



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Психолого-психіатричні та соціальні аспекти суїцидології та невідкладної психотерапії

д.мед.н., професор Васильєва Ганна Юріївна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Загальна суїцидологія

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).



СОЦІАЛЬНО - ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Україна увійшла до групи країн із високим рівнем суїцидальної активності.

За різними оцінками експертів, кількість самогубств в Україні коливається в межах 20 - 42 випадків на 100 тисяч населення.

Найвища смертність внаслідок суїциду зафіксована у регіонах, які найбільше постраждали від Чорнобильської катастрофи, а також у східних промислових областях України. Західні регіони оцінюються як більш благополучні щодо поширення самогубств. Найнижчий рівень самогубств - у Закарпатській області. Дослідники вважають, що одним із визначальних факторів, котрі стримують західних українців від фатального вчинку, є християнські традиції, які ще збереглися й активно підтримуються жителями цих країв.

Загалом середньостатистичні показники вчинених самогубств в Україні становлять 29 осіб на 100 тис. населення.

Офіційна статистика самогубств значно відрізняється від реальної (приблизно в чотири рази), оскільки до неї потрапляють лише явні випадки. Ніхто не фіксує випадків невдалих спроб самогубства, кількість, за різними оцінками, в 10-20 разів більше, ніж завершені самогубства.

За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку закінчують життя самогубством понад 1 млн осіб.

СУЇЦИД ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН (ПОВЕДІНКА, ПРИЧИНИ, МОТИВИ)

Суїцид (лат. sui - себе і caedere - вбивати) - навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Замах людини на власне життя кваліфікують як самогубство за умови, що вона усвідомлює значення своїх дій і керує ними.

У всіх інших випадках здійснення людиною дій, які завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, кваліфікується як аутоагресивна поведінка/нещасний випадок.

Аутоагресивна (грец. autos - сам і лат. aggressio - напад) поведінка - специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю.

ВИДИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ:

- 1) **суїцидальна поведінка** - усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя;
- 2) **суїцидальні еквіваленти** - неусвідомлені дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;
- 3) **несуїцидальна аутоагресивна поведінка** - різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких безпечна для життя.

У середовищі молоді найпоширенішими соціально-психологічними детермінантами

Є:

- ▶ соціальна ізоляція (вимушене тривале перебування в умовах обмежених стосунків та цілковита відсутність соціальних контактів);
- ▶ групове неприйняття;
- ▶ зниження толерантності до «значущих інших»;
- ▶ внутріособистісний конфлікт між статусом і домаганнями;
- ▶ самотність (породжена розчаруванням у людях, втратою соціальних контактів, невизнанням індивіда на рівні міжособистісній взаємодії);
- ▶ соціальнопсихологічне відчуження (збіднення комунікативних дій);
- ▶ зростання незадоволення (статусно-рольові розбіжності);
- ▶ неадекватність ціннісного ставлення та самооцінки;
- ▶ комунікативна неспроможність;
- ▶ зниження престижу, авторитету;
- ▶ міжособистісні конфлікти, а також конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою.

Термінологія

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 ідеацію), планування самогубства, суїцидальні спроби та сам суїцид.

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

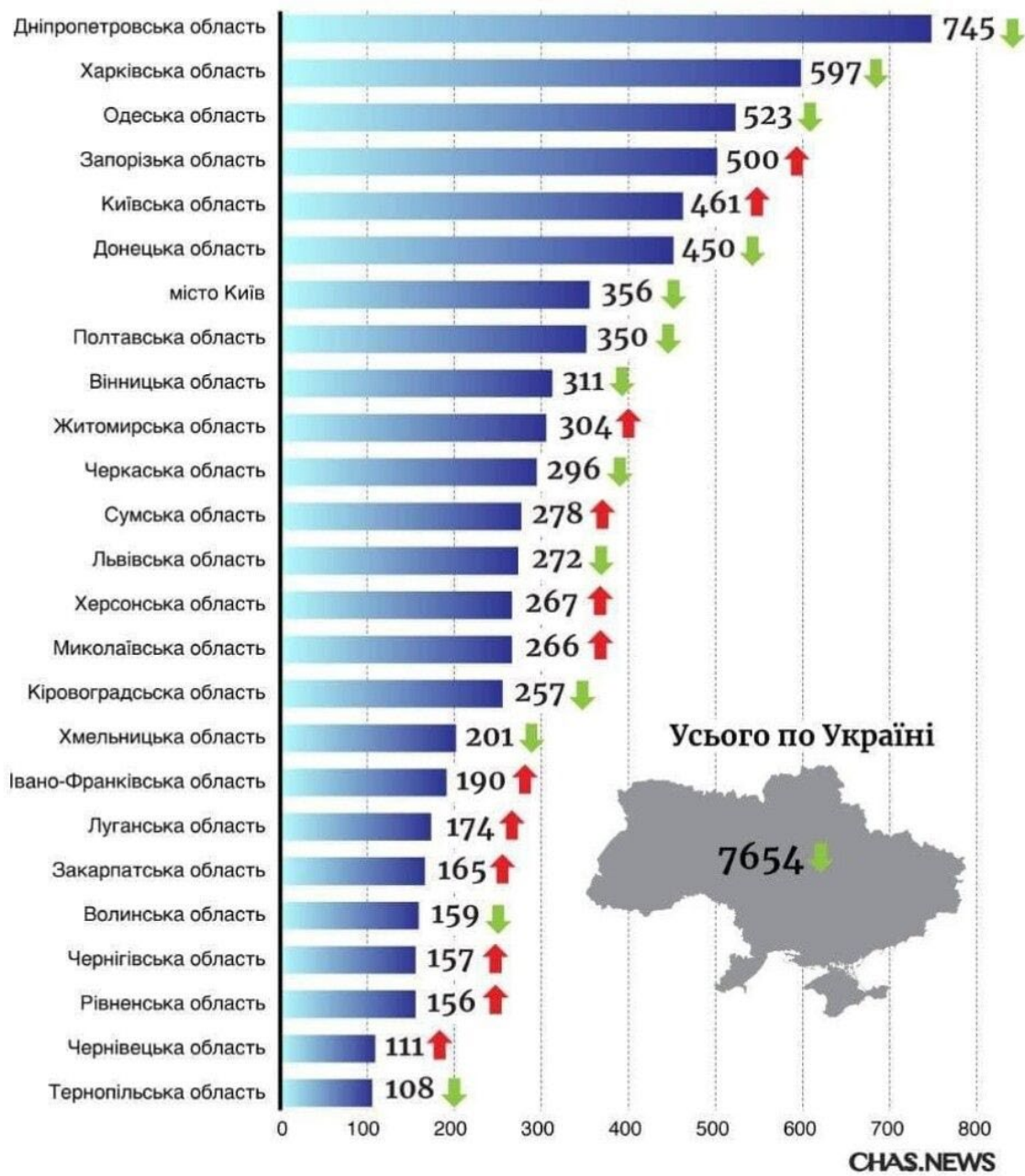
Епідеміологія та моделі суїцидів

Суїциди є однією із найбільш глобальних проблем у сучасному світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) кожні 40 секунд у світі відбувається чергове самогубство. В цілому за рік добровільно прощаються з життям майже 800 тисяч осіб. Варто зазначити, що ці цифри не враховують спроби суїциду. За оцінками ВОЗ, вони відбуваються приблизно у 20 разів частіше.

Суїциди є другою, за частотою, причиною смерті у віковій категорії людей від 15 до 29 років.



Де в Україні скоїли найбільше самогубств у 2020 році



Україна перевищує середньосвітові показники за кількістю самогубств на душу населення.

7654 українці покінчили життя самогубством у 2020 році

Основні причини самогубств — депресія, фінансові проблеми, сварки з рідними, непорозуміння з однолітками, з 2020 року додався і коронавірус, а з 24 лютого 2022 року — повномасштабна військова агресія з боку рф.

Експерти зазначають, що в групі ризику — підлітки 12-19 років, а також дорослі люди до 45 років.

концептуальні моделі суїцидів

1. **Нейрохімічна гіпотеза** – найбільш розповсюдженою біохімічною теорією є серотонінова. Багато досліджень, що доводять наявність зниження метаболізму 5-HIAA 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.

Динаміка розвитку та шляхи самогубств.

Виділяють декілька ключових періодів у скоєнні суїциду.

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 самотійно 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.

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.

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.

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



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.



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.

Діагностика суїцидальної поведінки

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.

Діагностика в пресуїцидальному періоді

Пресуїцидальна тріада:

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

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-плоца (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 «втечі» від реальності: «втеча в тіло», «втеча в роботу», «втеча в контакти або самотність» і «втеча 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?

Визначтесь із тим, наскільки реалістичний суїцидальний план:

1. Оберегаючи 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.

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.

первинна профілактика

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.

Прогностичні критерії суїцидального ризику:

Ознаки	Санкціонуючі	Лімітуючі
1	2	3
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

1	2	3
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

1	2	3
Наявність психологічного та соціального фактора	-стресова ситуація -відчайдушність -імпульсивність -кризові стани	-наявність антисуїцидальних психологічних та соціальних факторів
Попередня суїцидальна поведінка	-серйозні суїцидальні спроби 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),	

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 міжособистістно-орієнтована психотерапія, спрямована на попередження рецидиву кризи у осіб з хронічним суїцидальних 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 невипробуваних 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 невипробуваних способів адаптації;
- вироблення навичок самоконтролю та самокорекції по відношенню до не адаптивних 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.

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) .

Для експрес-оцінки ризику суїциду використовується шкала **SAD PERSONS scale**

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 нещодавня 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

W.M. Patterson, H.H. Dohn, J.Bird, et al. 1983

**Щиро дякую за Ваш
час
та увагу!**



**Бережіть себе
та своїх
близьких та
будьте
здорові!**