суїцидального ризику у пацієнтів із параноїдним розладом:

1. схильність до формування надцінних ідей, що мають егоцентричну направленість;
2. підвищена чутливість до відмов або перешкод на своєму життєвому шляху;
3. категорична відмова вибачати людей та схильність до постійного невдоволення;
4. підозріливість;
5. патологічна впевненість у власній правоті;
6. відчуття ревнощів та підозри, щодо близьких людей;
7. егоїзм, завищена самооцінка;
8. конфліктність та неспроможність вислухати іншу думку.

У передсмертних записах при параноїдному розладі особистості провідна думка про почуття ненависті до ворогів, звинувачення людей, що були проти їх «ідей» або близьких людей у зраді.

Шизоїдний розлад особистості призводить до скоєння самогубств пацієнтів у 10% випадків. Аутизм, занурення у себе, відгородженість від оточення, вразливість – усе це призводить до того, що пацієнт завжди знаходиться у стані внутрішнього конфлікту та постійної напруги. Він проявляється у вигляді роздратованості та дисфорії, а вже у якості емоційної розрядки формується суїцидальна поведінка. У хворих з шизотиповим розладом особистості суїцидонебезпечними є сенситивні та астено-депресивні реакції, у передсмертних записах зазвичай відображуються песимістичні погляди на життя, спотворене порозуміння навколишнього світу. Обтяжливими характеристиками у таких випадках є відсутність близьких людей поруч, надмірна схильність до інтроспекції, виразна інтровертованість та недостатня емоційна чуйність.

Емоційно нестійкий розлад особистості є найбільш суїцидально небезпечним. Серед усіх пацієнтів з розладами особистості 30% - з емоційно нестійким розладом. Частіше суїцидальні спроби у таких хворих мають характер демонстративно-шантажних або маніпулятивних, а по темпу розвитку є імпульсивними, тому така реакція на стресову ситуацію зазвичай не є адекватною. Ці спроби є повторними, і кожна наступна ще більше сенсебілізує особистість. До потенціалії суїцидальної поведінки призводить схильність діяти імпульсивно, не враховуючи наслідків, високий ступень конфліктності та схильність до спалахів гніву або агресії. Найбільш ризиковими є періоди декомпенсації. Варто розуміти, що психотравмуючими факторами, по відношенню до таких пацієнтів, є виставлення вимог дисциплінарного характеру, наявність заборон, обмеження волі та вибору, ситуації, де під сумнів ставиться їх значущість.



Істеричний розлад особистості. 40% від усіх завершених суїцидів припадає на даний розлад, самогубства носять демонстративно-шантажний характер. Виділяють наступні патологічні риси поведінки, що підвищують ризик самогубств цієї групи пацієнтів, а саме:

- егоїзм та егоцентризм;
- емоціональна лабільність;
- психічний інфантилізм;
- драматизація та театральність;
- бажання знаходитися у центрі уваги;
- схильність до фантазування.

Розуміння лікарем того, що будь-які конфліктні ситуації, які супроводжувалися недооцінкою пацієнта з боку оточуючих або незадоволеність пацієнта увагою приділеною до нього – є психотравмуючими факторами та чинять прямий суїцидогенний вплив.

Хворі із істеричним розладом особистості схильні до повторення суїцидальних спроб та при цьому спостерігається зміна шляхів самогубств: з більш тяжких на більш легкі (отруєння або самопорізи). Таку ситуацію можливо пояснити тим, що чинивши аутоагресивні дії, вони закріплюють таку модель поведінки при вирішенні конфліктних проблем та вчаться таким чином шантажувати оточуючих.



Пацієнти із *тривожним розладом особистості* рідко закінчують життя самогубством, це пояснюється психоастенічним складом їх особистості та схильності до переживань - роздумів. Але у періоди повної дезадаптації у навколишньому світі, у перебуванні в стресових ситуаціях можливе формування психопатичної реакції, що призведе до думок, що стосуються власної смерті. Подібні думки рідко доходять до самогубства через тривожно-сумнівні думки та переживання.

Також до групи суїцидонебезпечних пацієнтів відносять хворих з *залежним розладом особистості*. Такі особистісні характеристики, як: низька самооцінка, страх залишитися наодинці, неможливість прийняти рішення самостійно, запобігання відповідальності – призводять до повної дезадаптації та постійного відчуття невизначеності. Домінування у клінічній картині сенситивних, астено-депресивних проявів або сомато-психічного дискомфорту призводять до маніфесту депресивної симптоматики та розвитку суїцидальних намірів. У передсмертних записках пацієнти із

залежним розладом особистості звинувачують себе у неповноцінності, розповідають про повну відсутність інтересу до життя та прохають нікого не звинувачувати у їх смерті.

Ананкасний розлад особистості у своєму перебігу рідко призводить до скоєння суїцидів. Пунктуальність, педантичність та постійна наявність нав'язливих ідей (частіше за все іпохондричного характеру) призводить до формування страху скоїти щось юридично або морально недозволене. Розвиток суїцидальних думок та намірів можливе тільки при появі нав'язливого бажання чужої або власної смерті.

2.3 Суїцидальна поведінка при шизофренії та маячних розладах

Як причина смерті самогубство, у хворих на шизофренію, зустрічається у два рази частіше, ніж в загальній популяції. Але розкид показників дедалі великий: діагноз шизофренії у психічних хворих, що спокусилися на самогубство складає 10-40% випадків.

Дуже важливим є вивчення «виявляючої» ролі суїцидальної поведінки у діагностиці шизофренії та маячних розладів. Вважається, що найбільш суїцидонебезпечним є початок хвороби, а саме перші три роки з моменту її діагностування. Було проведено дослідження, де встановлено, що серед 700 випадків самогубств їх максимум у жінок був на 3-4 та 7-8 рік від початку захворювання, а серед чоловіків – через рік, 4 та 9 років, а далі кількість їх зменшується.



Характерним для пацієнтів із розладами шизофренічного спектру є те, що формування суїцидальних думок, замислів та намірів є цілком підсвідомим процесом, тобто не освідомлюється

пацієнтом. Людина не відмічає ніяких суперечливостей між суїцидальними та антисуїцидальними тенденціями, немає ніякої боротьби мотивів та уся внутрішня «логіка» самогубства проходить без активної участі особистості. Але без заперечень, існує зв'язок між змістом психічних переживань та формуванням суїцидальних тенденцій. Дуже важливо враховувати, що стан, який формував самогубство дуже суттєво відрізняється від пресуїцидального синдрому при «блискавичному суїциду» у пацієнтів із невротичною патологією та психічно здорових людей.

Ключовим моментом є те, що в таких пацієнтів немає чіткого зв'язку між психотравмуючою подією та самогубством. У більшості випадків дійсною причиною самогубств є бажання знайти вихід із «внутрішнього куту», що обумовлюється втратою управління психічним життям.

На стадії формування психопатологічної симптоматики суїцидальні тенденції мають свої особливості, а саме: переживання власної змінності, очікування чогось невизначеного, періодичне нерозуміння оточуючого світу, «мерехтливий» характер маячення. Усі перелічені переживання призводять до знаходження єдиного логічного виходу – суїциду. Такі варіанти самогубств у літературі ще називаються *первинними* або *маніфестними*. Первинний варіант ініціального періоду є моментом його розвитку, що переводить суб'єктивні переживання продрому до етапу формування психопатологічних феноменів у площину соціального ефекту психічного розладу. Подібний суїцид, що є способом виходу із глухого куту суттєво відрізняється від самогубств, що пов'язані із несприятливими факторами середовища у хворих в стані ремісії або під час галюцинаторно-маячних переживань.

Виділяють певний перелік факторів, що *посилюють* суїцидальний ризик при шизофренії, до них відносяться:

1. демографічні фактори: чоловіча стать (співставлення суїцидентів чоловіків та жінок, хворих на шизофренію – 3:2), вік від 30 до 33 років;
2. соціально-психологічні фактори: індивідуальні риси характеру, обтяжений анамнез, соціальна ізоляція, відсутність близьких та роботи;
3. клінічні фактори: наявність депресивної симптоматики, імперативних вербальних галюцинацій із суїцидальним змістом, рецидиви психічного захворювання, етап формування ремісії та виходу з психозу, виразна соціальна дезадаптація;
4. супутні прояви: залежність від психоактивних речовин, наявність хронічного соматичного захворювання;

Фактори, що *лімітують* суїцидальний ризик у хворих на шизофренію:

1. пізній початок захворювання;
2. наявність декількох нападів;
3. наявність родини або близьких людей;
4. наявність гіпо- або маніакальної симптоматики;
5. наявність роботи та соціальних зв'язків.

В залежності від психопатологічних проявів стану пацієнта, особливостей особистості та від наявності внутрішніх або зовнішніх психотравмуючих ситуацій виділяють три типи суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію:

- психогенний – мотиви самогубства обумовлені наявністю конфлікту та психотравмуючих подій. Хворі починають освідомлювати наявність в них захворювання, його наслідки та соціальні обмеження. Такий стан перебігає із формуванням реактивних депресій по типу реакцій відмови. Відчуття власної неспроможності та бажання «піти від реальності» формують появу суїцидальної активності, суїцидальні спроби є освідомленими та чітко зваженими. Частіше за все суїциденти обирають наступні шляхи самогубства: отруєння

психотропними препаратами, падіння під транспортні засоби, повішення. Постсуїцидальний період у них перебігає із розвитком атипових депресій.

- аутистично-світоглядний тип частіше спостерігається серед хворих на просту шизофренію із симптомами метафізичної інтоксикації (думки про відсутність сенсу життя) та суїцидоманією.
- Маячний тип визначається психопатологічною симптоматикою. Прикладом такого поєднання може бути суїцидальна поведінка та афективно-маячна симптоматика (наявність маячення самозвинувачення та депресивної симптоматики), що значно підвищує ризик самогубства. У багатьох випадках суїцидальний ризик потенціюється депресивною симптоматикою, що може бути у психопатологічній структурі психозу, провідною у клінічній картині ремісій, домінувати на пізніх етапах перебігу шизофренічного процесу та бути індукованою антипсихотичними засобами. Також, ризик скоєння аутоагресивних дій підвищується при поєднанні у симптоматиці депресії та тривожних проявів із ажитацією. Зовнішній вигляд такого пацієнта буде дуже занепокоєним, він буде бігати у пошуках порятунку, кричати на допомогу, суїцидальна спроба може бути скоєна прям на очах у оточуючих людей без будь-якого наміру сховати свої переживання.

Спроби самогубства у хворих із *хронічним маячним розладом*.

Симптоматика даного розладу розвивається дуже повільно, а суїцидальна поведінка формується лише на тлі хворобливих переживань. Для подібних самогубств існує термін «маячний суїцид». На особливостях подібної поведінки можуть відбиватися галюцинації та інші психопатологічні симптоми, але домінуюча роль надається маячними переживанням.

Клінічний випадок. Пропонуємо розглянути приклад «маячного самогубства». Чоловік, 49 років, вперше госпіталізований в психіатричну лікарню, дані про

спадкову обтяженість психіатричними захворюваннями відсутні. Надійшов у лікарню після нанесення пошкоджень собі і дружині. Разом з дружиною епізодично вживав алкоголь, але проявів хронічного алкоголізму не сформувалося. За чотири місяці до госпіталізації подружжя продало кімнату чоловіка, та вирішило покласти гроші в ощадну касу. Під час цієї операції



хворий помітив, що якийсь чоловік спостерігає за ними. Коли вийшли з ощадкаси, чоловік помітив, що за ними йде ще один чоловік («інший, але теж дуже підозрілий»). Вдома дещо заспокоївся, але

починаючи з того дня, як тільки виходив на вулицю, відчував страх та бачив на вулиці людину, що стежить за ним. Спочатку все це відбувалось тільки на вулиці, потім хворий став помічати, що і сусіди «перешіптуються». Надалі «відчув», що їх телефон прослуховується, що на роботі про нього «розпускають чутки», натякають, що він «не отримає гроші». За місяць до скоєння суїцидальної спроби став відчувати, що ввечері, а іноді і вночі, їх стали «мучити газами або променями, іноді це було і вдень, і навіть на роботі». Казав дружині про «цькування», але «вона нічого не помічала, відчував я один». Періодично «відчував поколювання в голові, часом щось підкладали в їжу, так що часом нічого не бачив». З телевізору весь час чув, що усюди катують людей і вбивають. З його слів, «для заспокоєння» спільно вживали невеликі дози алкоголю. Через три місяці після початку «стеження і переслідування» в один з вечорів подружжя випили пляшку горілки і, зі слів хворого, несподівано стали «як роботи, не розуміли нічого, що відбувається навколо». Однак дружина незабаром заснула, а хворий, не бажаючи «так мучитися», вирішив вбити себе і дружину. Як пояснював він сам, через

деякий час, під час перебування в психіатричній лікарні, «ця думка весь час крутилася в голові на протязі декількох тижнів, але тут я став, як якийсь робот і ні про що інше вже не міг думати, хоча випив не більш ніж сто грам горілки ». Підійшовши до сплячої дружини, хворий завдав їй кілька ударів молотком по голові, внаслідок чого вона залишилася частково паралізованою на праву половину тіла та повністю втратила мову. Потім чоловік наніс собі ножом кілька самопорізів на руках та поранив себе у живіт з пошкодженням печінки і кишківника («крові не було»). Далі він пішов до сусідів і попросив викликати «швидку допомогу» і міліцію, та сказав, що він «вбив дружину».

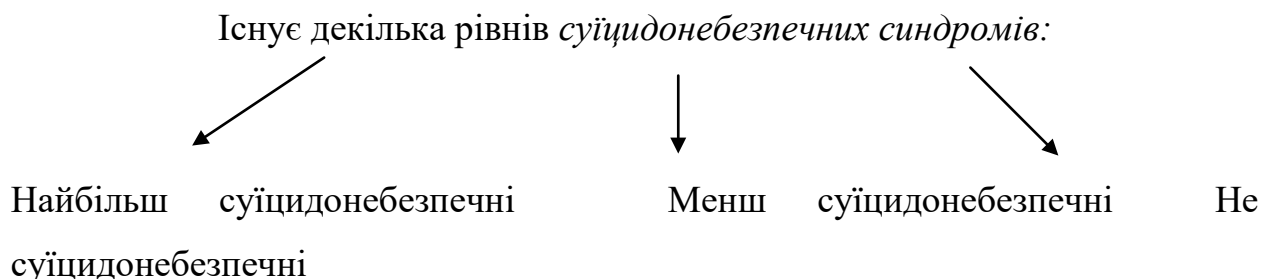
Під час перебування у стаціонарі критики до психотичних переживань, що мали місце протягом декількох місяців не було. На питання, пов'язані з цими переживаннями, з плачем розповідав про «стеження і переслідування», що почалися з моменту їх походу в ощадкасу з грошима, отриманими за квартиру. Заперечував намір накласти на себе руки протягом усього періоду перебування в лікарні. Конкретні думки про можливість самогубства в подальшому заперечував, але на питання про можливість самогубства починав плакати і питав, як же йому далі жити. Депресії і суїцидальних тенденцій не виявлено.

Наявність психічного розладу і його безпосередня роль в скоєнні хворим досить жорстоких (по відношенню не тільки до себе, а й до дружини) агресивних дій не викликає в даному випадку ніяких сумнівів. Вже сам характер аутоагресивних дій, як і намір на вбивство дружини, свідчить не просто про наявність у хворого суїцидальних тенденцій, а й про особливий стан свідомості у пацієнта під час виконання цих дій. Сам хворий характеризує свої психічні переживання на той період досить чітко - «був як робот». Дія алкоголю та стан «роботизації», що виник на висоті афекту, не виключає діагнозу органічного маревного (шизофреноподібного) розладу.

Скоєний хворим, так званий «розширений суїцид» в даному випадку може бути в повній мірі охарактеризований, як маревний. Безсумнівно, його

мотиваційна складова впливає з маячних переживань. Про це говорить той факт, що думки про самогубство відзначаються задовго до безпосередньої їх реалізації. Виникнення суїцидальних тенденцій визначається повністю тривожно-маячними переживаннями, але безпосередня реалізація суїцидального задуму відбувається в рамках особливого стану свідомості.

У наведеного хворого цей стан переживається ним як почуття своєрідного оволодіння («стали як роботи»). Однак говорити про те, що тут суїцидальна поведінка визначається тільки наявністю стану зміненої свідомості - невірно. Само виникнення цього стану багато в чому визначається наявністю попередніх тривожно-маячних проявів. І хоча практичне розмежування тривоги і марення в даному випадку є штучним, весь комплекс наявної симптоматики можна оцінювати як маячний розлад. Гострота переживань, в тому числі наявність вираженого емоційного компонента у вигляді тривоги, знаходить чітке пояснення в конкретному характері «переслідування», що несе загрозу фізичному існуванню хворого та його дружині. В цілому, представлене вище клінічне спостереження є ілюстрацією маревного варіанту психотичного суїциду, в якому найбільш чітко проявляється безпосередній зв'язок наявної психопатологічної симптоматики і суїцидальної поведінки. З'ясування мотивування скоєних хворим дій, що включають спробу на вбивство дружини та самогубство, тут йде паралельно з визначенням характеру симптоматики і діагностикою психічного розладу.



До найбільш суїцидонебезпечних синдромів відносяться:

1. афективно-маячний з вираженою депресивною симптоматикою;

2. галюцинаторно-параноїдний з імперативними слуховими галюцинаціями суїцидального походження;
3. постпсихотична депресія;
4. метафізична інтоксикація;
5. атипова депресія;
6. при шизофренії наявність частих імпульсивних, немотивованих суїцидальних спроб:

Менш суїцидонебезпечними є:

1. гострий синдром Кандинського-Клерамбо;
2. психопато - та неврозоподібні стани;
3. гострі паранойяльні і парафренні синдроми.

Не суїцидонебезпечними є:

1. онейроїдний синдром;
2. паранойяльне марення сутяжництва;
3. марення реформаторства та винахідництва;
4. апато-абулічний синдром.

Суїцидальна поведінка в стані ремісії шизофренії.

Провідне місце в формуванні суїцидальної поведінки в стані ремісії займають психогенні фактори, в поєднанні з особистісними особливостями хворого. Однак слід пам'ятати, що ремісії остаточно формуються близько 1,5-2 років і при редукції продуктивної психопатологічної симптоматики пацієнт переживає психічний стан, що клінічно відповідає афективному і невротичному рівню. З точки зору суїцидології – це найбільш небезпечний період, бо на цьому етапі пацієнт вже критично ставиться до свого стану і життєвої ситуації.

Усвідомлення хвороби і її наслідків, на фоні поточної субдепресивної або неврозоподібної симптоматики, потенціює суїцидальну поведінку. Період

становлення ремісії після психотичного нападу в 36-63% випадків супроводжується постпсихотичною депресією, що домінує в психопатологічній структурі поточного процесу та виявляється по мірі редукції продуктивної психосимптоматики. Залишкові галюцинаторно-параноїдні прояви з ідеями впливу ззовні трансформуються в ідеї самозвинувачення, самоприниження, самобичування.

Найбільш часто суїцидальна поведінка спостерігається при наступних типах ремісії.

1. *Астенічний тип ремісії.* Ризик скоєння суїциду високий. Підвищена вразливість, комплекс неповноцінності, занижена самооцінка, лабільність, сенситивність. Суїцидальні дії здійснюються за типом «непсихотичного суїциду» і реалізуються як «заклик» або «уникнення». Є тенденція до повторних суїцидальних спроб.
2. *Психопатоподібний тип ремісії.* При переважанні емоційних розладів можливе виникнення тривоги, несвідомого страху, короткотривалої гострої депресії з імпульсивними прагненнями до суїциду. При переважанні істероподібних розладів суїцидальні наміри зазвичай пов'язані з «крахом надій», «нерозумінням» їх оточуючими.
3. *Параноїдний тип ремісії.* На етапах формування ремісії в клінічній картині пацієнтів мають місце редуковані маячні ідеї або галюцинаторно-параноїдні переживання. У хворих залишається дифузна підозрілість, настороженість, недовірливість до родичів та медичного персоналу. Симптоматика посилюється в реактивних для пацієнта ситуаціях і супроводжується змінами настрою, тривогою і напруженням. Суїцидальні рішення приймаються швидко і зразу реалізуються. Стійка ремісія формується близько 2 років після рецидиву шизофренії. Згасання продуктивної психопатологічної симптоматики супроводжується диссимуляцією.

4. *Неврозоподібний тип ремісії*. Суїцидальна небезпека мінімальна, не характерні гетероагресивні дії.

Постшизофренічна депресія.

Частота виникнення 36-63%. Клінічно являє собою депресивний епізод, що виникає внаслідок шизофренії. Виникає в період довготривалих пізніх ремісій і при резидуальних псевдопсихопатичних станах. Спроби суїциду носять демонстративно-шантажний характер. Окрім того, суїцидальна поведінка може бути спровокована психогенною депресією, що протікає за типом «реакції капітуляції» при виникаючих фруструючих ситуаціях особистісного і соціального характеру.

Знання факторів ризику скоєння суїциду і дотримання техніки безпеки при спілкуванні з хворими на шизофренію є необхідними умовами для запобігання суїцидальних спроб у пацієнтів та забезпечення безпеки персоналу.

2.4 Суїцидальна поведінка при афективних розладах

Афективні розлади є найбільш суїцидонебезпечними серед усіх психічних і поведінкових розладів. Висока небезпека обумовлена тим, що в структурі переважної більшості афективних розладів присутні прояви *депресії*. А як відомо, в більшості депресивних пацієнтів суїцидальні думки носять пасивний характер, тобто вони «суїцидально латентні».

Виділяють фактори, що підсилюють суїцидальний ризик при депресіях. Їх поділяють на демографічні, амнамнестичні, клінічні, соціальні, фактори, що пов'язані з особистістю людини.

Демографічні фактори:

- стать. Для суїцидальних спроб - жінки, для завершених суїцидів - чоловіки;
- вік. Для суїцидальних спроб - підлітковий і юнацький вік, для завершених суїцидів - літній і старечий.

Анамнестичні фактори:

- суїцидальні дії в минулому;
- суїцидальні спроби у родичів;
- початок депресії в ранньому віці, попередня госпіталізація, часті госпіталізації;
- втрата батьків у віці до 11 років;
- тілесні покарання в дитячому віці;
- передсмертні записки, виявлені після суїцидальної спроби.

Клінічні фактори:

- депресивні симптоми (недостатня концентрація, порушення сну, ангедонія, але без зниження енергетичного потенціалу);
- важкі психотичні депресії (депресії з маренням);
- психотичні розлади з вербальними галюцинаціями звинувального або принижувального характеру;
- дебют депресивного епізоду і період його вирішення;
- тривалість депресивного епізоду понад 6 місяців;
- період зміни полюса афекту (особливо при формуванні змішаних станів);
- раптова поява спокою і апатії у депресивного пацієнта.

Фактори, що пов'язані з особистісними рисами:

- особистісні відхилення, що включають агресивність, ворожість, імпульсивність;
- низька самооцінка;
- почуття провини, безвихідності, відчаю.

Психосоціальні фактори:

- передчасна втрата значимої близької людини, самотність;
- соціальні, фінансові, сімейні проблеми, втрата роботи;
- відсутність релігійних чи моральних підвалин проти суїциду;
- відсутність в сім'ї дитини, молодше 18-ти років;

- соціальна ізоляція.

Супутні умови:

- період біологічних криз - пубертат, вагітність, клімакс;
- залежність від ПАР;
- соціальні розлади особистості;
- супутні тривога і панічні напади;
- сексуальні розлади;
- іпохондричні розлади;
- соматичні захворювання (хронічні, інвалідизуючі, фатальні).

Фактори, зумовлені фармакотерапією:

- малорезультативне або неадекватне лікування депресії;
- впевненість пацієнта в безнадійності стану;
- застосування препаратів, які можуть викликати депресивні симптоми.

Уніполярні депресивні розлади.



Близько 70% депресивних хворих мають суїцидальні думки, а 30-50% - здійснюють суїцидальні спроби. Ризик суїциду у пацієнтів з депресивним епізодом в 30 разів вище, ніж у загальній популяції.

Суїцидальні думки можуть мати різну ступінь оформленості, стійкості та інтенсивності, в залежності від характеру депресії, її глибини і етапу перебігу. Імовірність суїциду найбільш висока при важких психотичних депресіях, в дебюті депресивного епізоду і при його вирішенні, в період зміни полюса афекту. На висоті розвитку депресивного стану можливі імпульсивні суїцидальні спроби, обумовлені вітальним характером переживань.

На виході з депресії можливий «парадоксальний суїцид», тому на амбулаторному етапі лікування необхідна *суїцидальна настороженість*

лікаря до цих хворих і строго дозована, мінімальна кількість антидепресантів (особливо трициклічних), тому, що найчастіший спосіб суїциду у цих пацієнтів - отруєння антидепресантами.

Виділяють наступні найбільш *суїцидонебезпечні варіанти* депресивного синдрому:

1. Тужлива (меланхолійна депресія):

При цьому варіанті депресії ідеї про власну малоцінність, ідеї самозвинувачення, первинне почуття провини, депресивна дереалізація, відчуття що «попереду нічого немає» посилюють суїцидальний ризик. Туга досягає піку в ранкові години. Варто зауважити, що саме в цей час фіксується і максимальна кількість суїцидів. У таких пацієнтів переважають справжні суїцидальні спроби, часто завершені.

2. Тривожна (ажитована) депресія

Потенціюють суїцидальну поведінку ідеї самозвинувачення, відчуття занепокоєння, постійний стан напруги, очікування наближення лиха, безсоння, ангедонія. При виражених ідеаторних порушеннях звужується коло асоціацій, суїцидальні думки набувають характеру нав'язливих. Зазвичай, тривожно-депресивний стан погіршується ввечері, тому саме в цей час велика ймовірність реалізації суїцидальних намірів. Найбільш суїцидонебезпечний *меланхолійний раптус*, як гострий спалах ажитованої депресії. При такому стані самогубство здійснюється імпульсивно, по типу «суїцидального імперативу». Іноді меланхолійному раптусу передують тривога, що може свідчити про сформоване рішення пацієнта покінчити життя самогубством і є одним з факторів суїцидального ризику.

3. «Усміхнена депресія»:

Суїцидальні спроби вірогідні при домінуванні в клінічній картині захворювання ідей власної неповноцінності, відсутності перспектив,

наявністю стійкої інсомнії. Підвищений суїцидальний ризик можливий в період, коли у пацієнта настає стан безнадійності, що супроводжується дисфоричним афектом, поєднується з гіпоманією і імпульсивністю. Суїцидальна поведінка таких хворих важкопрогнозована і є повною несподіванкою для оточуючих.

4. «Самокатувальна» депресія:

Пацієнти відчують постійний сором і дорікають себе за несправедно прожиті життя. Суїцидальний ризик зростає, якщо ідеї винності і гріховності набувають стійкий характер.

5. Депресія з нав'язливостями («анкастна депресія»):

Суїцидальні дії підвищують нав'язливі ідеї малоцінності і самозвинувачення, а також нав'язливі думки про самогубство.

6. Екзистенційна депресія

Суїцидальна поведінка підсилює песимістичні роздуми про власну «духовну убогість», «фізичне убозтво», «моральний кут». Самогубство розглядається як вихід із ситуації, наприклад випадок нерозділеної першої юнацької любові. Суїцидальна поведінка носить аутистично-раціональний характер.

7. Істерична депресія

Для осіб, які страждають істеричної депресією, характерні демонстративна аутодеструктивна поведінка і демонстративно-шантажні суїцидальні спроби.

8. Депресія з маренням

Пацієнти з маячними депресивними розладами в 5 разів частіше скоюють самогубство в порівнянні з іншими афективними розладами. Найбільш суїцидонебезпечними є наступні фабули: марення гріховності, самозвинувачення, «параноя совісті», марення засудження і звинувачення.

9. Астенічна депресія (депресія виснаження)

При тяжких соматичних станах, малої ефективності лікування, психотравмуючого нозогенного впливу хвороби пацієнт може «капітулювати перед хворобою» і намагатись уникнути подальших страждань і бажати позбавити родичів від обтяжливого догляду.

Депресивні епізоди

Суїцидальний ризик при депресивних епізодах обумовлений в більшості випадків ситуаційними чинниками. Суїцидальні спроби можуть бути як істинними, так і демонстративно-шантажними.

- *Справжні суїцидальні спроби* відбуваються на астено - невротичному етапі розвитку депресії. Період формування суїцидальних думок перебігає від декількох днів до декількох тижнів і місяців. На етапі підготовки до суїциду можливі «суїцидальні жести» - висловлювання і вчинки, що побічно свідчать про суїцидальні наміри.
- *Демонстративно-шантажні* суїцидальні спроби виникають після психічної травми і відбуваються по типу протесту, помсти або призиву. Імовірність суїциду максимальна на початкових етапах захворювання.



Біполярні афективні розлади

Частота суїциду при нелікованих біполярних розладах досягає 20%. При цьому ризик суїцидальної поведінки набагато вище у пацієнтів з біполярним розладом 2-го типу (35%), у порівнянні з пацієнтами з

біполярним розладом 1-го типу (19%). Було встановлено що у 79% пацієнтів з БАР 1 типу суїциди відбувалися під час *депресивного епізоду*, 11% в період змішаного епізоду і у 10% - під час *маніакального епізоду*. Найбільші труднощі викликає діагностика *змішаного депресивного стану*.

Необхідно знати суїцидонебезпечні періоди, що відбуваються при змішаних депресивних епізодах:

- момент зміни полюсу;
- змішаний стан з психомоторним збудженням, гіпоманією і руховим неспокоєм, на тлі почуття безнадії;
- домінуючі ідеї винності і власної неспроможності;
- стійка інсомнія.

Потенціює суїцидальну поведінку і поєднана патологія - тривожно-фобічні розлади, залежність від ПАР, дистимії, поведінкові розлади. Особливо суїцидонебезпечними є коморбідність біполярно-афективного розладу з алкогольною залежністю.

Суїцидальний ризик при БАР обумовлений як психопатологічними феноменами, так і ситуаційними чинниками. У зв'язку з цим виділяють психотичний і ситуаційний варіанти суїцидальної поведінки.

1. При *психотичному варіанті* базою суїцидальної поведінки є психопатологічні переживання. Найбільш суїцидонебезпечними є такі стани:

- маячні ідеї самозвинувачення і самознищення;
- марення винності, ущербності, зубожіння;
- іпохондричне марення;
- психічна анестезія;
- меланхолійний раптус.

2. При *ситуаційному варіанті* в основі суїцидальної поведінки є психологічно зрозумілі психогенні чинники. Виділяють два різновиди:

- ті, що виникають внаслідок конфлікту в міжособистісній сфері;
- ті, що виникають як реакція на захворювання і його медичні та соціально-психологічні наслідки.

Також суїцидальний ризик підвищений в період *інтермісії*, коли у пацієнта відновлюється критика і енергетичний потенціал. У цей період можливий парадоксальний суїцид.

Різко зростає ймовірність суїциду в період *інверсії фази*, в зв'язку з чим медикаментозна корекція суїцидальної поведінки у осіб з БАР має ряд особливостей:

- обов'язкове застосування тимолептиків, перевага надається препаратам, які попереджають розвиток депресії без ризику розвитку манії;
- не тільки лікування окремих епізодів, але їх запобігання;
- застосовувані препарати не повинні підвищувати ризик інверсії фази або учащати фазові коливання настрою.

Роль антидепресантів у виникненні суїцидальної поведінки



Говорячи про афективні розлади та високий процент самогубств серед пацієнтів із депресією, необхідно зазначити роль антидепресантів, що впливають на ризик суїцидів.

Виділяють наступні механізми за допомогою яких антидепресанти, при неправильному призначенні, потенціюють суїцидальну поведінку пацієнтів:

- намір більш швидкого усунення депресивної симптоматики;

- інтоксикація при передозуванні антидепресантами;
- неефективність лікування;
- наявність побічних ефектів у дії певних антидепресантів.

Пропонуємо більш детально розглянути кожен групу антидепресантів.

1. Антидепресанти стимулюючої дії.

Підсилюють тривожний афект і здатні, в складних по структурі синдромах, загострювати їх, що таким чином, підсилює суїцидальну готовність пацієнта. При простих депресивних синдромах, активуючий вплив таких препаратів, сприяє зменшенню загальмованості, що може також призвести до виконання аутоагресивних дій. При невротичних депресіях сприяють виникненню немотивованого, болісного бажання діяти, при якому в багато разів зростає ймовірність суїциду.

2. Антидепресанти з седативним ефектом

Найчастіше суїцидогенний ефект відзначається в перші дні після призначення, коли проявляється седативна дія і побічні ефекти наведених препаратів. Вірогідність здійснення суїциду зростає при призначенні високих і середніх доз в ранковий і денний час у пацієнтів, в клінічній картині яких переважають:

- астено-депресивний синдром;
- депресивні розлади з ідеями самозвинувачення і самознищення;
- депресивні розлади з вираженими явищами деперсоналізації.

Для запобігання суїцидогенезу рекомендується призначати антидепресанти з седативним ефектом на початку лікування у вечірній час.

3. Селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну

Впровадження в практику антидепресантів другого (СІОЗС) і третього (СІОЗСіН) покоління оживило дискусію про можливі переваги антидепресантів у зниженні суїцидального ризику. Було доведено, що СІОЗС

можуть ефективно змещувати думки про самогубство і скорочувати вираженість суїцидальних тенденцій.

2.5 Суїцидальна поведінка при аддиктивних розладах

Більш ніж 50% самогубств пов'язані із аддиктивною поведінкою, що пов'язано із їх високою коморбідністю із депресивними розладами.

У пацієнтів із аддиктивними розладами виділяють триаду суїцидальних факторів: справжні суїцидальні спроби, демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка і суїцидальні спроби по типу імпульсивних.

Суїцидальна поведінка у структурі *алкогольної залежності*: алкогольна



депресія є одною з причин розвитку суїцидальної поведінки. Агресивні дії на різних етапах лікування алкоголізму відрізняються, найчастіше суїцидальні спроби відбуваються в стані алкогольного сп'яніння і в стані «відміни» алкоголю, значно рідше самогубства виявляють в

період ремісії алкогольної залежності. Аутоагресивна поведінка в стані алкогольної інтоксикації відзначається в наступних ситуаціях:

1. людина вживає алкоголь, після прийняття рішення про суїцид, задля усунення емоційної напруги. Це свідчить про неоднозначність прийнятого рішення, про коливання людини,
2. алкоголь вживається ще до прийняття рішення про суїцид, з метою зняття психоемоційного напруження або з метою вирішення конфліктів.

У стані алкогольного сп'яніння переважають такі способи самогубства:

- самопорізи;
- самоповішення;
- комбіновані за способом аутоагресії.

На першій стадії *хронічного алкоголізму* характерні справжні суїциди, на другій стадії крім їх існують демонстративно-шантажні форми суїцидальної поведінки. На третій стадії зростає алкогольна деградація особистості з явищами вторинної психопатизації, тому справжні суїцидальні спроби у хворих з вираженим психоорганичними змінами рідкісні. В цілому чим більш виражений психоорганичний дефект, тим менше ймовірність скоєння суїциду.

У структурі алкогольних психозів суїцидальні дії обумовлені власне психологічним станом пацієнта і корелюють з характером імперативних слухових галюцинацій або зоровими обманами сприйняття, фабулою маревних проявів та ступенем афективної насиченості цих переживань.

У *стані ремісії* ймовірність суїцидальної поведінки у залежних від алкоголю пацієнтів значно нижча, ніж в стані алкогольного сп'яніння і стані абстиненції та становить близько 5% від усіх суїцидів. На жаль, алкоголізм часто супроводжує самогубства людей творчих, незадоволених і не адаптованих до змін повсякденного життя.

Наркотична залежність.

У разі наркотичної залежності рівень суїцидальної активності досить високий. Однак дуже часто у таких пацієнтів практично неможливо встановити причину смерті і провести межу між передозуванням, нещасним випадком або навмисним позбавленням себе життя.

У першій стадії мають місце несуйцидальні форми аутоагресії, що виражаються в передозуванні препаратів з метою досягнення ейфорії, що в деяких випадках призводить до летального результату.



У другій стадії захворювання загострюються психопатичні зміни характеру, які створюють передумови для високого суїцидального ризику. У стані інтоксикації у багатьох з них виникає бажання «бачити кров», що

дає їм емоційний імпульс для нанесення самопорізів. Даний вид аутоагресії відносяться до несуїцидальних форм і має тенденцію до повторення.

Найбільш суїцидонебезпечним є не період інтоксикації, а стан відміни, що розвивається ще до кінця другої доби відібрання наркотику і суб'єктивно виражається найважчими соматичними симптомами. Нерідко зі зникненням абстиненції редукується і суїцидальний потенціал хворого. Основним антисуїцидальним фактором у цих осіб є можливість продовження наркотизації.

Найчастіше для реалізації суїцидальної поведінки хворі, що вживають опіоїди, застосовують такі методи:

- свідоме внутрішньовенне введення смертельної дози споживаного препарату;
- поєднане введення наркотичної речовини з барбітуратами або транквілізаторами.

Серед осіб, що вживають *седативні і снодійні засоби*, суїцидальна поведінка зустрічається дуже часто. У пацієнтів залежних від барбітуратів найбільш суїцидонебезпечними періодами є період гострої інтоксикації і абстинентний синдром. Половина усіх спроб самогубства становлять гостре отруєння барбітуратами. Стан відміни, який триває тижні, потенціює прийняття

суїцидального рішення через постійну наявність безсоння, виникнення транзиторних галюцинаторних феноменів і параноїдних включень.

Дуже часто хворим, що мають суїцидальні тенденції з переважанням відчуття емоційної напруги і тривоги лікарі призначають транквілізатори. При аналізі було виявлено, що у багатьох пацієнтів ці препарати викликають парадоксальний суїцидогенний ефект. Вони потрапляють в замкнуте коло, де для редукції перерахованих вище станів призначається седативний снодійний препарат і до нього поступово формується хвороблива пристрасть. Потім, під час спроби припинити його прийом, відбувається загострення симптоматики і тоді жага спокою і сну стає такою бажаною, що людина готова заснути навечно.

Розвиток суїцидальної поведінки при *вживанні галюциногенів* можливий під час сп'яніння, коли виражені афективні коливання настрою - від містичного екстазу до вітальної туги. Панічний жах та страх зійти з розуму, що широко зустрічаються при вживанні цих речовин, тільки потенціюють розвиток суїцидальних думок та намірів.

Нехімічні аддикції.

Відомо, що існує багата кількість різновидів нехімічних аддикцій, але ми пропонуємо розглянути розвиток суїцидальної поведінки на прикладі гемблінгу.

Патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг) формує суїцидальний ризик, що обумовлено його високою коморбідністю з афективними розладами і з різними видами хімічної аддикції. Згідно зі статистикою, розвиток гемблінгу в 23 рази більше у людей з алкогольною залежністю, ніж у непитущих. Наведена залежність в своєму розвитку проходить три стадії, але найбільш суїцидонебезпечною є стадія програшів, в період якої виникає синдром відміни, стадія розпачу (коли гравець терпить особистий, сімейний, професійний і фінансовий крах).

3. Рівні суїцидального ризику, схема бесіди та діагностика поведінки.

1. Мінімальний. Пацієнт знаходиться поза зоною суїцидальної активності. Можливий розвиток відносно короткочасних антивітальних переживань, але вони не призводять до формування суїцидальної поведінки.

2. Нижче середнього рівня. Вплив суїцидогенних чинників призводить до стійкого зниження настрою і розвитку ангедонії. В переживаннях пацієнта домінує незадоволення власним життям та антивітальні думки. У клінічній картині періодично виникають кошмарні сновидіння, в тому числі з картинами власної смерті пацієнта.

3. Середній. Поряд з жахливими сновидіннями, в свідомості також виникають сцени смерті з відомих пацієнтові самогубств. Поява образів смерті і спогадів про самогубство в свідомості не пов'язані з пережитою ситуацією. Ці образи носять своєрідний «відсторонений» характер. Пацієнт не включає власне «Я» в переживання, що пов'язані зі смертю та самогубствами.

4. Вище середнього. Хворий починає все чіткіше усвідомлювати «безвихідність» ситуації. У свідомості все частіше з'являються образи смерті і самогубства. Антивітальні тенденції змінюються бажанням власної смерті, що носять, однак, пасивний характер («заснути б і не прокинутися, хто б убив мене»). Разом з тим, існують й антисуїцидальні тенденції.

5. Максимальний. Більш чітко формується бажання власної смерті, приєднуються думки про вбивство самого себе. Зникають антисуїцидальні тенденції. Пацієнт обмірковує способи та шляхи самогубства. До суїцидальних думок приєднується намір припинити власне життя виконанням тих чи інших конкретних дій, спрямованих на самогубство. Думка про самогубство стає домінуючою, відзначається досить специфічне звуження свідомості.



У наведеній класифікації на перший план виступає характер суїцидальної ідеї, що поступово із несвідомої переходить у чітке, усвідомлене відчуття. Усвідомлене переживання «безвихідної» ситуації починає зливатися з викликаними цими ж переживаннями, образами

смерті та самогубств. Таким чином, формується цілісне емоційно-смісловіе переживання, що починає домінувати в психічному житті пацієнта. В міру формування суїцидальної ідеї поведінка починає змінюватися, і це, безумовно, також виступає як ознака, що насувається.

Характеристики суїцидальної ідеаторної активності.

1. Тривалість думок:

- скороминущі;
- досить тривалі;
- невідступні.

2. Частота:

- виникають дуже рідко;
- то виникають, то зникають;
- не відпускають.

3. Відношення до суїцидальних думок / бажань:

- негативне;
- амбівалентне, індіферентне;
- згода.

4. Контроль над суїцидальною поведінкою:

- упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам;
- не впевнений в цьому протистоянні;
- не контролює себе.

Схема бесіди із суїцидентом.

Зміст прийомів, спрямованих на поліпшення контакту і отримання необхідної інформації, а також на посилення психотерапевтичного впливу клініко-суїцидологічного інтерв'ю, виділяє наступне:

В першу чергу необхідно своєрідне *структурування (оформлення)* ситуації, що включає чітке уявлення про характер конфлікту і особливості суїцидальної поведінки. Необхідність його визначається не тільки важливістю отримання певної інформації лікарем, але і виступає як найважливіша передумова контакту і психотерапевтичного впливу. Також лікар може (і зобов'язаний) істотно допомогти пацієнту в *уточненні формулювань*, вербалізації переживань, що носять характер заяв, які показують скоріше емоційне ставлення до подій, ніж чітке розуміння причинно-наслідкових зв'язків. *Уточнення формулювань*, що відображають соціально-психологічну ситуацію і характер реагування на неї пацієнта, допомагає розумінні ситуації і створює підґрунтя для отримання необхідної інформації про суїцидальну поведінку для подальшої психотерапевтичної роботи.

Поряд з вербалізацією, істотне значення має *встановлення послідовності подій* і вичленення з інформації пацієнта найбільш значущих елементів, підкреслення в них емоційної або смислової складової. У встановленні необхідного контакту допомагає безліч найпростіших і випробуваних психотерапевтичних прийомів. Це повторення окремих висловлювань пацієнта, уточнення деяких моментів його інформації, спеціальні паузи, що дають можливість суїциденту проявляти активність. Ці прийоми показують суїциденту, що лікар не просто відсторонено розуміє те, що трапилося, а й активно співпереживає. Саме перший терапевтичний контакт частіш за все виявляється і найбільш інформативним для суїцидологічного аналізу та несе найбільший психотерапевтичний потенціал. Певною мірою як інформаційне, так і психотерапевтичне значення першого контакту з суїцидентом пов'язані зі своєрідним катарсичним впливом факту

несподіваного порятунку після замаху на самогубство, навіть незважаючи на збереження психотравмуючої ситуації.

На жаль, далеко не завжди суїцидент при першому терапевтичному контакті прагне повністю розкрити характер своїх переживань, пов'язаних з суїцидом, в окремих випадках може заперечувати бажання накласти на себе руки (незважаючи на очевидність цього), а іноді просто відмовляється від будь-якого обговорення теми самогубства. Природно, це не тільки право пацієнта на закритість своїх переживань (автономність), але цілком зрозуміла і можлива реакція на подію. В цьому випадку шлях до розкриття суїцидонебезпечних переживань лежить через своєрідні обхідні зони контакту.

Ще один шлях до розкриття характеру і обставин суїциду лежить через виявлення і уточнення характеру психопатологічних переживань, що виявляються в процесі інтерв'ю. З'ясування часу їх початку і ставлення до них, вплив психопатологічних феноменів на поведінку (включаючи і аутоагресивну) дозволяють поступово підвести пацієнта до розповіді про замах на самогубство. Досить простий і логічний варіант «обхідного шляху» до розкриття суїцидальної поведінки - це бесіда про соціально-психологічної ситуації, що передують госпіталізації в стаціонар або консультації фахівця. Незалежно від того, яким шляхом (безпосередньо починаючи з суїциду або підходячи до нього через так звані «зони контакту») лікар отримує інформацію про суїцидальну поведінку, головним завданням первинного інтерв'ю є зняття своєрідного табу з обговорення питань про здійснення. Замах на самогубство і пов'язані з цим обставини повинні стати предметом не просто можливого або бажаного, а необхідного і обов'язкового обговорення в ситуації, що склалася. Одним з найважливіших питань, що з'ясовуються в процесі первинного інтерв'ю з суїцидентом, є отримання інформації про доступність засобів самогубства та про інші характеристики суїцидальної поведінки. Одна з частих помилок лікаря, що має контакт перший раз з суїцидантом, є тактика інтерв'ю, відповідно до якої розмова про

спробу переноситься на кінець бесіди. Це пов'язано з уявленням про те, що з'ясування питань, пов'язаних з самогубством, може погіршити контакт з пацієнтом і не будуть виявлені якісь психопатологічні симптоми. Під час бесіди про суїцидальну поведінку важливо виявлення не тільки суїцидальних, але і антисуїцидальних факторів. Це може бути застосоване для подальшої поглибленої психотерапії, корекції установок, що ускладнюють адаптацію і альтернативні вирішення ситуації. Виявлення тих чи інших обставин, що викликали у суїцидента раніше певні коливання і сумнівів, що затримали на певний час виконання конкретних дій, повинні фіксуватися і підкреслюватися під час бесіди. Ці обставини важливі не тільки для лікаря, але для самого пацієнта як відправний пункт для формування альтернативних (несуїцидальних) способів виходу з несприятливої ситуації. Тому акцентування уваги пацієнта може виступати як елемент кристалізації цих альтернативних рішень. Одним з можливих варіантів поведінки хворого, що намагався накласти на себе руки, в найближчому постсуїцидальному періоді є диссимуляція. При цьому можливе повне заперечення суїцидальних тенденцій в минулому і сьогодні і інше трактування дій, спрямованих на самогубство («тільки пожартував, випадково передозував, хотів зробити запас ліків»). Природно, що розпізнавання суїцидальних тенденцій і їх диссимуляції в першу чергу важливі з точки зору запобігання повторних замахів на самогубство в найближчому або пізньому постсуїцидальному періоді.

В. Франкл рекомендує наступну процедуру для виявлення у пацієнта суїцидальних тенденцій.

На початку у хворого (якщо є підстави підозрювати наявність суїцидальних задумів і намірів), запитують, чи думає він про самогубство, так як в минулому у нього відзначалися ті або інші форми суїцидальної поведінки. Пацієнт завжди відповість на це питання негативно, і це заперечення буде тим більш наполегливим, чим більше виражена тенденція до диссимуляції.

Потім йому задається питання, відповідь на яке дозволяє судити, зникли чи дійсні зараз суїцидальні тенденції. Незважаючи на певну жорсткість цього питання, у пацієнта запитують, чому він не думає (або вже більше не думає) про самогубство. Хворий, що дійсно позбавився від суїцидальних думок, відповідь без вагань, та розкаже, що повинен думати про сім'ю, дітей, роботу бо це не втратило або знову набуло свою цінність для нього. Але пацієнт, який зберігає думки про самогубство, не знаходить аргументів на підтримку свого «фальшивого» твердження життя. Суїцидальні задуми і наміри в разі їх достатньої вираженості носять характер надцінних утворень і супроводжуються певним звуженням свідомості. В силу цього при наявності дійсних суїцидальних намірів сформулювати аргументи на користь життя пацієнт практично не може. Найчастіше основним «аргументом» в цих випадках виступає заява про те, що він або вона «здорові і вимагають виписки». Якщо ж у пацієнта з'являються дійсні аргументи на користь життя, то це безперечний показник реального зникнення мотивів до самогубства. Після того як встановлено, що обстежуваний пацієнт дійсно виношує плани покінчити життя самогубством, лікар повинен вибрати відповідну тактику реальної допомоги суїциденту. Ця тактика визначається конкретними умовами, в яких були виявлені суїцидальні тенденції, особливостями останніх, наявністю (відсутністю) психічного розладу. Розглянути всі ці обставини може бути неможливим. Але в будь-якому випадку, перш ніж організувати конкретні заходи, лікарю доводиться досить часто вирішувати і своєрідну морально-етичну проблему. Вона пов'язана з необхідністю визначення правомірності кордонів втручання в життя пацієнта і його переживання. Зрозуміло, що при наявності психічного розладу, що супроводжується суїцидальними тенденціями, лікар повинен керуватися «Законом про психіатричну допомогу», яка передбачає госпіталізацію хворого в примусовому порядку.

У питанні про самогубство в контексті психіатрії слід зауважити, що «краще допустити помилку, рятуючи життя». Складність виникаючих морально-етичних проблем при виявленні у пацієнта суїцидальних тенденцій ніяк не знімає з лікаря (або будь-якого фахівця, який знайшов їх) необхідності організації найелементарніших заходів щодо запобігання самогубства. Вже писалося про суттєві відмінності цих заходів в залежності від конкретних умов, в яких були виявлені суїцидальні тенденції - психіатрична лікарня, інші лікувальні установи. Зрозуміло, що ступінь ризику здійснення спроби самогубства в першу чергу визначає характер заходів і дії лікаря щодо профілактики суїциду. У будь-якому випадку повинен бути план заходів організаційного характеру. Ці заходи включають в тому числі і оформлення відповідної документації, яка, на жаль, в подальшому може стати матеріалом юридичного характеру. У будь-якому випадку важливо зробити недоступними зняття і засоби самогубства (в першу чергу ліки і отруйні речовини, зброю). Необхідно також довести до відома осіб з найближчого оточення суїцидента про наявність у нього суїцидальних тенденцій і проінструктувати їх про необхідність і методи контролю поведінки та вказати установи або осіб до яких слід звернутися при посиленні суїцидальної активності. У медичних установах обов'язковим є вилучення у хворого упаковок з самими різними ліками, виключення будь-якого роду домашніх відпусток та інших форм «заохочення і полегшення» реалізації суїцидальних задумів. При наявності зв'язку далеких задумів і намірів пацієнт не повинен залишатися один. Як пише американський судовий психіатр Ph. Resnick (2002). виявлення у пацієнта суїцидальних намірів перетворює лікаря в противника, тому надії на виконання тих чи інших домовленостей з людиною, що задумав самогубство, досить примарні. Від однієї третини до половини психіатричних або психотерапевтичних антисуїцидальних контактів надалі супроводжувалися спробами покінчити життя самогубством. Лікар не має права обманювати пацієнта, заявляючи, що він «нікому не скаже» про наявність суїцидальних тенденцій (такий «договір ні в

якому разі укладати не можна). Більш того, етичним обов'язком і навіть законодавством закріплено, що лікар будь-якого профілю при сумнівах в можливості надання допомоги в повному обсязі суїциденту особисто зобов'язаний звернутися до відповідних служб і більш компетентним фахівцям. У світлі сказаного вище при своєрідному звуженні свідомості у самогубці на стадії формування задумів і намірів значення договору з лікарем змінюється в залежності від ступеня (виразності) суїцидального ризику. Цей ризик, в першу чергу, визначається стадією розвитку суїцидальних тенденцій, швидкістю їх формування і конкретним змістом. Для більш адекватної оцінки ризику суїциду з точки зору розвитку тенденцій, пов'язаних з самогубством, весь спектр суїцидальної активності представлений у вигляді п'яти рівнів.

Діагностика суїцидальної поведінки.



Основний метод оцінки суїцидального потенціалу є традиційний *клініко-психопатологічний метод* та *психологічний аналіз*.

Багатоосьова діагностика дозволяє проаналізувати:

1. клінічні характеристики стану пацієнта;
2. етно-культуральні характеристики;

3. соціально-економічні характеристики;
4. світогляд;
5. характерологічні особливості пацієнта.

Під час вивчення технологій консультування таких пацієнтів, необхідно знати мету консультації, а саме:

1. визначення суїцидального потенціалу та ступеню його виразності;
2. визначення індивідуальних факторів, що потенціюють чи лімітують скоєння самогубства;
3. прийняття рішення про направлення на консультацію до психіатра або госпіталізацію хворого;
4. визначення фармакологічної та психотерапевтичної стратегії ведення даного пацієнта.

Особливості проведення діагностичного інтерв'ю з суїцидентами.

Поперше, необхідно визначити наявність (або відсутність) антивітальних переживань. Це можна зробити, дізнавшись точку зору пацієнта на власне життя та задоволеність від нього.

Якщо у відповіді на ці питання хворий:

А) говорить, що його життя нічого не варте - необхідно спитати чи виникали у такої людини думки про самогубство. Якщо відповідь позитивна, то необхідно встановити ступінь суїцидального ризику (дивись у підрозділі «Рівні суїцидального ризику»);

Б) відповідає, що таких думок в нього немає – необхідно запитати як саме він вирішив, що не зміг би здійснити самогубство та які в нього плани на подальше життя;

В) треба бути особливо обережним з тими, хто ухиляється від відповіді.

Схема збору суїцидологічного анамнезу.

Основні запитання.

1. Якщо раніше була суїцидальна спроба, то її характеристика (спосіб і вірогідність надання допомоги).
2. Імпульсивність і тривалість суїцидальних думок, у контексті особистісних факторів.
3. Наявність поточних втрат, смертей, суїцидів у соціальному оточенні пацієнта.
4. Поява намірів, що вказують на існування суїцидального плану.
5. Визначення факторів завершення справ, підготовки заповіту.
6. Ступінь ізольованості від соціального оточення.
7. Наявність суїцидів у сімейному анамнезі.
8. Інформація, щодо попередніх госпіталізацій у психіатричний стаціонар.
9. Наявність симптомів деперсоналізації і дереалізації.
10. Наявність синдромів органічного ураження головного мозку.
11. Наявність хронічного соматичного захворювання, особливо з больовим синдромом.
12. Наявність залежності від психоактивних речовин.



Якщо під час бесіди було виявлено три або більше факторів, це свідчить про помірний або високий ризик суїциду у даного пацієнта.

Засновник трансактного аналізу Ерік Берн рекомендував додавати ще наступні запитання:

1. скільки років Ви збираєтеся прожити?;
2. чому саме стільки років?;
3. скільки років Вашим батькам?;
4. хто буде біля Вас, коли ви будете вмирати?;

5. які можуть бути Ваші останні слова?;
6. які були останні слова Ваших батьків (якщо вони померли)?;
7. що Ви залишите після себе?;
8. що буде написано на пам'ятнику після вашої смерті?;
9. що ви б написали на цьому пам'ятнику?;
10. що буде сюрпризом, приємним або неприємним, для Ваших близьких після вашої смерті?;

Більш поглибленого психологічного аналізу потребують особи, чий родичі завершили життя самогубством, тому, що вірогідність повторення суїцидологічного сценарію в них зростає.

У діагностиці суїцидальної поведінки необхідно правильно встановити її поведінкові та лінгвістичні маркери. Це є дуже важливим аспектом у діагностиці, тому що у багатьох випадках люди дисимують свій стан, не відверто відповідають на запитання.



Поведінкові індикатори ризику.

1. Самоізоляція.
2. Тенденція до зневажливого відношення до своєї зовнішності та недотримання правил особистої гігієни.
3. Поява невластивих людині реакцій, наприклад втеча з дому.
4. Домінуючими темами для творчості пацієнта стають теми смерті та самогубств.
5. Прослуховування траурної музики.
6. Підвищена тривожність, метушливість, коливання настрою.

7. Приведення справ у порядок (складання заповіту, написання листів близьким).

Лінгвістичні індикатори ризику.

1. Прямі висловлювання хворого, а також застереження, що відображають суїцидальні тенденції.
2. Виражений егоцентризм у сприйнятті реальності.
3. Наявність безлічі дієслів директивного характеру в контексті суїцидальних висловлювань.
4. Ослаблення або випадіння лексико-семантичної групи, що описує гедоністичні переживання або уявлення.
5. Наявність паралінгвістичних характеристик афективних порушень: явна сповільненість мови, заповнення мовних пауз глибокими вдихами, монотонність інтонації.

Існують особливості діагностики на кожному з етапів формування суїцидальної поведінки.

Діагностика в *пресуїцидальному періоді* заключається у виявленні так званої тріади пресуїцидального синдрому, до неї відносять:

- звуження афективної сфери з обмеженням міжособистісних контактів;
- інверсія агресії;
- наявність суїцидальних фантазій.

Також до пресуїцидального періоду суїцидальної поведінки відносять ознаки, що були знайденими під час психодіагностичної бесіди.

1. Інтелектуально-мнестичні порушення, у вигляді різкого звуження інтелектуальних здібностей.
2. Звуження сприйняття, відчуття безглуздості, самотності.
3. Загострені переживання, відчуття стану краху життєвих планів і надій.
4. Виразне відчуття неприязні до себе, самозвинувачення.

5. Посилення агресивності, спрямованої проти себе та на адресу оточуючих людей.
6. Раптове виникнення ідей про можливість припинити власні страждання шляхом самогубства.
7. Втеча в суїцидальні фантазії, у яких переважають сцени переживань і каяття близьких з приводу смерті хворого.
8. Стан у якому пацієнт, що звоні є спокійним, подумки розробляє детальний план власної смерті.

Показаннями для консультації у психіатра є виявлення наступних факторів суїцидального ризику (по Б. Херперц-Дальманн, 2000).

1. Актуальні суїцидальні задуми з виділенням альтернативних варіантів рішення проблеми.
2. Наявність ознак психічного розладу і залежності від психоактивних речовин.
3. Попередні суїцидальні спроби, особливо протягом останніх 12 місяців.
4. Суїцидальні спроби у сім'ї або серед найближчого оточення.
5. Сімейні конфлікти, особливо з застосуванням насильства.
6. Соціальна ізоляція.
7. Втрата роботи і працездатності, припинення навчання, конфлікти з законом.

Технології об'єктивної оцінки суїцидального ризику

Опитування для визначення ризику суїциду Б. Любан-Плоцца (2000)

Ризик суїциду тим вище, чим більше відповідей «так» на питання 1-11, та «ні» на питання 12-16.

1. Чи доводилося Вам останнім часом думати про самогубство?
2. Якщо так, то чи часто?
3. Чи виникали такі думки мимоволі?
4. Чи є у Вас конкретне уявлення про те, як би ви віддали перевагу позбавити себе життя?

5. Починали Ви підготовку до цього?
6. Чи говорили Ви вже кому-небудь про свої суїцидальні наміри?
7. Чи намагалися Ви вже коли-небудь позбавити себе життя?
8. Чи був у Вашій родині або в колі друзів і знайомих випадок самогубства?
9. Чи вважаєте Ви свою ситуацію безнадійною?
10. Чи важко Вам відволіктися від своїх проблем?
11. Чи зменшилася останнім часом Ваше спілкування з рідними, друзями, знайомими?
12. Зберігається чи є у Вас інтерес до того, що відбувається у Вашій професії і оточенні? Чи залишився ще інтерес до Ваших захоплень?
13. Чи є у Вас хтось, з ким би Ви могли відкрито і довірливо говорити про свої проблеми?
14. Живете Ви зі своєю сім'єю або знайомими?
15. Чи зберігаються у Вас сильні емоційні зв'язки з родиною і / або професійними обов'язками?
16. Чи відчуваєте Ви свою стійку належність до якоїсь релігійної чи іншої світоглядної спільноти?

Відповідно до концепції Н. Пезешкіана, існує чотири види «втєчі» від реальності: «втєча в тіло», «втєча в роботу», «втєча в контакти або самотність» і «втєча у фантазії». Він розробив опитування для хворих, здійснивши суїцидальну спробу.

1. «Я цього більше не витримаю» «Життя - це ілюзія» «Все - гра уяви, химера, уявний світ» «Смерть - це ворота життя». Чи можете Ви пригадати висловлювання, що близькі до цієї проблематики. Яке Ваше відношення до цього?
2. Який засіб ви використовували, щоб піти з життя?
3. Ваше відчуття самоцінності ґрунтується переважно на вашій професійній діяльності?
4. У Вашій професійній діяльності Ви розчаровані, відчуваєте себе відкинутим?

5. Чи була Ваша спроба самогубства викликом навколишньому світу? З якою метою?
6. Ви розповідали кому небудь про ваші спроби самогубства? Їх реакція?
7. Які розчарування передували вашій спробі самогубства? Чи було за цим бажання любові, близькості, захищеності?
8. Чи долають вас думки про безнадійності життя?
9. Чи знаєте Ви причини, що змушують людей інших культурних традицій свідомо позбавляти себе життя (харакірі в Японії)?
10. Чи хотіли би Ви покінчити із нестерпною для вас ситуацією (якою?) життям взагалі?
11. Чи Ви замислювались про глобальні проблеми майбутнього всього людства?
12. Що для вас є сенсом життя?
13. Які плани Ви маєте у професійній, суспільній діяльності, партнерських, сімейних відносинах?

Рекомендації спеціалісту, що обстежує пацієнта з суїцидальними думками. Жоден клініцист не може спрогнозувати, що станеться з пацієнтом, тому метою є оцінка конкретного випадку і визначення ризику.

Уникайте кваліфікації суїцидальної поведінки як - «шантажного» або «демонстративного». Усуньте будь яку безпосередню небезпеку.

Спокійно і з розумінням, використовуючи чіткі команди, потребуйте від пацієнта усунути або відкинути будь яке знаряддя, що використовується в суїцидальному плані. Також потрібно його перевести в інше приміщення, подалі від знарядь самогубства.

Оцініть потребу пацієнта у медикаментозному лікуванні.

Визначте необхідність допомоги зі сторони другої особи.

Визначтесь із тим, наскільки реалістичний суїцидальний план.

1. Оберігаючі чинники (релігійна віра, ганебність самогубства, занепокоєння за сім'ю).
2. З'ясування ситуації пацієнта (фінансова криза, напруга в сім'ї).

3. Ідентифікація місця пацієнта в діапазоні суїцидальності (від абстрактних роздумів про смерть до конкретних планів самогубства).
4. Визначення супутньої психопатології.
5. Не виписуйте пацієнта з інтоксикацією.
6. Якщо є сумніви, краще отримати другу думку.
7. Документуйте рішення і його обґрунтування.

4. Профілактика суїцидів:



Профілактика суїцидальної поведінки - це система заходів, спрямованих на попередження різних проявів суїцидальної поведінки, в тому числі і суїцидальних дій, а також попередження повторних суїцидальних актів.

Класифікація видів профілактики суїцидальної поведінки:

1. За змістом:

- спеціалізовані психіатричні (власне суїцидологічні): медикаментозні і психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на лікування психічних і поведінкових розладів, Потенційований суїцидогенез, і на профілактику формування та попередження суїцидальної активності;
- психологічні - психокорекційні програми, спрямовані на формування антисуїцидальних копінг-стратегій поведінки, зміна особистісних установок, самооцінки, рівня домагань, на формування «антисуїцидальних бар'єру»;
- загальномедичні - лікувальні заходи, спрямовані на усунення соматоневрологічних наслідків суїцидальної спроби і на профілактику інвалідності;

- соціальні - зміна соціально-економічного статусу потенційних і реальних суїцидентів;
- інформаційно-освітні - інформування всіх груп населення про необхідність і способи зміцнення психічного здоров'я, освітні програми з діагностики суїцидонебезпечних станів та невідкладні заходи щодо його запобігання.

2. За послідовністю:

- первинна профілактика - попередження суїцидальних дій серед усіх категорій населення;
- вторинна профілактика - запобігання рецидиву суїцидальної поведінки;
- третинна профілактика - запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду і повторення суїцидальних спроб, запобігання рецидиву аутоагресивної поведінки серед близького оточення.

Найбільш значущими превентивними заходами у профілактиці суїцидів є формування здорового способу життя серед усіх шарів населення, звернення належної уваги на розвиток особистості.



Дуже важливим є створення інформаційних та освітніх програм, що будуть спрямованими на навчання продуктивних поведінкових стратегій в кризових ситуаціях. На державному рівні повинно здійснюватися обмеження доступу до речовин і засобів самогубства. З боку лікарів, необхідно проводити серед пацієнтів ретельну ідентифікацію груп підвищеного ризику.

Програми з *первинної профілактики* повинні бути диференційованими і враховувати вікову, гендерну, професійну, релігійну, етнокультурну та іншу специфіку групи осіб, з якими проводяться превентивні втручання.

Прогностичні критерії суїцидального ризику:

Ознаки	Санкціонуючі	Лімітуючі
Вік	-похилий (більше 65 років); -зрілий	-дитячий -до 40 років
Стать	-чоловічий (суїциди) -жіночий (парасуїциди)	-жіночий(суїциди) - чоловічий(парасуїциди)
Пора року	тепла (квітень-вересень)	холодна (жовтень-березень)
Сімейний стан	-розлучені -вдови -самотні	- ті, що перебувають у шлюбі -міцна соціальна підтримка -наявність дітей
Соціально-економічний стан	-періоди економічної депресії -раптова зміна соціальної мотивації та соціально-культуральних умов -еміграція, дискримінація	-міцні соціальні зв'язки -позитивні ролеві моделі
Зайнятість	-безробітні -низький соціальний статус -пенсіонери	-ті, які працюють -повна зайнятість

Професія	-лікарі (особливо жінки-психіатри, анестезіологи, стоматологи, офтальмологи) -поліцейські офіцери -юристи -музиканти	-можливість вибору, контролю, особистісного професійного росту
Історія сім'ї	-суїцид у члена сім'ї -батьки, що розлучились -зневага вихованням у дитинстві; жорстокість та насилля -діти, батьки яких померли	-повна сім'я -позитивний досвід душевної близькості в ранньому дитинстві -формування навичок життя в соціумі та подолання стратегій поведінки
Фізичне здоров'я	-емоціональна лабільність -підвищена напруженість -низька здатність до формування компенсаторних механізмів та почуття безпорадності -низька самооцінка -невміння послабити фрустрацію -імпульсивність -експлозивність -демонстративність	-позитивне самопочуття -психастеніки -шизоїди
Наявність психологічного та соціального	-стресова ситуація -відчайдушність -імпульсивність	-наявність антисуїцидальних психологічних та

фактора	-кризові стани	соціальний факторів
Попередня суїцидальна поведінка	-серйозні суїцидальні спробі у минулому -менше 3 місяців з моменту попередньої спроби	-відсутня -суїцидальна спроба без серйозних наслідків, яка відбулась більш ніж 12 місяців тому
Наявність суїцидальних планів	-присутній план здійснення суїциду -є намір вчинити суїцид	-відсутній план суїциду -немає суїцидальних намірів
Вираженість депресії	-початковий етап повернення у глибоку депресію -тяжкий депресивний епізод з достатньою енергією для здійснення суїциду -період зміни полюсу афекта -депресія з маренням	-легкий депресивний епізод -інтенсивність депресії виражена, але немає ясності мислення або енергії, необхідної для плану та здійснення суїциду
Вживання психоактивних речовин	-алкогольна та наркотична залежність -наявність інтоксикації	-немає залежності від психоактивних речовин
Медикаментозні засоби з депресивним ефектом	-кортикостероїди, резерпін, антигіпертензивні(пропранолон), аміназин, деякі противоракові та протизаплідні.	

Найбільш важливими превентивними заходами діагностичного характеру є:

- заходи з раннього виявлення групи ризику;
- скринінг-обстеження певних груп;
- вибіркові обстеження.

Також, важливим аспектом первинної профілактики суїцидів є сумісна робота лікарів з фахівцями засобів масової інформації. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, щодо коректного висвітлення трагічних випадків демонструють наступне:

Що слід робити?

1. Тісно співпрацювати з медичними службами при поданні фактів.
2. Називати самогубство "завершеним", а не "успішним».
3. Наводити тільки конкретні дані на внутрішніх сторінках газет.
4. Підкреслювати альтернативи самогубства.
5. Давати інформацію про служби телефонної психологічної допомоги та громадські ресурси.
6. Описувати провісники і попереджувачі ознаки самогубства.



Чого не слід робити?

- Не публікувати фотографії і передсмертні записки самовбивць.
- Не повідомляти про конкретні деталі та використані способи.
- Не приводити спрощених причин того, що сталося.
- Не прославляти самогубство і не перетворювати його в сенсацію.
- Не застосовувати релігійні і культурні стереотипи.
- Не покладати на кого-небудь провину за подію.

Вторинна профілактика

Вторинна профілактика суїцидальної поведінки проводиться з людьми, які вже скоїли суїцидальну спробу, з метою запобігання рецидиву суїцидальної поведінки. Терапевтична тактика по відношенню до пацієнта визначається, перш за все, його соматичним і психологічним станом.

З метою вторинної профілактики використовується міжособистісно-орієнтована психотерапія, спрямована на попередження рецидиву кризи у осіб з хронічним суїцидальним ризиком.

Кризова психотерапія – це невідкладна, ургентна психотерапевтична допомога пацієнтам, які перебувають у кризовому стані і потребують корекції суїцидальних проявів.

Мета кризової терапії:

- усунення симптомів;
- відновлення докризового рівня функціонування людини;
- усвідомлення тих подій, які призвели до стану дисбалансу;
- виявлення внутрішніх ресурсів пацієнта, членів його сім'ї та значущих близьких, для подолання кризи;
- усвідомлення зв'язку між суїцидогенним конфліктом і попередніми йому переживаннями і проблемами;
- освоєння нових моделей поведінки і адаптивних реакцій і стратегій;

Основні задачі кризової терапії.

1. *Кризова підтримка*, що включає:

- встановлення терапевтичного контакту;
- розкриття суїцидонебезпечних переживань;
- мобілізацію психологічних механізмів захисту;
- заключення терапевтичного договору.

2. *Кризове втручання*, що включає:

- розгляд невикористаних способів вирішення кризової проблеми;
- виявлення неадаптивних установок, що блокують оптимальні способи розв'язання кризи;
- корекцію неадаптивних установок;
- активізацію терапевтичної установки.

3. Розширення адаптивних можливостей:

- тренінг невикористаних способів адаптації;
- вироблення навичок самоконтролю та самокорекції по відношенню до неадаптивних установок.

Третинна профілактика

Третинна профілактика суїцидальної поведінки здійснюється з пацієнтами, що вже скоїли суїцид, і з їх родичами. Вона представлена комплексом реабілітаційних програм з напрямком на запобігання інвалідизуючих наслідків суїцида та повторення суїцидальних спроб.

Клінічна картина постсуїцидальних енцефалопатій.

Психічний статус характеризується:

- загальною адинамією (рідше гіперактивність);
- торпідністю мислення;
- розладами пам'яті (в легкому випадку – короткочасної, в більш тяжких – довгочасної, часто з амнезією факту суїцидальної спроби);
- розладами інтелектуальних функцій (різного рівня);
- порушенням критики до свого стану та ситуації;
- неадекватністю поведінки;
- апатією;
- благодушністю (аж до ейфорії).

Неврологічний статус:

У пацієнтів з *постгіпоксичною* і *токсичною* енцефалопатією спочатку переважає загально мозкова симптоматика, часто з вегето-судинними розладами.

У пацієнтів з *опіковою* енцефалопатією спостерігаються ураження лицьового, під'язикового нервів, анізорефлексія, патологічні кистьові та стопні рефлекси.

За ступенем виразності порушень інтелектуально-мнестических функцій, постсуїцидальні енцефалопатії поділяються на 4 рівня:

1. Функціональний:

- відносно короткочасне, незначне зниження пам'яті у постсуїцидальному періоді, що відновлюється через 1-2 тижні;
- критика до свого стану зберігається;
- рівень інтелекту 81-91 IQ .

2. Легкий (мнестичний):

- виразне та стійке зниження мнестичних функцій;
- критична оцінка свого стану збережена;
- Рівень інтелекту 70-80 IQ.

3. Середній (інтелектуально-мнестичний):

- виражене стійке зниження інтелектуально-мнестичних функцій;
- критична оцінка свого стану порушена;
- рівень інтелекту 56-69 IQ.

4. Важкий (дементний):

- глибоке слабоумство, яке практично не корегується терапевтичними заходами;
- рівень інтелекту 59 IQ і нижче.

Комплекс терапії, спрямований на корекцію церебральних процесів:

Для компенсації гіпоксичних розладів мозку, поліпшення обмінних процесів в клітинах мозку і поліпшення інтелектуально-мнестичних функцій застосовують гіпербаричну оксигенацію, в поєднанні з ноотропними засобами.

Для нівелювання лікворно-гіпертензивних і гідроцефальних проявів, поліпшення функцій пам'яті та інтелекту - на заключному етапі лікування доцільно проведення курсу мікрохвильової резонансної терапії.

Організаційні аспекти профілактики.

Підрозділи суїцидологічної служби:

1. телефон довіри, який цілодобово працює і розташований за межами психіатричної лікарні;
2. кабінет соціально-психологічної допомоги. Основне завдання психолога цього кабінету - виявлення осіб з кризовими і суїцидонебезпечними станами, а також їх амбулаторне обслуговування;
3. кризовий стаціонар, який є структурним підрозділом лікарні швидкої допомоги або соматичної лікарні.
4. **Діагностичні шкали, що використовуються при роботі із суїцидентами:**

Шкала для оцінки суїцидального мислення Бека (The Beck Scale for Suicide Ideation (A. T. Beck & R. A. Steer, 1991) призначена для заповнення самим пацієнтом і не вимагає проведення інтерв'ю клініцистом. Факторний аналіз параметрів шкали у осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, дозволив виявити три різновиди оцінюваної суїцидальності: «бажання померти» (5 пунктів), «підготовка до суїциду» (7 пунктів), «актуальне суїцидальне бажання» (4 пункти) .

<p>Близькість інших під час спроби:</p> <ul style="list-style-type: none"> – хтось був присутній; 0 – хтось був поруч або з ким-то був контакт, візуальний або вербальний (наприклад, по телефону); 1 – нікого не було поруч і ні з ким не було можливості контакту 2 	
<p>Час спроби:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вибрано так, що втручання інших ймовірно; 0 – вибрано так, що втручання інших майже не можливо; 1 – вибрано так, що втручання інших виключено; 2 	
<p>Запобіжні заходи на випадок відкриття і / або інтервенції інших:</p> <ul style="list-style-type: none"> – запобіжні заходи не були прийняті; 0 – пасивні заходи, як, наприклад, уникати інших, але нічого не робити для того, щоб перешкодити їхньому втручання (наприклад, один в кімнаті, не замикаючи двері на замок); 1 – активні заходи (наприклад, замкнені двері); 2 	
<p>Робити що-небудь для того, щоб отримати допомогу під час спроби або після неї:</p> <ul style="list-style-type: none"> – поінформував можливого лікаря (лікарів) або медсестру (медсестер) про спробу; 0 – шукав контакт, але не поінформував можливого лікаря (лікарів) або медсестру (медсестер) про спробу; 1 – не шукав контакт з можливими лікарями (лікарем) або медсестрами (медсестрою); 2 	
<p>Останні дії в зв'язку з очікуваною смертю (наприклад, заповіт, дарування, страхівка):</p> <ul style="list-style-type: none"> – ніяких; 0 – людина збирався вирішити якісь певні справи або насправді так і вирішив їх (наприклад, оплатив рахунки); 1 – людина прийняла якісь певні заходи (наприклад, написав 2 	

	заповіт, віддав якісь власності);	
--	-----------------------------------	--

	Ступінь, в якому спроба була запланована:	
	– немає вказівки планування;	0
	– майже ніякого планування або обмежене планування;	1
	– детальний план суїциду;	2
	Прощальний лист:	
	– людина не написала прощального листа і не думала про це;	0
	– людина думала про прощальний лист або написав, але потім його порвав;	1
	– написав один лист або більше;	2
	Висловлювання про суїцид за рік до спроби:	
	– ніяких висловлювань;	0
	– двозначні і приховані висловлювання;	1
	– недвозначні вислови;	2
	Пояснення мети спроби:	
	– маніпулювати оточенням, отримати увагу, реванш;	0
	– компоненти з пункту попереднього і подальшого;	1
	– позбавлення, рішення проблем;	2
	Імовірність смерті:	
	– думки про небажання смерті;	0
	– думки, що смерть можлива, але все ж таки неможлива;	1

	– думки, що смерть імовірна або визначена;	2
	Концепція вибору виду смерті:	
	– менше наслідків для себе;	0
	– невпевненість в тому, що міра повинна бути смертельною;	1
	– придатність або адекватність задуманої заходи для смертельного результату;	2
	Серйозність спроби:	
	– спроба не серйозна для самогубства;	0
	– невпевненість у серйозності спроби для успішного кінця;	1
	– серйозність спроби для задуманого самогубства;	2
	Позиція щодо життя / смерті:	
	– немає бажання померти;	0
	– компоненти з пункту попереднього і подальшого;	1
	– бажання померти;	2

	Концепція медичного порятунку:	
	– смерть неможлива при наявності медиків;	0
	– невпевненість у запобіганні смерті медиками;	1
	– впевненість в смерті навіть при наявності медичної допомоги;	2
	Ступінь готовності:	
	– ніякої, імпульсивна діяння;	0
	– обдумування спроби протягом 3 або менше годин;	1
	– обдумування спроби протягом більше 3 годин;	2

Для експрес-оцінки ризику суїциду використовується шкала SAD PERSONS Scale (W.M. Patterson, H.H. Dohn, J.Bird, et al. 1983). Назва шкали- це акронім з 10 ознак:

S	Стать	1 - чоловіча, 0- жіноча
A	Вік	1 - 19 років і молодше або 45 років і старше
D	Депресія	1- має місце
P	Минулі спроби	1- має місце
E	Зловживання етанолом	1-має місце
R	Втрата раціонального мислення	1- якщо пацієнт має будь яку нозологію (шизофренія, афективні розлади, органічні ураження ЦНС)
S	Втрата соціальної підтримки	1- є втрата, особливо недавня втрата значимої іншої особи
O	Підготовка плану	1-план є і метод летальний
N	Немає дружини (чоловіка)	1-розлучений, неодружений або самотній
S	Хвороби	1-особливо якщо хронічні, важкі, інвалідизуючи

Керівництво до дій відповідно до шкали SAD PERSONS Scale:

Бали	Передбачувані клінічні дії
0-2	Надіслати додому без подальшого клінічного спостереження
3-4	Спостереження - розгляд питання госпіталізації
5-6	Необхідність госпіталізації, здійснення постійного спостереження
7-10	Госпіталізація або примусова допомога

Тест-опитувальник депресії (Beck Depression Inventory) був запропонований Аароном Т. Беком в 1961 році на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити перелік симптомів депресії. Кожен пункт опитувальника складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомів депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомої ваги симптому в загальній ступеня тяжкості депресії.

1.	<p>1. Не відчуваю, ані туги, ані пригнічення.</p> <p>2. Відчуваю пригнічення і тугу.</p> <p>3. Постійно відчуваю пригнічення та тугу або не можу їх позбутись.</p> <p>4. Я постійно нещасливий, а настрій такий поганий, що Я не можу цього винести.</p>
2.	<p>1. Особливо не переймаюсь майбутнім.</p> <p>2. Часто переживаю за майбутнє.</p> <p>3. Переживаю, що в майбутньому мене не чекає нічого хорошого.</p> <p>4. Відчуваю, що майбутнє є безнадійним і нічого доброго мене там не чекає</p>
3.	<p>1. Вважаю себе реалізованою людиною.</p> <p>2. Я рахую що в мене більше невдач ніж у інших.</p> <p>3. Коли аналізую моє минуле, бачу багато помилок та невдач.</p> <p>4. Я невдаха і все роблю зле.</p>
4.	<p>1. Те, що Я роблю дає мені задоволення.</p> <p>2. Мене не тішить, те що Я роблю.</p>

	<p>3. Мені ніщо не дає зараз правдивого задоволення.</p> <p>4. Не можу відчувати задоволення та приємності і все мене нудить.</p>
5.	<p>1. Не відчуваю провини, ні за себе, ні за інших.</p> <p>2. Досить часто маю почуття провини.</p> <p>3. Часто відчуваю, що провинився.</p> <p>4. Постійно почуваю себе винним.</p>
6.	<p>1. Вважаю, що Я не заслуговую на кару.</p> <p>2. Вважаю, що Я заслуговую на кару.</p> <p>3. Сподіваюсь, що мене покарають.</p> <p>4. Знаю, що Я покараний.</p>
7.	<p>1. Я з себе задоволений.</p> <p>2. Я з себе не задоволений.</p> <p>3. Відчуваю до себе відразу.</p> <p>4. Ненавиджу себе.</p>
8.	<p>1. Не вважаю себе гіршим за інших.</p> <p>2. Я занадто критично сприймаю власні слабості та помилки.</p> <p>3. Постійно виню себе за те, що все іде не так.</p> <p>4. Виню себе за все зло, яке існує.</p>
9.	<p>1. В мене не має навіть думки нанести собі шкоду.</p> <p>2. Думаю про самогубство, але Я не буду цього робити.</p>

	<p>3. Прагну померти.</p> <p>4. Я б вбив себе, якби зміг.</p>
10.	<p>1. Я плачу не частіше ніж звичайно.</p> <p>2. Плачу частіше ніж у минулому.</p> <p>3. Постійно хочеться плакати.</p> <p>4. Хотілось би плакати, але вже не маю сліз.</p>
11.	<p>1. Зараз Я нервуюсь не частіше ніж у минулому.</p> <p>2. Я частіше нервуюсь та дратуюсь ніж у минулому.</p> <p>3. Я стабільно нервуюсь та дратуюсь.</p> <p>4. Все, що колись мене нервувало та дратувало, тепер мені без різниці.</p>
12.	<p>1. Цікавлюсь людьми як колись.</p> <p>2. Цікавлюсь людьми менше ніж у минулому.</p> <p>3. Втратив зацікавлення іншими людьми.</p> <p>4. Я втратив всіляке зацікавлення іншими людьми.</p>
13.	<p>1. Рішення приймаю легко, так як у минулому.</p> <p>2. Частіше ніж у минулому відволікаю прийняття рішень.</p> <p>3. Маю великі труднощі з прийняттям рішення.</p> <p>4. Я не в стані прийняти самостійного рішення.</p>
14.	<p>1. Вважаю, що виглядаю не гірше ніж колись.</p> <p>2. Переживаю, що виглядаю старим та непривабливим.</p>

	<p>3. Відчуваю, що виглядаю гірше.</p> <p>4. Я переконаний що виглядаю жахливим та відштовхуючим.</p>
15.	<p>1. Можу працювати як у минулому.</p> <p>2. З труднощами розпочинаю кожну роботу.</p> <p>3. З великими зусиллями змушую себе робити хоча б що-небудь.</p> <p>4. Я не можу нічого робити.</p>
16.	<p>1. Сплю добре, як і у минулому.</p> <p>2. Сплю гірше ніж у минулому.</p> <p>3. Зранку буджусь на 1-2 години швидше ніж у минулому і важко потім заснути.</p> <p>4. Буджусь на кілька годин швидше і не можу заснути.</p>
17.	<p>1. Не втомлююсь більше ніж у минулому.</p> <p>2. Втомлююсь швидше ніж у минулому.</p> <p>3. Втомлююсь від усього, що роблю.</p> <p>4. Я занадто втомлений, щоб хоч щось робити.</p>
18.	<p>1. Маю апетит не гірший ніж у минулому.</p> <p>2. Маю трошки гірший апетит.</p> <p>3. Апетит мій сильно погіршився.</p> <p>4. Не маю апетиту взагалі.</p>
19.	<p>1. Не втрачаю ваги взагалі.</p>

	<p>2. Втратив більше ніж 2 кг ваги.</p> <p>3. Втратив більше ніж 4 кг ваги.</p> <p>4. Втратив більше ніж 6 кг ваги.</p>
20.	<p>1. Не переймаюсь своїм здоров'ям більше ніж у минулому.</p> <p>2. Переймаюсь своїм здоров'ям, маю розлади травлення, болі та запори.</p> <p>3. Стан мого здоров'я дуже мене бентежить, часто про це думаю.</p> <p>4. Так сильно переживаю за власне здоров'я, що не можу сконцентруватись на інших речах.</p>
21.	<p>1. Мої статеві зацікавлення не змінилися порівняно з минулим.</p> <p>2. Я вже менше зацікавлений статевими справами.</p> <p>3. Статеві справи набагато менше мене цікавлять ніж у минулому.</p> <p>4. Я втратив всілякі зацікавлення статевими справами.</p>

0-11 немає депресії,

12-19 легкий рівень депресії,

20-26 середній рівень депресії,

вище 26 балів необхідна консультація спеціаліста

Інтерпретація: 1,2,3,4 це кількість балів.

6. Тестовий контроль

1. Акт навмисного позбавлення себе життя позначається терміном:

- А) Суїцидальна поведінка;
- Б) Суїцидальна спроба;
- В) Суїцид або самогубство;*
- Г) Все перелічене;

2. У який період суїцидальної поведінки відбувається формування пасивних суїцидальних думок, суїцидальних задумів та суїцидальних намірів?

- А) Досуїцидальний;
- Б) Пресуїцидальний;*
- В) У період реалізації суїцидальних замірів;
- Г) Постсуїцидальний;

3. Вкажіть варіант постсуїцидальної поведінки, коли суїцидогенний конфлікт та суїцидальні прояви повністю відсутні?

- А) Критичний варіант;*
- Б) Аналітичний варіант;
- В) Суїцидально-фіксований варіант;
- Г) Маніпулятивний варіант;

4. Оберіть варіант, де вірно перелічені основні детермінанти суїцидальної поведінки:

- А) Біологічні, культуральні та особистісні характеристики;
- Б) Генетичні, середовищні та особистісні характеристики;
- В) Статусні, етно-культуральні та особистісні характеристики;
- Г) Особистісні, середовищні та статусні характеристики; *

5. До факторів суїцидального ризику не відноситься:

- А) Жіноча стать; *
- Б) Вдівці, розлучені, не одружені люди;
- В) Обтяжений сімейний анамнез;
- Г) «Тунельна поведінка»;

6. До найбільш суїцидонебезпечних психопатологічних синдромів відноситься:

- А) Онейроїдний синдром;
- Б) Постпсихотична депресія;*
- В) Парафреничний синдром;
- Г) Марення реформаторства;

7. Найбільш розповсюдженими шляхами самогубства при алкогольній залежності є:

- А) Самопорізи, самоповішення;*

- Б) Самоповішення, використання вогнепальної зброї;
- В) Отруєння ядохімікатами, самопорізи;
- Г) Самоповішення, вистрибування із вікон багатоповерхових домівок;

8. Розвиток ангедонії, стійке зниження настрою, наявність антивітальних переживань характеризують який рівень суїцидального ризику?

- А) Ступінь ризику: максимальний;
- Б) Ступінь ризику: середній;
- В) Ступінь ризику: нижче середнього;*
- Г) Ступінь ризику: мінімальний;

9. До поведінкових індикаторів ризику суїцидальної поведінки не відносять:

- А) Домінуючі теми для творчості пацієнта – теми смерті та самогубства;
- Б) Підвищена тривожість, метушливість;
- В) Самоізоляція;
- Г) Виразний гедонізм у сприйнятті реальності;*

10. До третинної профілактики самогубств відносять:

- А) Запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду і рецидиву аутоагресивної поведінки серед близького оточення пацієнта;*
- Б) Попередження суїцидальних дій серед усіх категорій населення;
- В) Запобігання рецидиву суїцидальної поведінки;

Г) Освітні програми, щодо боротьби із стигматизацією.

Типові задачі.

1. Чоловік, 23 роки. Доставлений у відділення поліції через участь у бійці та перешкоджанню роботі співробітників поліції. Місяць тому був умовно-достроково звільнений з місця позбавлення волі. Свою поведінку пояснював тим, що він не скоював нічого поганого, а навпаки, намагався допомогти поліції виконувати їх працю. Після того, як чоловік дізнався, що на нього будуть заводити кримінальну справу, хворий скоїв спробу самоповішення із виразною асфіксією, з наступним розвитком антероградної амнезії. У лікарні заявляє: «Коли співробітники поліції сказали, що я чинив опір та скоїв злочин – я одразу зрозумів, що не хочу у колонію. А коли вони дізналися, що я достроково звільнений, то я одразу-ж вирішив повіситися. Більше вже ні за що не думав: ані про поліцію, ані про суди. Усе затьмарила думка, що я не піду у колонію, але потім, коли я вже прийшов до себе, зрозумів, що ще невідомо, як все буде складатися у майбутньому.

А) Встановіть особистісний сенс самогубства? Обґрунтуйте свою відповідь.(Уникнення покарання, протест)

Б) Складіть схему опитування даного пацієнта для того, щоб встановити рівень суїцидального ризику.

В) Чи варто госпіталізувати такого хворого у психіатричну лікарню?

2. Чоловік 46 років, розлучений, страждає на цукровий діабет 2 типу, надійшов у лікарню після спроби самогубства – намагався стрибнути з даху дев'ятиповерхового дому. В анамнезі: батько, у стані

алкогольного сп'яніння завершив життя самогубством у 32 роки. Свою поведінку пояснює наступним чином: «Тиждень тому дізнався, що колишня дружина живе з іншим чоловіком та нашим сином, після цього став нібито сам не свій. Я кохаю її. Не бачу більше сенсу жити. Не розумію, як вона могла так вчинити зі мною». Суїцидальні думки не заперечує, говорить, що: «не вдалося померти цього разу, на наступний раз може щось і вийде».

А) Перелічіть, які суїцидальні фактори ризику були наявні у цього пацієнта? (стать, сімейний стан, хронічне соматичне захворювання, обтяжений сімейний анамнез, наявність психоемоційної травми).

Б) Встановіть рівень суїцидального ризику у цього пацієнта, чи є вірогідність повторної спроби самогубства?

В) Тактика ведення цього пацієнта?

3. Жінка 36 років, під час сварки із чоловіком раптово схопилася за ніж та почала наносити собі самопорізи в ділянці ліктьових згинів. Під час бесіди з лікарем емоційно лабільна, демонстративна, плаче, говорить: «За що мені така доля? Я гарна людина, це все чоловік винний, він довів мене до подібного стану». Суїцидальні думки заперечує, каже: «Я не хотіла помирати, лише тільки злякати чоловіка, щоб він зрозумів, що мене не треба ображати».

А) Вкажіть різновид суїцидальної спроби у наведеному прикладі? (Демонстративно-шантажна суїцидальна спроба)

Б) Який розлад особистості наявний у цієї пацієнтки? (істеричний)

В) Чи схильні такі пацієнти до скоєння повторних спроб самогубства? Обґрунтуйте свою відповідь. (Люди із істеричним розладом особистості схильні до повторення суїцидальних спроб та при цьому спостерігається

зміна шляхів самогубств: з більш тяжких на більш легкі (отруєння або самопорізи). Таку ситуацію можливо пояснити тим, що чинивши аутоагресивні дії, людина закріплює таку модель поведінки при вирішенні конфліктних проблем та вчиться таким чином шантажувати оточуючих).

Перелік літератури:

1. Дьоміна О. О. Суїцидальна поведінка при гострій реакції на стрес у осіб молодого віку: (Особливості формування, методи корекції та профілактики): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Харків, 2004. – 20с.
2. Крамар Ю. А. Суїцидальна поведінка та самоушкодження: організаційні заходи. *НейроNews*. 2019. №1(102). С. 39 – 41.
3. Пилягіна Г.Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України // *Новости медицины и фармации*. – 2007. - №215. – С. 10-11
4. Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Лист МНО України №1/9-241 від 27.06.2001 [Текст] / В.М. Прийменко. – К: КМПУ ім. Д. Грініченка, 2005. – 43 с.
5. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В.П. Москальця. – Київ – Івано-Франківськ: Плай, 2002. – 249 с.
6. Roy A. – Suicide in doctors // *Psychiatric Clin. North Amer.* – 1985. – Vol.40. – P. 971-974.
7. Shneidman E. – Definition of suicide. – N.Y.: 1985. - 147 p.

