

**I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**

**СУИЦИДОЛОГИЯ - АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ, ВЫЗОВЫ
И СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ**

**АССОЦИАЦИЯ
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**

**СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
«САМОУБИЙСТВУ СТОП!»**

Сборник научных статей

**Санкт-Петербург
СИНЭЛ
2016**

УДК 616.89-008.441.44

ББК 88.4я43

С89

Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: I научно-практическая конференция: сборник научных статей. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 144 с.

В надзаг.: Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психиатрии. Социальный проект «Самоубийству Стоп!».

I. «Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения», научно-практическая конференция (1; 2016; Санкт-Петербург)

ISBN 978-5-9908583-4-3

Сборник статей посвящен актуальной медицинской и социальной проблеме – профилактике и превенции суицидального поведения. Резкий рост суицидов в конце XX века в России и расширение групп риска – это вызов для профессионального сообщества. Статьи сборника отражают современные тенденции в практике специалистов различных профессий. Мультидисциплинарность проблемы отражена в результатах исследований, которые представлены для дискуссий в научном сообществе. Статьи сборника являются также практико-ориентированными и отражают междисциплинарный характер взаимодействия специалистов, сталкивающихся в своей работе с проблемой суицидального поведения. Научно-практическая конференция, посвященная актуальным проблемам и современным решениям в области суицидологии, призвана способствовать повышению качества образования специалистов и оказанию ими профессиональной помощи пациентам с суицидальным поведением.

ISBN 978-5-9908583-4-3

УДК 616.89-008.441.44

ББК 88.4я43

Авторы составители: Ковпак Д. В. и Ковпак А. И.

Содержание

Клинико-психопатологические особенности пресуицидального периода суицидентов Абдумуродов И., Абдуллаева В. К.	6
Анализ суицидального риска у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного генеза Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М.	10
Суицидологический паспорт депрессии Герасимчук М. Ю.	17
Течение раннего постсуицидального периода у лиц с различным психическим здоровьем Днов К. В., Рутковская Н. Н., Баурова Н. Н.	19
Особенности реализации самоубийств у военнослужащих (по данным психологической аутопсии) Днов К. В., Серегин Д. А.	21
Межведомственное взаимодействие в профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних Золотова А. Н., Ермаков С. Е.	24
Когнитивные паттерны латерализации у лиц, совершивших суицидальную попытку Иванов О. В.	27
Портрет суицидента (по данным Тульской области за 2014-2015 гг.) Ивашиненко Д. М., Дандыкина Т. В., Бурделова Е. В.	34
Потеря жизненного смысла и суицидальное поведение личности Каяшева О. И.	40

Использование «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении и профилактике суицидального поведения	
Ковпак Д. В.	44
Тенденции распространенности суицидов в Удмуртской Республике и Российской Федерации, 1992 – 2003 гг.	
Лазебник А. И.	65
Суицидология на марше: задания на сегодня и завтра	
Любов Е. Б.	67
Лечебно-реабилитационная помощь лицам после суицидальной попытки во внебольничных условиях	
Магурдумова Л. Г.	70
Современные проблемы профилактики самоубийств в вооруженных силах России	
Нечипоренко В. В., Днов К. В., Серегин Д. А.	74
Особенности эмоционально-личностной сферы подростков с суицидальными попытками	
Николаева Н. В.	77
Роль экспериентального избегания в развитии суицидального поведения и возможности поведенческой терапии принятия и ответственности в работе с ним	
Павлов Н. А.	83
Перспектива жизни: будущее глазами социальных сирот. Превенция суицидального поведения	
Размахова О. Л.	92
Групповые формы психотерапевтической работы при суицидальном и самоповреждающем поведении у подростков	
Романова Е. В.	99

Суицидальное поведение и особенности религиозности у пациентов психиатрического стационара	
Рутковская Н. С.	104
Особенности раннего постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара, совершивших суицидальные попытки	
Рутковская Н. Н., Днов К. В.	107
Картина мира суицидентов как объект психологической помощи	
Соловьева С. Л.	109
Особенности и пути оптимизации суицидологической службы в Астраханской области	
Тарханов В. С., Тарасенко Ж. Л.	115
Суицидальное поведение подростков	
Турчанинов Е. Е.	122
Профилактика суицидов в психиатрическом стационаре	
Цупрун В. Е.	128
Новая организационная структура деятельности по профилактике суицидов в уголовно-исполнительной системе	
Черенков А. А., Бурт А. А.	130
Некоторые методические аспекты оказания помощи при незавершенных суицидах в практике пенитенциарного врача	
Черенков А. А., Бурт А. А., Пономарев С. Б., Ильинцев Е. В.	137

Клинико-психопатологические особенности пресуицидального периода суицидентов *Абдумуродов И., Абдуллаева В.К.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт Кафедра психиатрии с медицинской психологией

Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества. По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %. По данным ВОЗ (2003) наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы, где уровень самоубийств варьируется от 3,8 до 40 на 100 000 населения [5]. Если учесть число неудавшихся самоубийств, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более [2]. Уровень суицидов среди лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, превышает уровень самоубийств в общей популяции от 2,5 [1] до 5 раз [3]. Процент выявляемых аффективных нарушений среди суицидентов составляет от 70 до 80% [4]. Особенности психического состояния лиц, совершивших суицидальные попытки, являются предметом исследований ученых, практических врачей, социологов, психологов, психиатров.

Цель исследования – изучить особенности пресуицидального периода и личностные особенности суицидентов.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 пациентов, поступивших в городскую клиническую психиатрическую больницу г.Ташкента в связи с совершенной суицидальной попыткой. Средний возраст обследованных составил $34,4 \pm 2,3$ года. Оценка психического статуса проводилась в постсуицидальном периоде и при реконструкции пресу-

ицидального периода. Депрессивные расстройства дифференцировались по типу ведущего аффекта. Результаты обследования дополнялись анализом стандартизированных психометрических шкал – шкалы Монтгомери-Асберг (MADRS) для оценки уровня депрессии, шкалы самооценки уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина, опросника Шмишека-Леонгарда, методики определения уровня субъективного контроля (УСК). При помощи методики Плутчика-Келлермана-Конте изучены особенности механизмов психологической защиты.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования были изучены личностные особенности суицидентов. С помощью опросника Шмишека у суицидентов выявлено преобладание таких черт характера как эмотивность (18,3%), циклотимичность (15,9%), тревожность (15,1%). Для мужчин были характерны циклотимичность (30,2%) и возбудимость (25,4%), а для женщин – эмотивность (42,9%), тревожность (31,7%), циклотимичность (27,8%) и экзальтированность (23,0%). Методика УСК позволила выявить значимое преобладание экстернальности во всех сферах деятельности испытуемых, что говорит об утрате личностью контроля над своими действиями. Среди типов психологической защиты (методика Плутчика-Келлермана) преобладали: проекция (61,1%), реактивные образования (60,3%) и рационализация (57,3%). Реже встречалась регрессия (34,3%) и замещение (26,7%). Выявленное распределение типов психологической защиты объясняет направленность агрессивных тенденций при суицидальном поведении на собственную личность.

Использование шкалы Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина показало, что среди мужчин чаще отмечался умеренный, а у женщин – высокий уровень личностной тревожности при преобладании высоких показателей ситуативной тревожности у обоих полов. При легкой и умеренной депрессии регистрировалась преимущественно умеренная личностная тревожность. Тяжелые депрессии были представлены высоким

и умеренным ее уровнями. Следовательно, нарастание степени выраженности депрессивного расстройства ведет к росту уровня личностной тревожности и повышает риск суицида.

Показатели уровня ситуативной тревожности были одинаково представлены высокой и умеренной степенью независимо от тяжести депрессивной симптоматики. Высокий уровень ситуативной тревожности препятствовал «продуманности» и серьезности суицидального акта, повышал суицидальную активность в целом, то есть отвечал за быстроту аутоагрессивного ответа на ситуацию независимо от выраженности депрессивного расстройства. Тем самым ситуативная тревожность, в отличие от личностной тревожности, уменьшает степень серьезности суицидальных намерений, но повышает вероятность аутоагрессивных, в том числе демонстративных действий. Необходимо отметить, что наиболее часто высокие показатели личностной и ситуативной тревожности встречались у больных шизофренией.

С помощью методики Холмса-Раэ был произведен подсчет суммы баллов жизненно важных событий, пережитых суицидентами. У большей части суицидентов (78,2%) сопротивляемость стрессу была пороговой или низкой. Число баллов у женщин и мужчин существенно не отличались. Это подтверждает субъективность восприятия психотравмирующих событий и относительность суицидальной дезадаптации у каждого суицидента.

Аффективно-напряженный тип пресуицида определен в 90,2 % случаев (преимущественно пациенты с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга). Аффективно-редуцированный вариант пресуицида встречался у 9,8% пациентов, в основном с эндогенной психической патологией.

Длительность пресуицидального периода был неодинакова: хронический пресуицид – 58,4%, острый пресуицид – 38,5%, подострый пресуицид – 3,1%.

Практически все пациенты, совершившие СП, свидетельствовали о невозможности управлять своими жела-

ниями. Именно отсутствие контроля над суицидальными мыслями приводило к переходу от внутренних форм суицидальности к целенаправленным действиям.

Выводы. Таким образом, личностные особенности суицидентов характеризовались нарушением коммуникативных способностей, неадекватной саморегуляцией, высокой степенью личностной и ситуационной тревожности, преобладанием непродуктивных способов психологической защиты и структурой агрессивности, низкой или пороговой сопротивляемостью стрессу (78,2% суицидентов), что предопределяет высокую вероятность возникновения дезадаптивных расстройств, являющихся источником суицидального поведения.

Список литературы

1. Агафонов С.К. Анализ динамики суицидов в Ростовской области за период 1993-2003гг. // Материалы XIV съезда психиатров России. -2005. М.- С. 34.
2. Ваулин С.В., Алексеева М.В. Депрессивные расстройства и суицидальность (патогенетический аспект) // Вестник Смоленской медицинской академии. - Смоленск: Изд-во СГМА, 2007. - № 3, С.58-60.
3. Гладышев М. В., Положий Б. С. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами // Материалы XIV съезда психиатров России. М, 2005. - С. 437.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2т. Пер. с англ.- М.: Медицина. 1994. - 1200 с.
5. Jenkins R., Kovess V. Evaluation of suicide prevention: A European approach // International review of psychiatry. 2002. - Vol. 14, № 1. -Р. 34-41.

Анализ суицидального риска у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного генеза

Бабарихимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, т. к. суицид является третьей или четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей[1]. Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций, зачастую несоизмеримых выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчетливого депрессивного мироощущения[2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста[3]. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации[4]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями[5].

Цель исследования: изучить клинические особенности аутодеструктивных действий у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: объектом для исследования

было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катамнестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги - опросник тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией -56% (n=26), тревожной депрессией -16% (n=7), дисморфофобической депрессией -13% (n=6), маскированной депрессией -8% (n=4), астено-апатической депрессией - 7% (n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще - в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Все пациенты предъявляли жалобы на негативное представление о себе, подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, склонность к суициду и трудности в профессиональной и учебной деятельности из-за плохой концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо

делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на смертные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание.

Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на вы-

соте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области предплечья и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния, и при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами, во время эпизодов ажитации.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к

разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота, жаловались на слабоволие, винили себя в скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвысить и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентно-

го поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

Заключение: по результатам исследования было выявлено, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой

поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента подростков.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г.

2. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей. // Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференция с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015

3. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26 апреля 2007 г. Волгоград: ВолгГМУ, 2007;.87–88

4. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс Психиатр Журн 2006; 4: 41–45

5. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: 114–120.

Суицидологический паспорт депрессии Герасимчук М. Ю.

Кафедра психиатрии и наркологии, ГБОУ ВПО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность: Суицид (от лат. sui caedere – убивать себя) – сознательное, преднамеренное лишение себя жизни, саморазрушение, отказ от всего многообразия радостей, удовольствий, предложений и возможностей окружающего мира, последнее звено в процессе социальной и личностной дезадаптации. «80% людей признают, что они в разное время играли идеями о суициде» (Дж. Мерло, «Суицид и массовый суицид») Карл Меннингер (2000) описал «хронический суицид», под которым понимал «непрямое саморазрушающее поведение, которое подрывало здоровье».

Тесная взаимосвязь между депрессивными и суицидальными проявлениями была установлена еще в 1897 году основателем суицидологии Е. Durkheim. По данным современных авторов в 11–17% случаев эндогенной депрессии установлен завершённый суицид (2/3 планируют), среди лиц, совершивших суицидальную попытку 60% имели аффективные расстройства. Больше значение уделяется изучению генетической предрасположенности (30-50%) [Turecki, 2012].

По данным ВОЗ в России превышение регистрируемого уровня самоубийств оценивается как «критическое» (>20 случаев на 100000 населения).

Материалы и методы: больные (n=45), проходившие стационарное лечение в Клинике психиатрии им С.С. Корсакова УКБ №3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Критерии включения: возраст от 18 лет, депрессия в рамках следующих диагностических единиц – “Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии” [F31.3–F31.4], “Депрессивный эпизод” [F.32], “Рекуррентное депрессивное расстройство” [F.33]; наличие письменного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: тяжелая сопутствующая сомати-

ческая патология; шизофрения, органическое поражение ЦНС, болезней зависимостей. В качестве психометрических инструментов использовались Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), Шкала Гамильтона (HAM-D), Шкала общего клинического впечатления (CGI).

Результаты: психопатологическая структура патологии в представленной выборке была разнообразна, представлена эндогенными/эндореактивными/реактивными состояниями различной степени тяжести, в качестве ведущего компонента в клинике депрессии преобладали меланхолический, тревожный, сенесто-ипохондрический (“ощущения вздутия и давления на позвоночник, внутри живота, ощущение комка в горле, трудности при глотании”), с идеаторной и моторной адинамией (“отсутствием физических и моральных сил, невозможностью выполнять какую-либо работу”). При поступлении повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение было характерно в 66,67% случаев, потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье – 100%; снижение уверенности и самооценки – 66,67%; беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины – 50%; снижение энергии и повышения утомляемость – 100%.

Выводы: депрессия – это сложный клинический феномен, включающий множество разнообразных состояний, суицидальный риск подчеркивает остроту проблемы и как потенциально регулируемый показатель – прямая мишень дифференцированной психофармакокоррекции.

**Течение раннего постсуицидального периода
у лиц с различным психическим здоровьем**
Днов К.В., Рутковская Н.Н., Баурова Н.Н.

**Санкт-Петербург, Военно-медицинская
академия**

Известно, что суицидальный риск среди больных, состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц (Addington D., 1997). При этом депрессивный синдром является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов (Sartorius N., 2002). Большинство авторов отмечается существенное увеличение риска повторных суицидальных действий, у лиц ранее совершавших суицидальные попытки (Амбрумова А.Г. и соавт, 1980; Morgan H.G. et al., 1976; McDaid C. et al., 2008). Поэтому целью нашего исследования явилось изучение особенностей пациентов психиатрического стационара, для определения факторов, влияющих на формирование раннего постсуицидального периода.

Нами было обследовано 64 мужчины и 75 женщины проходивших лечение пациентов психиатрической больницы, проходивших лечение после совершения ими суицидальной попытки. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 10,5$ лет. Учитывая значительные отличия суицидального поведения у лиц с процессуальными психическими заболеваниями, пациенты с процессуальными психическими заболеваниями в группу обследования не входили. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко (1980). Работа проводилась позиции многоосевой диагностики. Нами определялась общая выраженность психопатологической симптоматики по шкале обобщенной оценки функционирования (GAFS) на момент поступления и выписки, выраженность депрессивной симптоматики с помощью шкалы Гамильтона (HAM-D) при поступлении и

на момент выписки, а также уровень социальной адаптации (СА) (Рустанович А.В., Фролов Б.В., 2001).

Результаты обследования: наибольшая выраженность депрессивных симптомов (НАМ-D) при поступлении наблюдалась у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода ($16,67 \pm 1,08$), которая была достоверно выше, чем при всех прочих типах постсуицидального периода. При этом на момент выписки выраженность депрессивной симптоматики при различных типах постсуицидального периода значимо не отличалась. Схожая картина отмечалась и в отношении общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS). Данный показатель в группе пациентов с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода при поступлении ($6,50 \pm 0,71$) был достоверно хуже, чем в группах пациентов с критическим ($11,22 \pm 1,25$) ($p < 0,01$) и манипулятивными ($21,97 \pm 2,18$) ($p < 0,05$) типами постсуицидального периода. На момент выписки показатели общей выраженности психопатологической симптоматики в различных группах значимо не различались. При изучении уровня социальной адаптации (СА) у обследованных пациентов с разными типами постсуицидального периода значимых различий также выявлено не было. Особо следует отметить, что хотя наименьшая выраженность как депрессивных нарушений (НАМ-D), так и общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS) отмечалась в группе пациентов с манипулятивным типом постсуицидального периода, в этой группе многократные суицидальные попытки встречались наиболее часто ($36,8\%$, $n=14$).

Таким образом можно сделать вывод, что несмотря на отсутствие истинных суицидальных намерений, лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют большего внимания психиатрической службы.

Особенности реализации самоубийств у военнослужащих (по данным психологической аутопсии)

Днов К.В., Серегин Д.А.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, кафедра психиатрии

Проблема суицидальных происшествий в Вооруженных Силах с годами не становится менее актуальной, прежде всего вследствие своей социальной значимости. Хотя число самоубийств у военнослужащих меньше (благодаря профессиональному отбору), чем среди гражданской молодежи, однако значительных успехов в профилактике этого явления в Вооруженных Силах пока не достигнуто. Даже единичный случай самоубийства в воинском коллективе вызывает у его членов чувство неуверенности, пессимизма, поражает своей необычностью, что отрицательно сказывается на состоянии морально-психологического климата и боеготовности подразделений.

С целью выделения наиболее актуальных проблем профилактики суицидального поведения у военнослужащих нами были проанализированы данные 85 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, с целью выделения особенностей реализации суицидальных тенденций.

При анализе случаев завершенных суицидов, депрессивный эпизод был выставлен 26,1% военнослужащих по контракту и 11,3% военнослужащих по призыву, при этом депрессивная симптоматика в той или иной степени встречалась практически во всех случаях самоубийств военнослужащих, что в той или иной степени иллюстрируют все приведенные клинические наблюдения. В изученных материалах, все самоубийства были условно разделены на три группы по механизму суицидального поведения: суициды по механизму «короткого замыкания», по механизму «последней капли» и по механизму «обдуманного ухода». Механизм «обдуманного ухода» характеризует заблаговременное (за

достаточно длительный срок до приведения в исполнение) принятие решения о суициде. При этом, после принятия решения о суициде сослуживцами часто отмечалось «спокойствие» и даже «умиротворенность» суицидента, часто также отмечались случаи «раздаривания» им своего имущества, «полунамеки», становившиеся понятными окружающим уже после реализации суицида. При суицидальных действиях по данному механизму, как правило, оставлялась записка, суицид был достаточно хорошо спланирован и поэтому обладал наибольшим риском реализации. Среди военнослужащих по контракту таких суицидов было большинство (47,4%), в то время как у военнослужащих по призыву большинство завершенных суицидов было совершено по механизму «последней капли» (43,5%). Данный механизм связан с длительным нахождением в психотравмирующей ситуации, когда незначительного толчка достаточно для принятия решения о суициде. Наименее предсказуем механизм «короткого замыкания». Пресуицидальный период в таких случаях, как правило, не превышает нескольких часов, а само суицидальное намерение возникает внезапно, на фоне индивидуально значимых психотравмирующих событий. Наиболее характерными особенностями для военнослужащих, совершивших самоубийства по типу «последней капли», были склонность к куммуляции аффекта (93,9%), психастенические (33,3%) и астенические (54,5%) черты характера, замкнутость (60,6%), повышенная чувствительность (63,6%), плохая приспособляемость (48,4%), кроме того, из неблагоприятных предрасполагающих факторов у данных военнослужащих наиболее часто встречались дисгармоничные условия воспитания и алкоголизм родителей. Этим военнослужащим чаще остальных по данным КПСП-ПЭ выставлялся диагноз расстройства адаптации (24,2%). Для военнослужащих, совершивших завершённые суициды по механизму «короткого замыкания», были более характерны эпилептоидные черты характера (77,8%), повышенная импульсивность (88,9%), плохая приспособляемость

(48,4%), кроме того у этих военнослужащих наиболее часто встречались такие клиничко-анамнестические и социально-психологические признаки, как неполная семья (38,9%), суициды близких (33,3%), конфликты в семье (33,3%). Лица, совершившие суициды по механизму «обдуманного ухода», по ряду параметров (ригидность аффекта (85,3%), замкнутость (67,7%), повышенная сенситивность (52,9%) были похожи на суицидентов из группы военнослужащих, совершивших суициды по механизму «короткого замыкания», однако отличались меньшей частотой встречаемости неблагоприятных клиничко-анамнестических и социально-психологических признаков.

По нашему мнению, выделение данных механизмов реализации суицидов позволит в будущем проводить более детальную оценку факторов суицидального риска у различных военнослужащих, что, в свою очередь будет способствовать более эффективной их профилактике.

Межведомственное взаимодействие в профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних
Золотова А.Н., Ермаков С.Е.

Новороссийский филиал, ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, г.Новороссийск, Краснодарский край

Проблема суицидального поведения у несовершеннолетних является актуальной в современном мире. Показатель количества суицидов отражает благополучие общества в целом и является важным индикатором психического здоровья населения. Последние годы, во всем мире, ведется профилактическая работа в отношении суицидального поведения, идет поиск наиболее продуктивных форм предотвращения суицидов с участием сотрудников различных структур и ведомств. С учетом перечисленных выше фактов исследование эффективных форм предотвращения суицидов является актуальным.

Профилактическая работа в отношении суицидального поведения не ограничивается лишь психиатрической наукой, а так же касается сфер образования, правопорядка, социальной и других. Учитывая это, целесообразно взаимодействовать со всеми службами, сталкивающимися в своей работе с суицидальным поведением. Необходимо создавать единую систему профилактики на уровне межведомственного взаимодействия для достижения общего понимания проблемы, подходов к решению и системы реализации.

Для осуществления данной программы были составлены и внедрены в 2015-2016 г.г. планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики в муниципальном образовании г. Новороссийск. Планы взаимодействия согласовывались между службами здравоохранения, образования, комиссией по делам несовершеннолетних, министерством внутренних дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией. Ответственной служб-

бой за реализацию межведомственного взаимодействия явился ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийский филиал. Для реализации плана проводились мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения, способов выявления групп риска, принципов профилактики, разграничения роли и задач, каждой из структур, и правилах подачи общественности информации в случае факта суицидальных действий, тактики поведения при высказываниях суицидальных мыслей и намерениях несовершеннолетними.

В рамках реализации данной программы сотрудники диспансера провели обучение педагогов-психологов и учителей, преподавателей, педагогов всех средних общеобразовательных и специальных учебных заведений г. Новороссийска по выявлению групп риска, стратегиям работы при выявлении суицидального поведения, возможностях укрепления антисуицидальных факторов в условиях учебного заведения. Проведены мероприятия для средств массовой информации по правилам публикаций материалов, корректной подачи информации, касающейся суицидального поведения, с целью предотвращения подражательных суицидов. Совместно с Новороссийской епархией регулярно проводятся лекции, «круглые столы» по психообразованию для широкого круга слушателей, тренинги по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций. Налажено сотрудничество с МВД, прочитаны лекции для сотрудников и проведены «круглые столы» об этапах развития, профилактике суицидального поведения, определены точки взаимодействия. Налажено тесное сотрудничество с учреждениями здравоохранения, отработана система выявления суицидальных попыток в лечебных учреждениях города. Лечебно-профилактические учреждения информируют психиатрическую службу о случаях суицидальных действий (фатальных и незавершенных), подозрения на суицидальные намерения у пациентов, что дает возможность

оказывать необходимую помощь данным лицам (в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»). Взаимодействие с Новороссийской епархией осуществляется в виде чтения лекций, проведения круглых столов на территории храма для широкого круга слушателей с целью повышения психообразовательного уровня населения. Участие в «Уроке правовых знаний», где наряду с информацией от служб профилактики (по предупреждению правонарушений, альтернативному проведению досуга), сотрудники психиатрической службы представляют данные о возможностях психиатрической помощи, раскрывается суть работы телефона доверия. Проводятся тематические школы, «круглые столы», тренинги для несовершеннолетних и их родителей по укреплению анти-социальных факторов, описанию предвестников и предупреждающих факторов самоубийства. В 2016 году успешно продолжается начатая работа, охват лиц профилактической работой растет, укрепляется сотрудничество со службами профилактики, повышается обращаемость к специалистам.

Результаты проводимых мероприятий демонстрируют возможность эффективного взаимодействия специалистов системы профилактики суицидов, что позволяет повышать общую психиатрическую грамотность населения и дает возможность постоянно осуществлять межведомственные взаимодействия по профилактики суицидов.

Когнитивные паттерны латерализации у лиц, совершивших суицидальную попытку
Иванов О. В.

Г. Санкт-Петербург, ПНД №2 Выборгско-Калининского р-нов

В течение 40 лет изучение функциональной асимметрии мозга и латерализации функций у психически больных привлекает внимание исследователей, поскольку это, с одной стороны, помогает понять мозговые механизмы тех или иных нарушений, а с другой, выявить специфические признаки, облегчающие их диагностику. Сегодня факт нарушения межполушарных отношений в генезе психических расстройств считается общепризнанным (Введенский, 1990; Деглин, 1996; Егоров, 2003; Flor-Henry, 1983 и др.). Сравнительно недавно в литературе стали появляться исследования функциональной асимметрии мозга при различных формах девиантного поведения: аддиктивного (Егоров, Тихомирова, 2004; Москвин, 2002; London et al., 1990; Sperling et al., 2000), агрессивного (Golden et al., 1996; Mayer, Kosson, 2000; Teichner, Golden, 2000), у сексуальных девиантов (Введенский и др., 1998; Bogaert, 2001; Springer, Deutsch, 1998), а также у лиц с суицидальным поведением (Егоров и др., 2005; Graae et al., 1996; Weinberg, 2000). Несмотря на определенную противоречивость полученных результатов, абсолютное большинство авторов констатируют факт нарушения латерализации при различных формах девиантного поведения. Целью настоящей работы было изучение профилей когнитивной асимметрии у лиц, совершивших суицидальную попытку.

Было обследовано 60 суицидентов. Возраст обследованных варьировал от 17 до 66 лет, (средний возраст $30 \pm 6,2$). Из них 38 чел. (63,3%) - женщины, 22 чел. (36,7%) - мужчины. В группе суицидентов были 25 чел. (41,7%), которые не имели психиатрических диагнозов и находились на лечении в токсикологическом отделении НИИ Скорой помощи. После

детоксикации и осмотра психиатра их не переводили в психиатрический стационар, а выписывали. Другую подгруппу суицидентов составили 35 человек, страдавшие психическими заболеваниями и госпитализированные (или переведенные из других стационаров) в городскую психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки. Среди суицидентов с психической патологией более половины (51,4%) страдают различными формами шизофрении (по МКБ-10). Кроме того отмечались расстройства личности - 20%, умственная отсталость - 11,4%, аффективные расстройства и органическое поражение головного мозга по 8,6%. В контрольную группу вошли психически здоровые лица (26 человек) в возрасте 17-22 лет (средний возраст $20 \pm 4,4$).

Батарея тестов для определения когнитивных профилей латерализации (полушарного модуса в решении когнитивной задачи) состояли из: 1) Теста Деглина-Николаенко на классификацию римских и арабских цифр (1, 2, I, II). Испытуемым предлагались четыре карточки, на каждой из которых была изображена цифра. Предлагалось разложить карточки на две группы. При классификации цифр по их значению (напр., 1 и I) определялся левополушарный модус, а при классификации по форме (римские – арабские) – правополушарный. 2) Теста на классификацию букв Ш и Б, изображенных в контурной форме и нарисованных с помощью противоположных маленьких букв (напр., Ш изображалась с помощью маленьких букв Б). Испытуемым предлагалось разложить четыре карточки, на каждой из которой изображалась буква, на две группы. Когда одинаковые буквы попадали в одну группу определялся левополушарный модус, а когда они классифицировались по форме – правополушарный. То же самое проводилось для латинских букв A и S. 3) Тест на классификацию 8 слов (умный, неумный, глупый, неглупый, плохой, неплохой, хороший, нехороший). Испытуемым предлагалось разложить восемь карточек на любое количество групп. В случае классификации по лингвистическому принципу (напр., антонимы – синонимы: умный –

глупый или умный – неумный и т.д.) определялся левополушарный модус, а в случае классификации по портретному признаку (положительные черты – отрицательные черты: напр., 1-я группа - умный, неглупый, хороший, неплохой; 2-я – глупый, неумный, плохой, нехороший) – правополушарный модус. Преобладание правополушарного или левополушарного модуса по всей батарее тестов определялось в случае однотипного выполнения не менее 3-х из 4-х заданий. В противном случае полушарный модус выполнения когнитивной задачи определялся как смешанный.

При решении когнитивных задач у суицидентов, по сравнению с контролем, достоверно преобладал правополушарный модус ($66,7 \pm 8,3$ и $23,8 \pm 9,2$ соответственно, $P < 0,01$). При классификации букв лица совершившие суицидную попытку руководствовались внешним сходством: в одну группу попадали контурное изображение Б и Ш, а во вторую контурная Б и Ш, выполненная с помощью маленьких Б и Ш. Здоровые испытуемые чаще в одну группу помещали контурную Б с Ш, выполненная с помощью маленьких Б, а во вторую контурную Ш и Б, выполненную с помощью маленьких Ш. При классификации цифр (тест Деглина-Николаенко) также достоверно преобладал правополушарный модус по сравнению с контролем ($68,4 \pm 8,0$ и $23,0 \pm 8,8$ соответственно, $P < 0,001$). Они чаще группировали карточки, опираясь на внешнее сходство: арабские цифры в одну группу, римские – в другую. Здоровые испытуемые чаще опирались на значения цифр: в одну группу попадали римская и арабская цифра один, а в другую – римская и арабская два. При классификации слов больные с зависимостью достоверно чаще опирались на портретный признак, когда в одну группу попадали положительные характеристики, а в другую – отрицательные: 1-я группа - умный, неглупый, хороший, неплохой; 2-я – глупый, неумный, плохой, нехороший. Здоровые испытуемые чаще руководствовались лингвистическим принципом, классифицируя слова по принципу антонимии – синонимии (Табл.).

Таблица. Показатели латерализации когнитивной асимметрии (в %)

Испытуемые	Тестовые задания					
	Классификация букв		Классификация цифр		Классификация слов	
	Левополу- шарный модус	Правополу- шарный модус	Левополу- шарный модус	Правополу- шарный модус	Левополу- шарный модус	Правополу- шарный модус
Суициденты	33,3±8,3*	66,7±8,3*	31,6±8,0*	68,4±8,0*	40,8±6,5	59,2±6,5
Контроль	76,2±9,2	23,8±9,2	67,0±8,8	23,0±8,8	57,2±9,3	42,8±9,3

* - различия достоверны по сравнению с контрольной группой.

Значимых различий в модусах выполнения когнитивных задач между подгруппами психотических и непсихотических суицидентов не было.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о существенном нарушении функциональной асимметрии мозга у лиц, совершивших суицидальную попытку. Лица, совершившие суицидальную попытку достоверно чаще, чем в контроле используют правополушарный модус решения зрительно-пространственных и вербальных задач. Полученные нами результаты перекликаются с данными ЭЭГ исследований (Graae et al., 1996) о преобладании активности правого полушария у суицидентов. Обнаруженное нами ранее преобладание левосторонних признаков моторной и сенсорной асимметрии, косвенно также свидетельствует о большей активности правого полушария в этой группе, по сравнению с нормой (Егоров и др., 2005). В этом мы расходимся во мнении с I. Weinberg (2000), который считает, что суицидальное поведение связано с дефицитом функций правого полушария. Однонаправленность изменений профилей асимметрии в обеих подгруппах свидетельствует, что они не связаны только с психической патологией. Известно, что при депрессии отмечается патологическая гиперактивация структур правого полушария (см. Егоров, 1999; 2003; Flor-Henry, 1983; Davidson, 1991 и др.). Среди наших испытуемых были лица как с разнообразной психопатологией

(при которой отмечаются различные, в т.ч. и разнонаправленные нарушения латерализации), так и лица без психоза. Схожесть данных в обеих подгруппах свидетельствует скорее, что правополушарная дисфункция (активация) является общим нейropsychологическим паттерном у различных категорий суицидентов.

Список литературы

1. Введенский Г.Е. Функциональные асимметрии у больных с эндогенными психозами // Журн. невропатол. и психиатр. 1990. Т. 90. № 5. С. 129-140.

2. Введенский Г.Е., Батамиров И.И., Пережогин Л.О., Ткаченко А.А. Функциональная асимметрия мозга у лиц с аномальным сексуальным поведением// Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Том 8. Выпуск 3. С. 14-16

3. Деглин В.Л. Лекции о функциональной асимметрии. Амстердам – Киев: Изд-во Женевская инициатива в психиатрии. 1996. 151 с.

4. Егоров А.Ю. Координация деятельности полушарий мозга человека при осуществлении когнитивных функций. Авт. дисс... докт. мед. наук. СПб. 1999. 48 с.

5. Егоров А.Ю. О нарушении межполушарного взаимодействия при психопатологических состояниях // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2003. Т. 39. № 1. С.41-52.

6. Егоров А.Ю., Тихомирова Т.В. Профили функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом и наркоманией// Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2004. Т. 40. № 5. С. 450-454.

7. Егоров А.Ю., Иванов О.В., Игумнов С.А. Нейropsychологические паттерны суицидального поведения// В кн.: Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб, Речь. 2005. С. 305-310.

8. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. М.: Изд-во МГУ; - Оренбург: ИПК ОГУ, 2002. 288 с.

9. Bogaert A.F. Handedness, criminality, and sexual offending// *Neuropsychologia*. 2001. V. 39. N 5. P. 465-469.

10. Davidson R.J., Tomarken A.J. Laterality and emotion: an electrophysiological approach //: *Handbook of Neuropsychology*, 1989. Vol. 3 / F. Boller and J. Grafman (Eds). Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division). P. 419.

11. Flor-Henry P. Functional hemispheric asymmetry and psychopathology // *Integrative Psychiatr.* – 1983.- V. 1, N 2.- P. 46-52.

12. Golden C.J., Jackson M.L., Peterson-Rohne, A Gontkovsky, S., Neuropsychological correlates of violence and aggression: a review of the clinical literature// *Aggression and Violent Behavior*. 1996. V. 1. N. 1. P. 3–25.

13. Graae F., Tenke C., Bruderb G., Rotherama M.-J., Piacentinia J., Castro-Blanco D., Leiteb P., Toweyb J. Abnormality of EEG alpha asymmetry in female adolescent suicide attempters. *Biological Psychiatry* Volume 40, Issue 8, 15 October 1996, Pages 706-713

14. London E.D., Broussolle E.P., Links J.M., Wong D.F., Cascella N.G., Dannals R.F., Sano M., Herning R., Snyder F.R., Rippeto L.R., et al. Morphine-induced metabolic changes in human brain. Studies with positron emission tomography and [fluorine 18]fluorodeoxyglucose // *Arch Gen Psychiatry*. 1990. Jan. V. 47, N 1. P. 73-81.

15. Mayer A.R., Kosson D.S. Handedness and psychopathy// *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 2000 Oct. V. 13. N 4. P. 233-238.

16. Teichner G., Golden C.J. The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review// *Aggression and Violent*

Behavior. 2000. V. 5. N. 6. P. 509-528.

17. Sperling W., Frank H., Martus P., Mader R., Barocka A., Walter H., Lesch O.M. The concept of abnormal hemispheric organization in addiction research // Alcohol and Alcoholism 2000. V. 35. N 4. P. 394-399.

18. Springer S.P., Deutch G. Left Brain. Right Brain. Perspectives from Cognitive Neuroscience. W.H. Freeman and Company., N.Y., 1998. 406 p.

19. Weinberg I. (2000). The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 24, 799-815

Портрет суицидента (по данным Тульской области за 2014-2015 гг.)

Иващенко Д.М., Дандыкина Т.В., Бурделова Е.В.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

О суицидальном поведении известно с давних времён, однако отношение общества к данному феномену менялось с течением времени и зависело от религиозных, этических и правовых норм.

Суицид — это осознанное лишение себя жизни. В данной дефиниции нет чёткого указания на состояние психического здоровья человека, совершающего суицидальное действие. Хотя и отмечается, что суицидом можно считать только, то действие, которое осуществлялось при ясном сознании [6].

В своём исследовании причин суицидального поведения А.А. Султанов, указывает на возможность суицида у практически психически здоровых подростков и юношей под воздействием психогенных факторов. Аналогичные выводы, в своих исследованиях, делают А.Е. Личко и Д.Д. Федотов. В настоящее время роль психогенных факторов является неоспоримой, но остаётся открытым вопрос: каким образом они действуют. И здесь возможны два варианта ответа:

- Психогенные факторы могут быть непосредственной причиной суицида.
- Психогенные факторы являются причиной развития психического расстройства, которое в свою очередь и будет являться непосредственной причиной суицида [4, 7, 9, 10].

Особый интерес представляет точка зрения по данному вопросу В.С. Ефремова. В своей работе «Основы суицидологии» он предлагает разделять такие понятия как «причина суицида», «мотив суицида» и «повод суицида». В данной работе он утверждает, что мотивы и поводы суицида осознаются суицидентом, но не являются ведущей причиной (детерминантой), которая является неосознаваемой и её выявление возможно

только при клинико-суицидологическом анализе [5].

Различные теории причины самоубийств, в своих работах, подробно описал В.Ф. Войцех. На основании сказанного выше теории причины суицида можно квалифицировать следующим образом:

- теории, признающие возможность суицида у практически психически здорового человека: экономическая, социологическая, психологическая;
- теории, не признающие возможности суицида у практически психически здорового человека: медицинская и биохимическая [2].

В настоящее время ни одна из приведённых выше теорий не является общепризнанной. Поэтому особый интерес представляют работы профессора А.Г. Амбрумовой, в которых даётся следующее определение: «суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта». Таким образом, суицидальное поведение формируется в экстренных ситуациях и является общеповеденческой реакцией человека, имеющей широкий диапазон - от психической нормы до психической патологии. Следовательно, можно утверждать, что суицид является многофакторным явлением, требующее всестороннего исследования и активного взаимодействия психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов, культурологов и биохимиков [1, 8].

В 2015 году в Тульской области пострадало (суициды и суицидальные попытки) 812 человек, в 2014 году на 62 случая больше (874), а суицидов в 2015 году меньше на 20 случаев, чем за аналогичный период 2014 года (250 в 2014 г. и 230 в 2015 году). Таким образом, в 2015 году сохраняется тенденция выявляемости и контроля суицидальных попыток и уменьшения смертности от суицидов.

Среди пострадавших продолжает оставаться преобладающим городское население 697 из 874 в 2014 году и 624 из 812 в 2015 году. Количество суицидов также преобладает среди городского населения, соотношение суицидов среди жителей

города и села составляет 68,4% и 31,6% соответственно в 2014, так и в 2015: 66 % и 34 %. Выявление суицидальных попыток среди сельского населения выше аналогичных показателей 2014 года на 12 человек (что положительно иллюстрирует работу экстренных служб в сельской местности).

По возрастным категориям превалировал в 2014 году возраст от 26 до 35 лет (51 человек) 36-45 лет (38) и 76-85 лет (35), тогда как в 2015 году две возрастные категории опередили остальных (от 36 до 45 и 46 до 54 лет – 49 и 36 случаев соответственно).

Процент погибших в возрастной категории 18-25 лет в 2015 году составил 9,1% от всего числа погибших, а в 2014 - 4,8%. В этой возрастной категории в 2015 году погибло на 9 человек больше (5 мужчин и 4 женщины), чем в 2014.

Процент погибших в возрастной категории 36-45 лет в 2015 году составил 21,3% от всего числа погибших, а в 2014 - 15,2%. В этой возрастной категории в 2015 году погибло на 11 человек больше (на 15 больше мужчин и на 4 меньше женщин), чем в 2014.

Процент погибших в этой возрастной категории 46-54 года в 2015 году составил 15,7%, а в 2014 году - 10,4%. В этой возрастной категории в 2015 году погибло на 10 человек больше (на 4 больше мужчин и на 6 больше женщин), чем в 2014.

Процент погибших в возрастной категории 55-59 лет в 2015 году составил 12,6%, а в 2014 году - 9,2%. В этой возрастной категории в 2015 году погибло на 6 человек больше (на 3 больше мужчин и на 3 больше женщин), чем в 2014.

Снизилась смертность в возрастной категории 76-85 лет - 35 случаев – 2014 г. и 15 случаев - 2015 г. Процент погибших в 2015 году в этой возрастной категории составлял 6,5%, а в 2014 году - 14%.

В 2015 г. на 11 человек (27 человек – 2014 г., 16 человек – 2015 г.) снизилась смертность в возрастной категории 60-65 лет (6 мужчин и 5 женщин), по сравнению с 2014 г.

В 2015 г. на 9 человек (23 человек – 2014 г., 14 человек – 2015 г.) снизилась смертность в возрастной категории 66-75 лет (5 мужчин и 4 женщин), по сравнению с 2014 г.

В 2015 г. на 7 человек (51 человек – 2014 г., 44 человек – 2015 г.) снизилась смертность в возрастной категории 86-95 лет (7 мужчин и 0 женщин), по сравнению с 2014 г.

Подростков в 2015 г. погибло двое, что на один случай меньше, чем в 2014 году.

Таким образом, на долю работоспособного (от 18-59 лет) населения мужского пола пришлось 126 (50,4%) погибших в 2014 году и женского пола-24 (9,6%) в 2014 г, и 146 мужчин (63,47% всех погибших) и 33 женщины (14,34 % всех погибших) в 2015 году.

По сравнению с 2014 годом, в 2015 году прослеживается явная тенденция к омоложению возраста суицидов, превалированию работоспособного населения (60% - 2014 и 77,81% - 2015 год).

По гендерному соотношению 78,8% мужчин погибли в 2014 году; 80 % в 2015 году. Общее количество мужчин, совершивших завершённый суицид в 2015г. уменьшилось на 13 человек, а женщин на 7 человек.

Среди погибших от суицида в 2015 году 13 человек находились под диспансерным наблюдением у психиатров (5,65 % от общего количества суицидов, что значительно меньше среднеевропейского показателя -10%): 7 человек страдали шизофренией (3,04% от общего количества суицидентов), 3 - органическим расстройством, 1 - затяжным ипохондрическим расстройством, один страдал расстройством личности, 1 - умственной отсталостью. Из выше обозначенных, в одном случае зафиксировано алкогольное опьянение в момент смерти.

По гендерному показателю процентное соотношение мужчин, совершивших суицидальные попытки увеличилось: в 2014 г. - 50,2% мужчин, в 2015 г. - 51,54%. Количество женщин в 2014 на 22 человека больше, чем в 2015 году, что соответствует 49,8% в 2014 году и 48.45% в 2015 году.

По возрастному составу и полу значительно увеличилось количество совершивших попытку и выживших женщин в возрасте от 26 до 35 лет (69 случаев в 2014г., 78 случаев - в 2015г), от 60-65 лет (12 случаев - 2014г., 19 случаев - 2015г.).

Среди подростков количество суицидальных попыток снизилось на 4 случая, причем больше за счет женского пола. Так же наблюдается тенденция к снижению суицидальных попыток среди женского пола в возрастной категории 18-25 лет (49 случаев в 2014 г. и 32 случаев в 2015 г.) и 46-54 года (43 случая в 2014 г., 33 случая в 2015 г.).

Таким образом, среднестатистический суицидент – мужчина: трудоспособного возраста безработный, либо находящийся на пенсии (возможно по выслуге лет); не женатый, имеющий среднее либо среднее - профессиональное образование, житель города, совершивший суицид дома.

Среднестатистический суицидент - женщина: трудоспособного возраста безработная, либо находящийся на пенсии (возможно по выслуге лет), жительница города, имеющая среднее либо среднее профессиональное образование. В этой группе состоящих и не состоящих в браке 50/50 %.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 40–51.

2. Войцех В. Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С.Ястребова. -М.:, 2007. 20 с.

3. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. П.Р.ООН. - М., 1996, с. 49.

4. Ефимова Е.В., Ивашиненко Л.В. Суицидальный риск у студентов-медиков// Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход?». – Тула: ТулГУ, 2015. – С. 57-60

5. Ефремов В. Основы суицидологии. - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. - 480 с: ил.

6. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. — Мн., 1988.
7. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
8. Мельник Л.В., Ефимова Е.В. Оценка риска суицидального поведения среди студентов первого курса ТулГУ// Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные пути развития психиатрии». — Тула: ТулГУ, 2014. — С. 30-33
9. Султанов А. А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста// Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 94—96.
10. Федотов Д. Д., Чудин А. С., Саркисов С. А. О реактивно-обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте // Журн. невропатологии и психиатрии. 1978. № 10. С. 1559—1563.

Потеря жизненного смысла и суицидальное поведение личности

Каяшева О. И.

Российский новый университет, кафедра общей психологии и психологии труда

Проблема взаимосвязи потери жизненного смысла и суицидального поведения исследованы в настоящее время недостаточно, несмотря на актуальность и востребованность данного вопроса. Потеря жизненного смысла одна из сложных проблем нашей эпохи, как отмечал В.Франкл [5]. Она может соотноситься в России с общими социально-экономическими сложностями, через которые проходит наша страна, с разрушением старых ценностей и традиций при отсутствии должной замены, отрицанием ценности жизни человека и его значения среди других людей, с общей пассивной жизненной позицией, равнодушием и низким уровнем рефлексии и преобладанием неконструктивных способов «выхода из стресса» (наркозависимость и пр.) [1].

Одно из главных переживаний человека потерявшего смысл жизни – это разочарование, приводящее к еще более сложным состояниям и, в том числе, к суицидальному поведению. Человек для сохранения своей целостности должен быть направлен на какую-то цель в будущем, жить каждым днем, принимая ответственность за свои действия [7].

Самоубийство можно представить как особый феномен, присущий «только пласту собственного ценностного мира человека» [2, с.89]. Возникает парадоксальная ситуация: самоубийца, потерявший смысл жизни, наделяет свое нежелание продолжать собственную жизнь определенным контекстом, а, следовательно, смыслом, подразумевающим обесценивание жизни и определенное сложнопреодолимое стремление к смерти [2]. Потеря смысла жизни достаточно полно раскрывается в экзистенциальной психологии, в русле которой потеря смысла жизни понимается как экзистенциальный кризис.

Экзистенциальные кризисы представляют собой периоди-

чески возникающие состояния в ходе онтогенетической эволюции индивида и требуют от него изменения способа бытия. Прохождение экзистенциального кризиса предполагает отказ от старого, «отжившего» свое. При этом могут наблюдаться обесценивание прежнего опыта, различные варианты саморазрушающего поведения [6]. Экзистенциальные кризисы способны провоцироваться значимыми событиями в жизни человека (смертью близкого человека, болезнью, потерей возможности продолжать заниматься любимой работой и пр.). Они ставят перед человеком ряд проблем: жизни и смерти, свободы и ответственности, любви и одиночества и др. [3;6].

Поиск нового смысла жизни может стать сложной задачей для человека, оказавшегося в трудной жизненной ситуации без необходимой поддержки близких, нужных внутренних ресурсов. Жизненный смысл человека со временем меняется, его формирование связано с особенностями предшествующего решения других задач развития [3;6;7].

Сложности обретения смысла жизни могут приводить к различным последствиям для человека: неприятию конечности бытия и страху смерти, проблеме определения своей принадлежности-автономности, зависимости, эмоциональному симбиозу, потере смысла жизни, к развитию психосоматических заболеваний, перфекционизму, оппозиционно-протестному поведению, суицидальному поведению [6] и др., к особому болезненному состоянию - «экзистенциальному вакууму», являющемуся не психопатологическим, но духовным расстройством (В. Франкл) [7].

В экзистенциальном подходе смерть понимается как неотвратимая неизбежность и неотъемлемый элемент человеческой жизни. Суицид несколько изменяет основные базовые позиции в экзистенциальной психологии, поскольку в подобном аспекте смерть- это осознанный выбор и принятие ответственности на себя человеком за свое решение. Безусловно, при этом выбор может носить вынужденный, «свернутый» характер и причина суицида кроется в принятии решения не в пользу жизни, а в пользу смерти [4].

Наличия позитивного смысла в жизни («ради чего я живу») позволяет человеку преодолевать аутоагрессивные тенденции, продолжать обогащать свою жизнь и принимать за нее ответственность. Осмысленность жизни становится важным фактором профилактики суицидального поведения. Собственно, мысли о суициде не являются патологией, если они не приводят к конкретным действиям и не принимают навязчивого и мучительного характера, как отмечает Д.А. Леонтьев. Осознание возможности суицида – показатель развития рефлексивной позиции по отношению к самому себе и человек выбирает для себя одну из возможных альтернатив. Антисуицидальные регуляторы (наличие смысла жизни, страх перед возможными последствиями суицида и пр.) позволяют склонить субъекта к выбору жизни, а не смерти [4].

Список литературы

1. Гаджинская Г.С. Смысл человеческой жизни и проблема суицида: Автореф. ...к.филос.н.- М., 1993.- С.3-20.
2. Кагарманов Д.С., Максютова З.Г., Сиргалина Л.Р. Смысл жизни и суицид как аксиологическая проблема// Вестник Башкирского университета.- №2.- Том 12.- 2007.- С.87-89.
3. Каяшева О.И. Библиотерапия возрастных и экзистенциальных кризисов// Проблемы современной науки: сборник научных трудов. - Ставрополь: Центр научного знания «Логос», 2011. - С.84-89.
4. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор// Московский психотерапевтический журнал. - 2008. -№4. -С.58-82.
5. Леонтьев Д.А., Овчинникова Е.Ю., Рассказова Е.И., Фам А.Х. Психология выбора.- М.: Смысл, 2015.- 464с.
6. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогене-

тические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Дис... д-ра мед. наук. - Киев, 2004. - 43бл.

7. Франкл В. Сказать жизни «Да!». Психолог в концлагере. - М.: Альпина нон-фикшн, 2015.

Использование «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении и профилактике суицидального поведения
Ковпак Д. В.

**Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова
Ассоциация когнитивно-поведенческой
психотерапии
Российская Психотерапевтическая Ассоциация
Санкт-Петербург**

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

- Компилируя данные методологов можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:
- Основанная на осознанности редукция стресса — MindfulnessBased Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
- Когнитивная терапия основанная на осознанности — MindfulnessBased Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
- Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
- Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).
- Функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
- Схемотерапия — Schema Therapy (Young, 1990).
- Десенсибилизация и переработка движениями глаз — Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)

- Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).
- Терапия ориентированная на участие (сострадание) — Compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2005)
- Когнитивная аналитическая терапия — Cognitive analytic therapy (CAT) (A. Ryle, 1990)

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8м — дополнительным.

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термини-

на: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс — это осознанность или более функционально — направление внимания на текущий момент и бесстрастная, нереагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) — определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our senses» он утверждает: «Mindfulness может рассматриваться как делящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально нереагирующим образом и с открытостью сердца».

Другой авторитет, Бишоп дает следующее определение: «Mindfulness — это саморегулирование внимания с тем чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness — осведомленность о настоящем моменте с его принятием».

В работе «The Mindful Waythrough Depression» под mindfulness понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей».

В конце 90-х годов двадцатого века и начале 2000-х на Западе на стыке психологии, нейронаук, философии и религиоведения складывается новая междисциплинарная область, которая приобретает условное название «contemplative science» — «созерцательная наука». Основным предметом исследования в данной области становятся техники созерцания и эффекты от практики таких техник. Уровень осознанности некоторые исследователи связывают с различиями в ряде параметров мозговой активности. Так, например, J. D. Creswell [13] с использованием функциональных методов нейровизуализации обнаружил, что высокий уровень осознанности был связан с уменьшением активации в области миндалины и более широким полем активации префронтальной коры головного мозга. Была зафиксирована выраженная обратная связь между активацией префронтальной коры и миндалины среди испытуемых с высоким уровнем осознанности, в отличие от испытуемых, с низким уровнем, у которых такой связи не обнаруживалось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, меди-

альной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях [40].

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами например буддизма. В южной ветви буддизма — школе Тхеравады — уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта («acceptance of experience» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990)). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали зна-

чительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, МВСТ) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. МВСТ разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и МВСТ для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов [27]. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях отмечается факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса МВСТ убеждаясь в их полезности [16].

МВСТ противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;
- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

Принятие — один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие — это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии — АСТ — Acceptance and Commitment Therapy — Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие — это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание че-

ловека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии - научить человека воспринимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных [35]. Технически это предполагает развитие у пациентов/ клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Полученные результаты J. Teasdale [38] связывает с возрастанием автоматизации запуска и поддержания механизмов формирования депрессии. С каждым последующим эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления натренировывается и становится крепче. Это способствует все большей чувствительности и уязвимости, в результате которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. У пациентов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, закономерно оказываются эффективными. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38% случаев после МВСТ и в 100% случаев после традиционного лечения [26, 38].

Одним из ведущих факторов суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей и ее непринятием. При активном и длительном подобном переживании пациент теряет веру в позитивное будущее. Его экспектации носят негативистичный, а порой и катастрофический характер. Внимание такого человека становится предельно избирательным к негативным событиям прошлого, настоящего и моделируемого будущего и сосредотачивается в большей степени на тех, что подтверждают безысходность положения. Чувства безнадежности и беспомощности, как ключевые элементы одного из центральных глубинных убеждений в когнитивной терапии поддерживаются особым вниманием к любым негативным сигналам. Эта тенденция замыкает круг автоматических мыслей, типичных для депрессии и суицидального поведения.

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для возобновления суицидального поведения [18].

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода АСТ, избегание опыта происходит в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ – это поведенческая терапия, поскольку речь

идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий – когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но, на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы. Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе. Человеческая способность занимать метапозицию по отношению к своему потоку сознания и осознавать субъективность внутриспсихической картины реальности рассматривается как потенциально эффективный антидот против распространенных форм психоэмоционального стресса - тревоги, страха, раздражения, гнева, обиды, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания,

подавления или избыточной озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

В состоянии когнитивного спутывания и слияния мы становимся «пойманными» нашими мыслями и попадаем ловушку их содержания. Наши мысли воспринимаются нами как «правда» буквально. Они легко принимаются на веру в качестве: правил, которые должны соблюдаться; важных событий, которые требуют нашего полного внимания; угрожающих событий, которые мы должны устранить и тому подобное. Когда мы сливаемся с нашими мыслями, они имеют сильное влияние на нас и наше поведение.

Когнитивное расцепление позволяет отступить, метафорически сделать шаг назад, позволяет занять позицию наблюдателя (метапозицию) и осознавать мысли, не будучи ими пойманными. Так мы получаем практическую возможность распознавать, что наши мысли – не более и не менее, чем постоянно меняющийся поток второй сигнальной системы, различных слов, звуков и картинок, даже запахов и телесных ощущений не связанных с текущим перцепторным опытом. Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значительно снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение.

Большое количество книг по АСТ описывают свыше сотни различных техник расцепления. Например, чтобы справиться с провоцирующими мыслями мы можем просто отстраненно наблюдать их; громко повторять их снова и снова, пока это не станет просто бессмысленным набором звуков; представить их звучащими голосом персонажа из мультфильма; спеть их на легкомысленный мотив или про себя сказать «Спасибо, ум, благодарю тебя за такие необычные / регулярные / интересные мысли». Существуют неисчерпаемые возможности для творчества.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, ни один из этих методов расцепления не включает оценивание, обсуждение нежелательных мыслей. Не принципиально, иррациональные это мысли или нет. Более функционально с позиции

АСТ действие - остановить эту мысль или быть ею пойманным.

Ведущая идея АСТ – это функциональность, «применимость», полезность. В ответ на вопрос: «То, что ты делаешь сейчас, – сделает ли это твою жизнь более наполненной, насыщенной и значимой?». Вопрос «Что ты делаешь?» и осознаешь ли ты это, один из ключевых и в терапии реальности У. Глассера. И Уильям Глассер, так же обращал внимание своих пациентов, на деятельность. И даже предлагал сместить внимание с существительных на глаголы, отражающие текущее функционирование, посредством акцента на настоящее. «Ты не пациент с депрессией/ тревожным расстройством, ты делаешь себя депрессивным / тревожным». «И что ты теперь планируешь делать, чтобы получить желаемое?»

Мы можем использовать осознанность, чтобы «проснуться», соединиться с самими собой и ценить полноту каждого момента жизни. Мы можем использовать осознанность, чтобы лучше узнать себя – узнать больше о том, как мы чувствуем, думаем и реагируем. Мы можем использовать осознанность для более глубокой и тесной связи с людьми, о которых мы заботимся – и, в том числе, о себе. И мы можем использовать ее, чтобы сознательно влиять на наше собственное поведение, расширить свой поведенческий репертуар в мире, в котором мы живем. Это действие, сознательная жизнь, – мудрый способ повышения психологической устойчивости и удовлетворенности жизнью. Это объясняет, в частности, почему АСТ широко применяется для усиления эффективности терапии и уменьшения профессионального выгорания самих терапевтов.

АСТ выделяет четыре психологических навыка осознанности:

1. Расцепление / не-слияние: дистанцирование от бесполезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпускание.

2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний и ощущений, позволение им приходиться и уходить без усилий.

3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.

4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Навык расцепления позволяет просто наблюдать угнетающие или тревожные мысли также, как мы наблюдаем проезжающие мимо машины, капли дождя или волны моря. Таким подходом мы можем формировать позицию и поведение, которое в восточных практиках обычно именуют «недеятелем». Созерцательные практики позволяют разделить себя и того, что ранее было раздражителем, когда мы были с ним сцеплены. Так же и навык принятия позволяет людям оставить бессмысленную и беспощадную борьбу с чувствами и ощущениями тревоги, позволяет просто быть, несмотря на дискомфорт и не требуя немедленного комфорта.

В подходе АСТ для наполненной и значимой жизни одной осознанности недостаточно. АСТ учит навыкам осознанности в контексте жизненных ценностей и ответственных действий. Другими словами, клиенты учатся идентифицировать, прояснять для себя и воссоединяться с ключевыми ценностями, чтобы четче устанавливать цели, ориентиры, формировать необходимые для их реализации процессы и осуществлять изменения в жизни. Осознанность не только помогает людям преодолеть психологические барьеры к изменениям, но также способствует наполненному вовлечению в путешествие жизни, ориентированному на осознание себя и своих ценностей.

Диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. М. Linehan разработала диалектическую поведенческую терапию в связи с недостаточной эффектив-

ностью стандартных протоколов для терапии суицидальных пациентов (Linehan & Dimeff, 2001).

Основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, и, в то же время, пытаясь научить их меняться.

Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин “диалектика”, кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести “рефрейминг” суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравниваются акцентом на валидации текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений. Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и

самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволяется использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат.).

Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет “Я” индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: “Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право”.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных

межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого подхода и направления психотерапии, которая позволяет помочь справиться с проблемами суицидального поведения гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлечения нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПТ с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

Список литературы:

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел — ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма “Класс”, Издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
2. Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014 — 208 с.
3. Ковпак Д. В. «Тетя волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнес в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. — Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. — СПб.: изд-во «Альта Астра» — 2015. — 158 с.
4. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. - 592 с.
5. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A pro-posed operational definition // Clinical Psychology: Science and Practice. — 2004. — Vol. 11. — P. 230–241.
6. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // Journal of Personality and Social Psychology. — 2003. — Vol. 84. — P. 822–848.
7. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // Psychological Inquiry. 2009. Vol. 18. P. 211–237.
8. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., Farrow V. The as-sessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale // Assessment. — 2008. — Vol. 15. — P. 204–223.
9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta6analysis // Psychiatry Research. 2001. Vol. 187. P. 441–453.

10. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // *J Altern Complement Med.* 2009. 15(5): 593 – 600.
11. Clinical handbook of mindfulness / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.
12. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // *Archives of General Psychiatry.* 2006. Vol. 63. P. 749–755.
13. Creswell J.D., Way B.M., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling // *Psychosomatic Medicine.* – 2007. – Vol. 69. – P. 560–565.
14. Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S., Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behavior // *Personality and Individual Differences.* – 2008. – Vol. 44. – P. 1235–1245.
15. Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders.* – 2008. – Vol. 22. – P. 716–721.
16. Finucane A, Mercer S.W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care // *BMC Psychiatry.* – 2006. – Vol. 6. – P. 14–24.
17. How does mindfulness-based cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // *Behaviour Research and Therapy.* 2010. Vol. 48. P. 1105–1112.
18. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.

19. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.

20. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // *General Hospital Psychiatry* 1993. 15(5): 284–9.

21. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.

22. Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.

23. Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76. – P. 966–978.

24. Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010.

25. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009 Jun; 16 (2): 200–7.

26. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 31–40.

27. Manicavasgar V., Parker G., Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 130. – P. 138–144.

28. Miklowitz D., Alatiq Y., Goodwin G.M., Geddes J.R. et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2009. – Vol. 2. – P. 373–382.

29. Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 266–272.

30. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // *J Psychosom Res*. 2010. 68(1): 29–36.

31. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 3–10.

32. Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 749–755.

33. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. – New York: Guilford Press, 2002.

34. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // *International Journal of Stress Management*. 2005. Vol. 12(2), P. 164 – 176.

35. Sipe W, Eisendrath S. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // *Can J Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57. – P. 63–69.

36. Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // *Behaviour Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37. – P. 53–78.

37. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // Behaviour Research and Therapy. – 1995. – Vol. 33. – P. 25–39.

38. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.

39. Treadway M.T., Lazar S.W. The neurobiology of mindfulness // Didonna F. (Ed.), Clinical handbook of mindfulness . – New York: Springer, 2009. – P. 45–58.

40. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // Emotion. – 2010. – Vol. 10. – P. 12–24.

Тенденции распространенности суицидов в Удмуртской Республике и Российской Федерации, 1992 – 2003 гг.

Лазебник А.И.

БУЗ и СПЭ УР РКПБ МЗ УР, г. Ижевск

В ходе рыночных преобразований в нашей стране показатели частоты самоубийств колебались в примерном диапазоне от 31 до 42 на 100000 населения. Однако за этими сводными цифрами могут скрываться опасные тенденции роста указанных показателей в некоторых регионах страны.

Цель исследования: сравнение тенденций изменения распространенности самоубийств в Удмуртской Республике (УР) и Российской Федерации (РФ) в переходный период адаптации общества к условиям становления рыночных отношений.

Материал и методы. Эпидемиологический анализ на основе официальной статистики показателей частоты завершенных суицидов в УР и в общей популяции РФ за 12 лет (1992 – 2003 гг.). Период условно разделен на три различающихся в социально-экономическом плане этапа.

Результаты. На первом этапе – радикальных социально-экономических реформ (1992 – 1995 гг.) зафиксирована выраженная тенденция к росту самоубийств в обеих популяциях, вызванная стрессами вследствие массовой приватизации, падения производства, утраты доходов, потери идентичности. Темпы прироста показателя суицидов за весь переходный период наиболее высоки: среди республиканской популяции (+20,3%) и общей популяции (+12,2%). Средний показатель распространенности самоубийств составил 66,5 на 100000 населения в республиканской популяции против 38,2 в общей популяции, т.е. в 1,7 раз выше. Это может быть обусловлено более высокими темпами безработицы и большим снижением объемов производства в УР по сравнению с РФ в целом. На втором этапе – социально-экономической нестабильности (1996 – 1999 гг.) падение промпроизводства приостановилось. Впервые за переходный период темпы прироста показателя суицидов республи-

канской и общей популяции из положительного значения перешли в отрицательное значение (соответственно – 2,2% и – 1,1%). С 1996 г. показатель распространенности самоубийств в обеих популяциях снижается, к 1988 г. – уменьшился в республиканской популяции с 71,9 до 61,4, в общей популяции с 39,4 до 35,4. Тенденция к снижению частоты суицидов неустойчивая и после дефолта в 1999 г она сменилась на противоположную тенденцию. В республиканской популяции показатель распространенности самоубийств увеличился на 2,3% по сравнению с предшествующим этапом и составил 68,1 против 37,9 в общей популяции, превысив последний в 1,8 раз. Видимо, население УР более болезненно отреагировало на стрессовое и суицидогенное воздействие дефолта, чем население РФ в целом, Однако явное несоответствие тенденций в изменениях распространенности суицидов между обеими популяциями выявлено на третьем этапе - социально-экономической стабилизации (2000 – 2003 гг.). Несмотря на социально-экономическое улучшение, как это ни парадоксально, в республиканской популяции показатели самоубийств возрастали, но не в общей популяции, в которой сохранилась тенденция к стабилизации этих показателей. В конечном счете, за 2000 – 2003 гг. показатель частоты суицидов составил 70,1 в республиканской популяции против 38,4 в общей популяции (повышение в 1,8 раз), что свидетельствует о большей уязвимости республиканской популяции к стрессам переходного периода.

Выводы. Показатели распространенности самоубийств в УР превышают общероссийские на всех этапах переходного периода. На этапе социально-экономической стабилизации, в отличие от РФ, в УР четко прослеживается тенденция роста указанных показателей. Причины этого роста пока не ясны, тем не менее, можно предположить, что такой неблагоприятный вариант тенденции является результатом переутомления населения УР в процессе адаптации его в новых рыночных условиях. Необходимо проведение дальнейших исследований, подтверждающих данное предположение. С его разработкой может быть связано создание новых подходов к профилактике суицидов в УР.

Суицидология на марше: задания на сегодня и завтра

Любов Е. Б.

Отдел суицидологии Московского НИИ психиатрии - филиала «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Классический труд Э. Дюркгейма «Самоубийство» начинается с сакраментального «Необходимо...», и каждое поколение работающих в деле предупреждения суицидального поведения (СП) вносит посильную лепту решений и означает новые вопросы и цели. Наметившийся тренд снижения уровней суицидов на федеральном уровне (на местном – неоднозначная динамика) последнего десятилетия не может дезориентировать общественность и специалистов. Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект особой междисциплинарной области знания – суицидологии (А. Амбрумова), а биопсихосоциальный феномен СП в рамках универсальной модели «уязвимость-дистресс» определяет междисциплинарное (бригадное) и межведомственное взаимодействие. Научно-доказательной базой Национальной программы предупреждения суицидов и предшествующих ей стандартов и руководств по оказанию антикризисной (суицидологической) помощи станет ряд логично связанных и последовательных действий. Предстоит многосторонняя (клинико-социальная и экономическая) и многоаспектная (включая позиции суицидентов и их близких) динамическая оценка деятельности службы в целом и континуума ее функционально-структурных звеньев в русле внедиспансерного раздела психиатрической службы нового типа. Необходимы оценка ресурсов и резервов региональных суицидологических служб (подразделения, кадры), выявление их потребностей (уточнение функциональных обязанностей и нагрузки работников) и резервов улучшения эффективности; систематический мониторинг суицидального поведения (СП) на уровнях психи-

атрической службы, региона, страны с привязкой к клиническим (как депрессия, наличие телесной болезни особо с хроническим болевым синдромом и ограничениями функционирования), социально-экономическим, этно-культуральным факторам (на примере малых народов Севера и Дальнего Востока). Объективизация бремени СП в рублях и единицах, указывающих потерю лет продуктивной жизни (DALY) с привлечением «неуловимых» затрат (как чувство вины, самостигматизация близких суицидентов в единицах качества жизни средствами качественного анализа самоописаний) – указывает актуальность и ресурсосберегающий (жизнесберегающий) потенциал профилактической программы. Важно сопоставление бремени СП с таковым болезней, приоритетных для финансирования здравоохранения (как сердечно-сосудистые и онкологические). Будет продолжен поиск клинических и нейробиологических маркеров и изучение прогностических факторов СП в социо-демографических, профессиональных и клинических группах риска (при масштабных скринингах), а также защитных (антисуицидальных) факторов как рациональная фармакотерапия, формальная и неформальная помощь и поддержка. Нужно дифференцировать работу «Телефона доверия» в зависимости от возраста обратившегося и сделать его доступным (бесплатным) вне зависимости от места жительства абонента. Перспективно развитие антисуицидальных сайтов с участием обученных добровольцев (в т.ч. с опытом успешного преодоления кризисных состояний) и онлайн консультирования профессионалов. Предстоит развитие сети кабинетов социально-психологической помощи в территориальных поликлиниках, ВУЗах, центрах занятости населения, социальных центрах обслуживания; в зоне особого риска СП – сельское население, бездомные, правонарушители, что требует развития гибких форм мобильной и доступной помощи. Специалистов (многопрофессиональных бригад) следует привлекать при профотборе, к работе призывных комиссий; Пока мало задействован ресурс ду-

ховной (религиозной) поддержки. Важно внедрять методики антикризисной помощи с доказанной эффективностью и апробировать новые (модули развития жизнестойкости). Организационной проблемой остается обеспечение преемственности помощи суицидентам и их близким (вторичная и третичная профилактика СП соответственно). Следует заняться целевым обучением и повышением квалификации работников службы, интернистов, преподавателей, работодателей, командиров РА, полицейских, школьных и армейских психологов. Неотъемлемыми частями типовой профилактической программы служат широкая просветительская (разъяснительная) работа с населением; мероприятия по ограничению доступа к средствам суицида (безрецептурная продажа медикаментов, защитные ограждения в метро и на мостах), разработка рекомендаций для СМИ по непредвзятому освещению СП.

**Лечебно-реабилитационная помощь
лицам после суицидальной попытки во
внебольничных условиях**
Магурдумова Л. Г.

Введение. Самоубийства продолжают оставаться актуальной и активно изучаемой проблемой. Идея создания суицидологической службы принадлежит профессору, з. д. н., Василию Михайловичу Банщикovu. Модель перспективной суицидологической службы организована в Московском НИИП профессором Айной Григорьевной Амбрумовой. В структуру службы внедрен Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) при кризисных состояниях у лиц с суицидальным риском.

Цель – изучить и организовать лечебно-реабилитационные виды помощи «практически» здоровым лицам, совершившим покушение на самоубийство в условиях экстремальной ситуации.

Материалы и результаты. Обобщаем многолетний опыт работы с пациентами в постсуицидальном периоде (раннем – 1-1,5 месяца и позднем – 2-2,5 месяца). Предметом нашего общения была группа практически здоровых лиц, у которых наблюдались различные личностные реакции на факт незавершенного суицида. Они составили 30% среди суицидентов в кабинетах социально-психологической помощи при ПНД № 9 (филиал № 2 ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ») и ПНД № 12 (филиал № 2 ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ»).

Изучались социо-психологические аспекты личности, направленность интересов, характерологические особенности, возраст, семейное положение, служебно-трудовой статус, физическое состояние, этническая принадлежность, место проживания. По возрасту преобладали мужчины – 21-30 лет, 31-45 лет, 61-70 лет и старше. Женщины – до 20 лет, 21-30 лет, 31-40 лет, 61-70 лет и старше – до 85. Среди «практически здоровых» в психическом отношении были «невротические, связанные со стрессом и расстройством адапта-

ции», «некоторые особенности суицидального поведения при различных типах алкогольного опьянения», «простое» опьянение. Среди акцентуированных лиц, совершивших суицидальную попытку, оказывались «зависимые», «истерические», «возбужденные».

У «практически здоровых» в постсуицидальном периоде, в зависимости от сроков после незавершенного самоубийства, разрабатывались индивидуальные лечебно-реабилитационные программы. Все виды комплексной помощи были возможны при условиях доверительного общения с психиатром-суицидологом, психологом, психотерапевтом, социологом и, при необходимости, с юристом.

Для дифференцированного внедрения медико-реабилитационной программы целесообразно выделить три типа личностных реакций в постсуицидальном периоде:

1. Адекватные, психологически понятные реакции.
2. Реакции вытеснения.
3. Фиксированно-пессимистические реакции.

Реакции расценивались как «адекватные», когда поведение суицидента демонстрировало критическое отношение к попытке самоубийства. Они стремились быть понятыми. Сожалели и раскаивались в покушении на самоубийство. При адекватной оценке суицидентом прошлого и настоящего, положения в социуме, среди близких и знакомых, реабилитационные программы определялись конструктивными психологическими и социальными ресурсами, направленными на активизацию личности и её самоутверждение. Медикаментозной помощи данной группе суицидентов практически не требовалось. Но предлагалось продолжить наблюдение в КСПП, приблизительно в течение года.

Реакции оценивались по типу «вытеснения», когда суицидент отрицал факт совершения суицидальной попытки, отвергал любые формы помощи и участия, отказывался посещать кабинет суицидолога. Они стараются «забыть», вытеснить обстоятельства, явившиеся причиной покушения на лишение себя жизни. При бесспорно имевшихся намерениях

покончить жизнь самоубийством выдвигают версию передозировки лекарств, несчастного случая, демонстративно-шантажных суицидальных угроз. Попытки сотрудников КСПП расположить суицидента к беседе вызывают у него недовольство, раздраженность, аффективную напряженность.

В работе с данным контингентом суицидентов мы стремились придать общению форму свободной дискуссии, полную возможность «выговориться», проявляя при этом должное внимание и сопереживание. Не принуждали к обсуждению мотивов, сформировавших попытку суицида. В рамках реабилитационной программы поднимали социально-психологический престиж, поддерживали их веру в себя, в свое достоинство. При необходимости реабилитационные программы дополняли другими видами целесообразной помощи – медикаментозной, социальной, правовой, супружеской и т. п.

Реакции квалифицировались как «фиксировано-пессимистические» в том случае, когда после незавершенной суицидальной попытки полностью сохранялись значимость суицидогенного конфликта. У суицидентов оставались истинные намерения покончить жизнь самоубийством. Доминировали дистимические расстройства и характерологические особенности личности. В данной группе суицидентов отмечались brutальные и «сиюминутные», импульсивные, непредвиденные суицидальные действия. При этом лечебно-реабилитационная помощь складывалась из комплексных экстренных мероприятий. Нередко ведущую роль играла лекарственная терапия. Психотерапевтические методики и реабилитационные программы имели антикризисное вмешательство. В ряде случаев использовали мобилизацию личностной защиты, при этом пациенты «на выходе» из социально-психологического кризиса, дезактуализации переживаемого микроконфликта собственным примером демонстрировали то, что из любой кризисной суицидогенной ситуации можно найти выход.

Заключение.

1. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированной клинико-психологической оценки личностных реакций в постсуицидальном периоде.

2. Преимуществом, повышающим эффективность лечебно-реабилитационной помощи лицам после суицидальной попытки в условиях КСПП является возможность широкого охвата суицидентов в рамках не ограниченного по времени наблюдения, без отрыва от работы, учебы, коллектива и друзей.

3. Внебольничные лечебно-реабилитационные программы формируют более адекватную социально-психологическую реадaptацию и являются наиболее эффективной в плане профилактики повторных суицидов.

Современные проблемы профилактики самоубийств в вооруженных силах России
Нечипоренко В. В., Днов К. В., Серегин Д. А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Проблема суицидального поведения в Вооруженных силах сохраняет свою актуальность не только из-за их распространённости среди военнослужащих (благодаря профессиональному отбору число самоубийств у военнослужащих заметно меньше, чем среди гражданской молодежи), сколько из-за широкого общественного резонанса, который приобретает каждое самоубийство военнослужащего. С целью выделения наиболее актуальных проблем профилактики суицидального поведения у военнослужащих нами была изучена отчётная документация по самоубийствам военнослужащих за последние годы, в ходе которой анализировалась динамика суицидальных происшествий у военнослужащих, основные причины самоубийств военнослужащих, выделены типичные недочёты в работе командования войсковых частей, способствующие реализации суицидальных тенденций.

Результаты. В последние годы были достигнуты значительные успехи в сокращении количества самоубийств среди военнослужащих. К 2014 году уровень самоубийств у военнослужащих стал почти в два раза меньше, чем уровень самоубийств среди гражданского населения России. При этом, в США в 2014 году уровень самоубийств у военнослужащих превышает аналогичный показатель среди гражданского населения более чем в два раза. Начиная с 2001 года, уровень суицидов военнослужащих в России демонстрировал отчётливую тенденцию к снижению, к 2014 г. сократившись более чем в 2,5 раза. Установлено, что уравнение аппроксимации для динамики самоубийств у военнослужащих имело линейный вид и описывалось, как $y = -5,3489x + 105,42$ при $R^2 = 0,92$. В то же время

следует учитывать относительность представленных данных, поскольку среди погибших военнослужащих, самоубийства становились причиной гибели у каждого четвёртого (26,8%). Следует также отметить, что в последние годы отмечается изменение соотношения количества самоубийств среди различных категорий военнослужащих, так, если в 2011 г. большинство самоубийств совершалось военнослужащими по призыву (56,3%), то к 2014 г. уже 70,6% всех самоубийств совершалось военнослужащими по контракту, при этом большая их часть (49,2% от общего количества самоубийств) приходилась на рядовых и сержантов контрактной службы. При изучении основных причин самоубийств, обращал на себя внимание тот факт, что мотивами каждого восьмого случая самоубийства становятся материальные проблемы (невозможность расплатиться с долгами или кредитами), и их количество в 2014 г. по сравнению с 2013 г. возросло в 3,2 раза. Однако основными причинами суицидов у военнослужащих по контракту остаются семейные неурядицы (более 30%). Среди факторов, способствующих реализации суицидальных тенденций, выделялись неудовлетворительная деятельность должностных лиц соединений и воинских частей, женского актива по разрешению семейных и служебных проблем у офицеров и прапорщиков, а также недостаточные требования к морально-психологическим качествам кандидатов на службу по контракту. У военнослужащих по призыву наиболее значимыми причинами самоубийств остаются трудности с адаптацией к военной службе и неразделенная любовь. Среди факторов, способствовавших реализации суицидальных намерений среди этой категории военнослужащих следует отметить низкий уровень психолого-педагогической подготовки младших офицеров, сержантов, недостатки в работе по выявлению признаков отклоняющегося поведения у подчиненных военнослужащих, формальное отношение должностных лиц к профилактике межличностных конфликтов в под-

разделении и внутриличностных конфликтов военнослужащих на почве неразделенной любви.

Заключение. Более внимательное отношение всех должностных лиц войсковых частей к указанным факторам будет способствовать повышению эффективности психопрофилактики самоубийств.

Особенности эмоционально-личностной сферы подростков с суицидальными попытками *Николаева Н. В.*

Академия Сферы Социальных Отношений, г. Москва, научно-информационный центр А.Р.Т., г. Санкт-Петербург

Актуальность изучения самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в наше время не подлежит сомнению, как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных.

Наблюдающийся в мире рост абсолютного числа суицидов и суицидальных попыток, особенно у лиц молодого возраста, делают проблему самоубийства актуальной и выдвигают задачу быстрее разработки конкретных методов их предупреждения.

Что касается г. Санкт-Петербург, то главный психиатр Санкт-Петербурга Софронов Александр Генрихович указывает на тот факт, что конкретного подсчета петербуржцев, покончивших с собой, не ведется, потому что на этот счет нет никаких федеральных установок. Министерство здравоохранения и социального развития не заказывает Санкт-Петербургу полномасштабных исследований на суицидальную тему. Однако, данные независимых экспертиз, проводимые психологами, социологами и криминологами из различных вузов и научных профильных центров, указывают на то, что за 2015 год в Петербурге на 100 тысяч человек приходится 17,1 самоубийства [2].

В настоящее время природа суицидального поведения людей значительно меняется - суицид чаще всего происходит не вследствие патологических отклонений в психике человека, а в результате воздействия на него социальной среды. То есть, по преимуществу это явление социально-психологического происхождения. Суицид происходит, как правило, на фоне определённого набора крайне негативных для личности фак-

торов и обстоятельств, которые в комплексе нарушают функционирование механизма психологической защиты и подрывают веру человека в благополучный исход событий [2].

Эрл Гроллман установил следующие факторы риска для тех, у кого отмечается предрасположенность к суициду [1]:

- предшествующие попытки к самоубийству;
- суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- суициды в семье;
- алкоголизм;
- хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов;
- аффективные расстройства, особенно тяжёлые депрессии;
- хронические или смертельные болезни;
- тяжёлые утраты (смерть близких);
- семейные проблемы: уход из семьи или развод;
- финансовые проблемы: потеря работы.

Кроме того, следующие группы населения должны считаться имеющими наибольший суицидальный риск: молодёжь с нарушением межличностных отношений, “одиночки”, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным и криминальным поведением, включающим физическое насилие [3].

Э. Шнейдман, занимающийся проблемами суицида, разработал 10 общих черт суицида [1]. Под “общими чертами” он понимал те проявления, которые отмечаются по крайней мере у 95 из 100 лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств и форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства. Вот 10 общих психологических характеристик самоубийства, которые он обнаружил в своих исследованиях:

- Общей целью самоубийства является нахождение решения.
- Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.

- Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.
- Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадёжность.
- Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
- Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- Общим действием при суициде является бегство.
- Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своём намерении.
- Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения [1]

Проводимое в 2015 - 2016 году на базе научно-информационного центра АРТ исследование, совместно с факультетом Психологии НОУ ВО Академия сферы социальных отношений, было посвящено изучению особенностей эмоционально – личностной сферы подростков с суицидальным поведением.

Объектом исследования выступали подростки 14-16 лет. Выборку составили 50 человек, учащиеся старших классов, из них 30 подростков группы риска, 20 подростков с попытками суицида. Данные брались из медицинского и психологического анамнеза подростка.

В ходе исследования необходимым явилось определить индивидуально-психологические характеристики подростков группы риска и подростков с суицидальными попытками; выявить особенности взаимоотношений в семье подростка; провести сравнительный анализ полученных результатов относительно наличия попыток суицида; сформулировать практические рекомендации педагогам и родителям.

Исследовательский блок включал в себя следующие методики: 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла;

Экспериментально - психологическая методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга; Шкала самоуважения Розенберга; Опросник «Подростки о родителях» (ПоР) в адаптации Л.И. Вассермана; Модификация восьмицветового теста Люшера Л.Н. Собчик «Метод цветových выборов».

В процессе проведения исследования вычислялись средние значения показателей, соответствующие квадратичные отклонения, коэффициенты корреляции Пирсона, определялась достоверность различий показателей в рассматриваемых группах по t-критерию Стьюдента.

В результате проведенного исследования было получено, что подростков, имеющих суицидальные попытки отличает низкий уровень самооценки, в то время, как среди подростков группы риска прослеживается тенденция к завышению своих возможностей и переоценке себя.

В группе подростков с суицидальными попытками показатель интеллектуального уровня достаточно высок. У подростков с попытками суицида отмечается внутренняя конфликтность представлений о себе. В обеих подгруппах прослеживается низкий уровень эмоциональной устойчивости.

Подростков двух подгрупп на значимом уровне отличает тип реагирования на фрустрирующую ситуацию, так у подростков с попытками суицида прослеживается доминирование типа с фиксацией на удовлетворении потребности и с фиксацией на препятствии.

При проведении теста цветových выборов, большинство подростков с попытками суицида в первую очередь выделяют красный (потребность в активности, овладении всем тем, что доставляет радость и наслаждение) и черный (протестные реакции) цвета, а подростки группы риска – фиолетовый (затрудненная адаптация, потребность в уходе от реальной действительности, индивидуалистичность, эмоциональная незрелость) и красный цвет - на первой и второй позиции соответственно.

Во взаимоотношениях с родителями среди подростков с суицидальными попытками преобладают высокие резуль-

таты по шкале Враждебности и Директивности во взаимоотношениях с матерью и высокие результаты по шкале Автономности во взаимоотношениях с отцом.

Подростков с попытками суицида отличает дисгармоничное отношение к брату или сестре, в то время, как в группе подростков риска дисгармоничных отношений практически не выявлено. Отношения с матерью подростков данной подгруппы, можно охарактеризовать как возбужденные, агрессивные, с наступательными тенденциями.

Таким образом, понимая, что в структуре личности подростков имеющих суицидальные попытки прослеживается своеобразие эмоционально – личностных качеств, как негативных так и положительных, необходимо понимать, что профилактика суицидальных происшествий является важным направлением работы психологов и медицинского персонала образовательных учреждений. Психопрофилактика должна быть сопряжена с нормализацией уровня оптимизма, развитием и коррекцией деятельности эмоциональной сферы психики, организацией оптимальной среды общения, формированием положительных жизненных установок – целым сложным комплексом внутренней психологической динамики, препятствующей возникновению и развитию суицидальных тенденций.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии - М., 2001 – 245 с.

2. Николаева Н.В., Каяшева О.И. Психологические детерминанты комплексного сопровождения личности в ситуации переживания кризиса // Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи : сборник научных статей / XX Клинические Павловские чтения, 21 апр. 2016 г. ; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – С. 39 - 45.

3. Николаева Н.В. Медико-психологические аспекты профилактики суицидального поведения больных // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, СПб, ноябрь, 2013 – Выпуск XIII./ Под общ.ред. В.И. Мазурова. – СПб, 2013 - с.166 – 171

Роль экспериентального избегания в развитии суицидального поведения и возможности поведенческой терапии принятия и ответственности в работе с ним
Павлов Н. А.

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, г. Москва

Введение

Согласно докладу ВОЗ, примерно каждые 40 секунд в мире кто-то умирает от попытки суицида. Более 800 000 человек умирают каждый год. Глобально, суицид стоит на втором месте по причинам смерти среди 15-20 летних. ВОЗ утверждает, что на каждую завершившуюся попытку суицида приходится 20 выживших. Но суицид можно предотвратить.

Данная статья представляет собой обзор понятий экспериентального избегания и психологической резильентности, их связи с суицидальным поведением и возможности работы в модели поведенческой терапии Принятия и Ответственности.

Понятие экспериентального избегания и его связи с суицидальным поведением

Идея про то, что избегание негативного аффекта влияет на развитие психопатологии, не нова и появляется в разных школах клинической практики (Binswanger, 1963; Freud, 1914; Kelly, 1955; Mowrer, 1947). Но в начале 90-х годов группа специалистов из США переработала её в конструкт экспериентального избегания, и сейчас этот конструкт активно используется в профессиональной литературе и исследованиях, в основном посвящённых «третьей волне» поведенческих моделей психотерапии, вернувшихся от когнитивизма к принципам радикального бихевиоризма. Экспериентальное избегание (experiential avoidance) условно состоит из двух частей (а) неготовность входить в контакт с неприятным опы-

том (телесные ощущения, эмоции, мысли, воспоминания и склонность к определенному поведению) и (б) действия, которые усиливают неприятный опыт или события, которые провоцируют его активацию (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). В теории различных подходов оно также описывается как предполагаемый патологический процесс (Hayes et al., 1996) и считается ключевым в развитии и поддержке существования психопатологии (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Классическими примерами вредоносных избегающих стратегий являются злоупотребление алкоголем, наркотическими и сильнодействующими веществами, высокорискованное сексуальное поведение. Согласно описанию S.Hayes (1996) экспериентальное избегание включает в себя и собственно избегание (не допущение), и убегание (от произошедшего контакта) во всех своих формах, до тех пор пока они используются как методы для изменения формы, частоты или интенсивности опыта. На данный момент прошло примерно 20 лет с момента, как S.Hayes и его коллеги представили доказательства того, что экспериентальное избегание является функциональным измерением психопатологии.

Растущее количество эмпирических данных за прошедшие 20 лет показывает, что экспериентальное избегание играет роль в обширном списке психологических расстройств, в частности суицидального поведения, и в психотерапевтических интервенциях. Например, одно из исследований суицидальных идеаций как формы экспериентального избегания было проведено в виде проверки ассоциирования между суицидальными идеациями и терапевтическими изменениями у выборки из 189 пациентов стационара. Результаты показали значительную связь между баллами Шкалы Бека для Суицидальных идеаций (Beck Scale for Suicidal Ideation) и Вопросником Принятия и Действий (Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)). Далее они показали, что изменения баллов в AAQ-II в процессе стационарного лечения было связано с изменением в степени суицидальности. Более того, пациенты, чьи баллы

суицидальной идеации упали в процессе лечения, показали также значительное падение уровня экспериентального избегания. Эти результаты соответствуют гипотезе о том, что суицидальные идеации (и в продолжении их развития – суицид) являются формами экспериентального избегания, а значит, терапевтические подходы могут быть направлены на поиски способов его снижения.¹

Стратегии избегания также вносят вклад во весь спектр психологических и поведенческих расстройств (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996), включая посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD; Beck, Gudmundsdottir, Palyo, Miller, & Grant, 2006) и депрессию (Wegner & Zanakos, 1994). Избегание повышает интенсивность суицидальных мыслей и связано с возрастающим риском попыток суицида. (Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal, & Lynch, 2008; Najmi, Wegner, & Nock, 2007; Pettit et al., 2009).

Психологическая гибкость и ее роль в предотвращении суицидального поведения

В то время как часть работы специалистов по предотвращению суицида направлена на определение факторов риска в развитии суицидального поведения, клиницисты сосредотачиваются на психологической резильентности и ее роли как защитного фактора для предотвращения суицидов². Резильентность была описана как «способность, позиция восприятия или набор убеждений, которые предохраняют индивида от развития суицидальности перед лицом стрессовой ситуации и факторов риска» (Johnson, Wood, Gooding, Taylor, & Tarrrier, 2011, p. 964)

1. Change in Experiential Avoidance is Associated with Reduced Suicidal Ideation over the Course of Psychiatric Hospitalization, *Arch Suicide Res.* 2016 Jul 2;20(3):426-37. doi: 10.1080/13811118.2015.1093983. Epub 2016 Apr 4.

2. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *J Affect Disord.* 2011 Oct;133(3):591-4. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.006. Epub 2011 May 31

Потенциальный вклад в развитие резильентности оказало понятие психологической флексибельности (гибкости), которая определяется как способность принимать собственный эмоциональный опыт без избегания и в зависимости от ситуации, следовать собственным целям несмотря на негативный опыт (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). В значительном количестве исследований психологическая гибкость показала себя как защитный фактор против депрессии, тревоги и общего дистресса (Bond et al., 2011). Так, депрессия ассоциируется с ригидными психологическими и поведенческими паттернами отклика. Депрессивные пациенты часто впадают в руминацию, которая характеризуется устойчивым и привычным способом думать о внутренних событиях, что ведет к пассивному поведенческому отклику (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Депрессивные клиенты склонны использовать самообвинение и безнадежность для описания негативных событий и проблем в жизни, что делает затруднительным для них следовать персональным смыслам (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989). Ригидный отклик, такой как руминация и автоматическое присвоение негативных атрибуций, также было выявлено при посттравматическом стрессовом расстройстве, состоянии также ассоциированном с избегающей стратегией (Ehring, Frank, & Ehlers, 2008; Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007).

Исследование, проведенное среди действующих военнослужащих Военно-Воздушных сил США, подтвердило предположение о роли психологической гибкости в защите вернувшихся с боевых действия военнослужащих от депрессии и ПТСР. Это совпадает с другими исследованиями, демонстрирующими низкий уровень депрессии, тревоги и общего дистресса у субъектов с высоким уровнем психологической гибкости (Bond et al., 2011; Flaxman & Bond, 2010). Участники, набравшие высокий уровень баллов, были также менее подвержены суицидальным мыслям и поведению. И наконец, была установлена значительная взаимосвязь между силой симптомов депрессии и повышенной вероятностью

возникновения суицидальных идеаций у лиц с низким уровнем психологической гибкости. При этом, психологическая гибкость не препятствует возникновению суицидальных идеаций при симптомах ПТСР. Эти результаты позволяют предположить, что психологическая гибкость работает как форма резильентности против факторов риска для суицидальных идеаций при депрессии, но не при симптомах ПТСР, возможно потому что при депрессии симптоматика больше сконцентрирована вокруг суицидальных мыслей и поведения, чем симптоматика ПТСР.³

В работах по развитию конструктив психологической гибкости отмечается, что экспериентальное избегание как стратегия совладения с внутренним опытом не является проблемой сама по себе, однако ведёт к различным формам психопатологии, таким как депрессия и генерализованное тревожное расстройство, кроме прочих факторов (Hayes & Gifford, 1997).

Возможности поведенческой Терапии Принятия и Ответственности в работе в суицидальном поведением

Главной целью ТПО является увеличение психологической гибкости. Эта цель возникла в противовес тенденции Западной культуры пропагандировать идею избавления от «плохих» чувств и мыслей, которая запускает наши естественные стратегии избегания и убегания. И хотя они эффективно используются для внешней угрозы, применение их ко внутренним «угрозам» приносит мало успеха, особенно в долгосрочной перспективе (Hayes et al., 1999).

Попытки контролировать происходящее внутри непродуктивны по 2 причинам. Во-первых, событие, на которое

3 Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. Craig J. Bryan, Bobbie Ray-Sannerud, Elizabeth A. Heron. National Center for Veterans Studies & The University of Utah, USA b 342nd Training Squadron, Lackland Air Force Base, USA

они направлены, находится в относительной смысловой/языковой связке с тем, что нельзя проконтролировать. Во-вторых, правила контроля обычно содержат стимул, реакцию на который и хочется проконтролировать (например, «Перестань думать о смерти»), что естественным образом ведет к увеличению избегаемого контента (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

Согласно модели ТПО, проблема в том, что поведение под контролем вербальных-опосредованных стимулов (поведение, обусловленное вербальными правилами) обычно более ригидно, чем поведение, обусловленное прямым контактом с обстоятельствами, его стимулирующими. Соответственно, ТПО пробует сменить локус поведенческого контроля с вербальных правил на прямое восприятие ситуации. Через отпущение оценки/суждений/сравнений переживаемого опыта (вербально-опосредованные стимулы), человек переключается на тестирование реальности, воспринимая происходящее здесь-и-теперь, открыто встречая свои внутренние переживания и выстраивает своё поведение с позиции его эффективности для реализации ценностей и достижения целей.

Модель ТПО побуждает развивать открытость и принятие нежелательных мыслей и чувств, мотивирует к формированию поведения, направленного на улучшение качества жизни (Hayes et al., 1999). Для этого ТПО предлагает ряд техник, разбитых согласно 6 ключевым процессам модели, являющимися фокусом работы психотерапевта:

- Когнитивное распутывание: техника, призванная снизить функцию мыслей через изменение контекста, в котором они происходят, вместо того, чтобы пытаться изменять форму, частоту или ситуационную чувствительность самих мыслей;

- Принятие: открытость психологическому опыту (мыслям, чувствам, воспоминаниями) без избегания или позволения им управлять поведением;

- Контакт с текущим моментом: свободный, непрерывный и безоценочный контакт с психологическими и внешними событиями в том виде, в котором они происходят;

- Наблюдающее Селф: позиция восприятия собственного опыта без привязки к нему или погружения в какую то конкретную единицу опыта;

Ценности: выбранные качества осмысленных действий, которые не могут быть достигнуты, но могут быть реализованы в каждом моменте действий;

- Обязательство к действиям: ответственность улучшать качество своей жизни, применяя эффективное поведение, направленное на реализацию ценностей в более широких контекстах.



Группа специалистов под руководством S.Hayes (2004) разработала вопросник Принятия и Действий (Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) для оценки экспериентального избегания и психологической гибкости, являющихся ключевыми конструктами ТПО. Несмотря на то, что эти два процесса хорошо известны и другим видам психотерапии, таким как Гештальт-терапия, Экзистенциальная терапия и Диалектико-поведенческая терапия, ранние исследования их не имели подходящего и валидного инструмента. Вопросник AAQ-II доказал свою эффективность для измерения двух психологических феноменов: экспериен-

тального избегания и психологической гибкости и прошел валидацию на шведском, голландском, испанском и японском языках (Hayes et al., 2004). Он также использовался для разработки более специфических инструментов измерения принятия и когнитивного распутывания при работе с курением и болевым синдромом.

Заключение

Концепция экспериентального избегания является ключевой в описании формирования суицидального поведения в поведенческой Терапии Принятия и Ответственности. Несмотря на то, что сама идея не является новой или эксклюзивной, модель ТПО предлагает прагматичную схему работы с этим явлением через понятие о психологической гибкости и допущении о 6 процессах.

Используя интервенции, направленные на развитие навыков психологического принятия и работу с мотивацией через определение личных смыслов, ТПО способствует повышению психологической гибкости, что является защитным фактором развития ряда психопатологий.

Модель ТПО предлагает ясную и прагматичную схему работы, доступную для освоения как специалистами помогающих профессий любого уровня так и клиентами в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy, Edited by Steven C. Hayes. University of Nevada, Reno, Kirk D. Strosahl, Mountainview Consulting Group Moxee, Washington 2004

2. Experiential Avoidance and Behavioral disorders: A Functional dimensional approach to diagnosis and treatment, Steven C. Hayes. University of Nevada, Reno, Kelly G. Wilson, Kirk Strosahl. Journal of Counseling and Clinical psychology 1996 vol.64, No 6

3. Experiential Avoidance and Psychological Acceptance Processes in the Psychological Recovery from Enduring Mental Illness. Vinicius R. Siqueira & Lindsay G. Oades, School of Psychology Illawarra Institute for Mental Health University of Wollongong, Wollongong Australia & Anhanguera, Cascavel, Brazil.

4. ACT Verbatim for Depression and Anxiety. Annotated transcripts for learning ACT. Michael P. Twohig, Steven C. Hayes, New Harbringer Publication, 2008

5. ACT in practice. Case conceptualization in Acceptance and commitment therapy. Patricia A. Bach, Daniel J. Moran, Harbringer Publication, 2008

6. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

7. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2014/suicide-a-global-issue.shtml>

**Перспектива жизни: будущее глазами
социальных сирот. Превенция суицидального
поведения**
Размахова О. Л.

**Институт Специальной Педагогики и
Психологии**

Кризис семьи, как итог социальных, экономических, культурных и политических изменений, характеризуется снижением воспитательного потенциала, материальных возможностей и нравственно-психологического климата. Особенно острой оказывается проблема социального сиротства: в 95% дети находятся в учреждениях интернатного типа при живых родителях. Взаимодействие со значимым взрослым в период подросткового кризиса способствует формированию ценностных и смысложизненных ориентаций, усвоению социальных норм, нравственному становлению личности. Потеря семьи приводит к их трансформации; полученный опыт (пребывания в социально неблагополучной семье; разлуки с семьей) определяет формирование жизненной перспективы. Кризис подросткового возраста актуализирует рискованное и, в частности, суицидальное поведение. Таким образом, воспитанники государственных бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания «Центров для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» являются высокоуязвимой в отношении суицидального поведения социальной группой. Приведенное исследование предпринимает попытку обратить внимание на субъективное восприятие собственной перспективы и осмысленности жизни, как индикатор суицидального риска у подростков-сирот. В исследовании приняли участие подростки-социальные сироты 15-16 лет (n=80) и их сверстники, воспитывающиеся в социально благополучных семьях (n=100.)

Временная перспектива жизни иллюстрирует направление фиксации человека на его прошлом, настоящем или будущем, а также специфику восприятия жизни, в связи с чем

человек уделяет им разное количество времени. Образ будущего (его осмысленность) способствует оптимизации дальнейшего жизненного пути. Временная перспектива предстает глубоким фундаментом для формирования человеком его поведения. Ориентация на прошлое, настоящее или будущее определяет выбор людей. Так, чувство вины является ориентацией человека по направлению к его прошлому опыту, стремление к достижениям наряду с надеждами и мечтами устремляют в будущее. Картина индивидуального будущего, в свою очередь, оказывает колоссальное влияние на действия человека. Временная перспектива отражает ценностные ориентации и убеждения, связанные со временем, и могут быть рассмотрены как стойкие личностные черты. Выделяются пять основных временных ориентаций личности: негативное прошлое (пессимистическое отношение к прошлым событиям), позитивное прошлое (теплое, сентиментальное отношение к прошлому), гедонистическое настоящее (ориентация на удовольствие, на текущий момент), будущее и фаталистическое настоящее (отражает беспомощное, безнадежное отношение к будущему и жизни, фатальность событий).

Формирование жизненной перспективы находится под влиянием ряда факторов: индивидуальных психологических особенностей, возраста, пола, образования, традиций и т.д. Отдельно следует выделить такой фактор, как кризисная жизненная ситуация для индивида, который не может не обуславливать ее формирование.

В сравнении с контрольной группой у подростков-сирот выше степень неприятия собственного прошлого, переживание боли и разочарования. Настоящее воспринимается как оторванное от прошлого или будущего, акцент ставится на переживание наслаждения. С другой стороны, настоящее предстает независимым от воли личности, то есть личность не несет ответственности за события, а подчиняется судьбе. Цели и планы на будущее выражены слабо в сравнении с представителями социально благополучных семей.

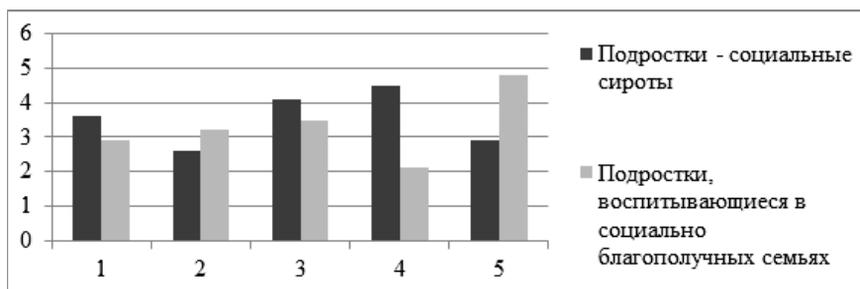


Рисунок 1: Изучение временной перспективы Ф. Зимбардо

Условные обозначения: Факторы восприятия: 1 – негативного прошлого 2 – позитивного прошлого, 3 – гедонистического настоящего, 4 – фаталистического настоящего, 5 – степень ориентации на будущее.

Иерархия ценностных ориентаций подростков-социальных сирот отличается высокими значениями ценностей гедонистической направленности. В то же время возрастает интерес к экзистенциальным вопросам, в частности относительно причины столкновения со сложной жизненной ситуацией, значения пережитых событий. Происходит анализ прошлого, оценка собственных действий. Наблюдается дефицит общения на экзистенциальные темы со значимыми взрослыми. Высоко ценятся межличностные отношения, в особенности взаимное уважение и поддержка. Следует отметить, что привязанности подростков социальных сирот среднего подросткового возраста отличаются высокой зависимостью от значимых людей, в общение часто теряется собственная индивидуальность. Позже, к старшему подростковому возрасту формируется ценность достижений, самостоятельности и независимости, возрастает значение саморазвития и стремление к творческой реализации. Эти ценности встают на передний план у подростков, воспитывающихся в социально благополучных семьях, на три-пять лет раньше, в связи с чем их мотивация к учебе и социальная активность - значительно выше.

Возвращаясь к временной жизненной перспективе, изучение ценностных ориентаций позволяет нам определить

вектор направленности мысли социального сироты: воспоминания о семье, чувство вины и непонимания, подорванное доверие к миру фиксируют его в прошлом. Взгляд в сторону будущего смещается к старшему подростковому возрасту, когда изменить ситуацию в образовательном учреждении слишком сложно, много возможностей уже упущено, а негативное оценочное отношение со стороны взрослых – сформировано. В сочетании с преобладанием гедонистических ценностей возрастает риск обращения к различным формам зависимого или рискованного поведения.

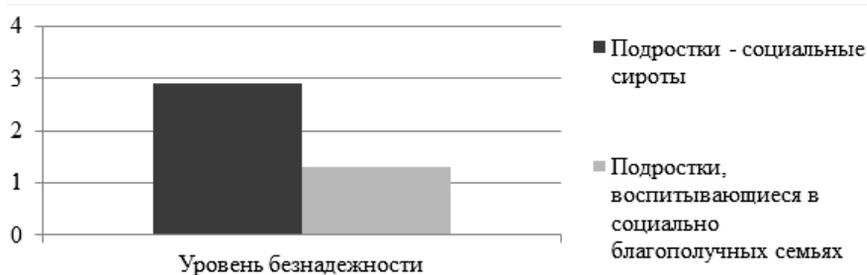


Рисунок 2: Шкала безнадежности А. Бека

Субъективное будущее воспринимается подростками - социальными сиротами отрицательно и связано с негативными ожиданиями: слабая вера в реализацию поставленных целей (или отсутствие целей), стойкое ощущение, что худшие из проблем никогда не разрешатся.

Цели и осмысленность жизни сформированы слабо. Процесс жизни воспринимается малоинтересным, незаполненным смыслом. Ярко выражено отсутствие веры в свои силы и в возможность контролировать события собственной жизни. Напротив, для подростков контрольной группы характерны наличие целей в жизни, удовлетворенность ее процессом и ответственность за свою жизнь и деятельность.

В сочинениях наблюдается выраженная противоположность у групп: для сирот характерно не писать о профессиональной сфере и о наличии работы в будущем, либо упоминать об этом кратко. Встречается упоминание поступления в

колледж, который позволит освоить какую-либо профессию (акценты на выборе профессии не ставятся). Представители контрольной группы имеют четкий план относительно выбора профессии, часто она совпадает с мечтой дальнейшей реализации. Образование также занимает для них значительное место. Описываются конкретные университеты и определенный уровень жизни. Подробно раскрываются хобби и интересы: путешествия по миру, повышение образование, переезд в другую страну, открытие собственного бизнеса. Сочинения пропитаны амбициями.

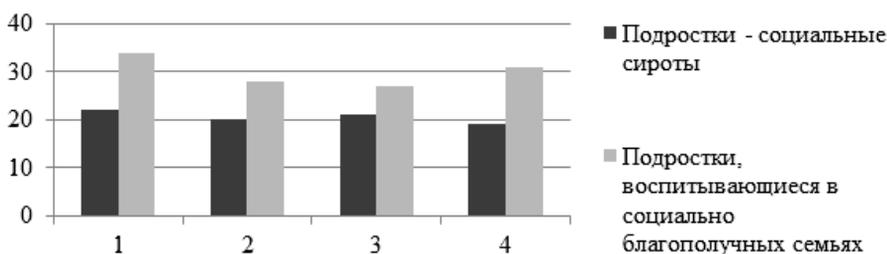


Рисунок 3: тест изучения смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева
 Условные обозначения: 1 - Цели в жизни, 2 - Процесс жизни, 3 - Результат жизни, 4 - Локус контроля «Я».

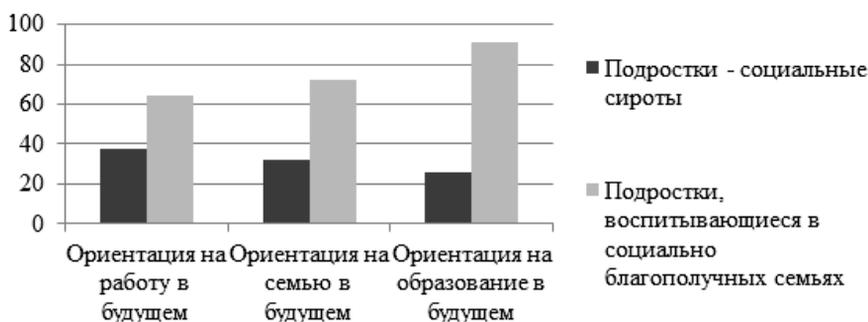


Рисунок 4: методика незаконченного предложения

Другая ситуация наблюдается в работах социальных сирот. Будущее видится им неопределенным и если их сверстники контрольной группы его заполняют, сироты оставляют в жизненной перспективе много пустот. Их сочинения

коротки, они, в своем большинстве, не знают, чего хотят и боятся об этом «мечтать».



Рисунок 5: методика незаконченного предложения

Многие сочинения социальных сирот включают в себя описание будущего, которое происходит не с ними. В будущем люди посетят другие планеты, начнется война, создадут бессмертие. Во временной жизненной перспективе теряется «Я». Можно предположить, что эта данность обязана недостаточной верой в возможность собственного счастливого будущего, а значит – присутствием нежелания рассуждать о себе и собственной жизни. По статистике, несмотря на возможность бесплатного высшего образования – социальные сироты не продолжают учиться и не поступают в высшие учреждения. По статистике, львиная доля представителей социального сиротства не получают собственного жилья и возвращаются в те же семья, из которых были изъяты. Мышление такого рода часто формирует расстройства депрессивного круга: ощущение несправедливости и обида, низкий уровень переживания осмысленности жизни и слабо сконструированная жизненная перспектива, по нашему мнению, являются одной из причин суицида среди подростков-сирот.

Ранее было сказано, что формирование жизненной перспективы находится под влиянием ряда факторов. Отдельно был выделен фактор кризисной жизненной ситуации для индивида, который не может не обуславливать ее формирование. Социальное сиротство создает для детей ситуацию, в

которой формирование образа будущего (а значит и оптимизации дальнейшего жизненного пути) оказывается значительно более трудным и темным процессом. В этом процессе они остаются наедине с собой, остаются одинокими. Возникает вопрос: хотят ли они быть частью будущего или обязаны его иметь? Превенция суицидального поведения с опорой на поиск смысла и формирование конструктивной картины будущего, а также собственного активного места в этом будущем, ответственной позиции по отношению к собственной жизни кажется нам максимально актуальным и эффективным методом в работе с социальными сиротами подросткового возраста.

Групповые формы психотерапевтической работы при суицидальном и самоповреждающем поведении у подростков

Романова Е. В.

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы, Москва (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»)

Не вызывает сомнений необходимость использования психотерапии при ведении подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением. Только комплексное, специально организованное, основанное на методах с доказанной эффективностью и достаточно длительное психотерапевтическое сопровождение подростка и его семьи сможет предупредить подобное поведение, значительно повысить эффективность терапевтической работы.

Нами обследовано 188 детей и подростков в возрасте 8-17 лет, поступивших в психиатрический стационар в экстренном порядке, у всех в числе жалоб при поступлении были суицидальные высказывания, угрозы, самоповреждающее поведение и/или суицидальные попытки (в т.ч. неоднократные). Средний возраст составил 12.8 ± 1.4 лет. Все пациенты проходили необходимое стационарное обследование и комплексное лечение. Осуществлялась также работа с родителями (или лицами, их замещающими) 165-ти детей/подростков.

Все пациенты разделены на группы по нозологической принадлежности. Среди обследованных чаще других (38.3%) диагностировались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9) (в т.ч. F91, F92 и F98). На втором месте с частотой 15.43% диагностировались органические психические расстройства (F0) (в т.ч. F06, F07), далее в 14.9% случаев - шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) (в т.ч. F20, F21, F23, F25). Аффективные

расстройства (F3) составили 11.17% (в т.ч. F31 и F32), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) - 9.04% случаев (в т.ч. F41, F43 и F48). Умственная отсталость (F7) диагностирована в 8.51% случаев (в т.ч. F70, F71). Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5) и патохарактерологические формирования личности (F6) диагностированы соответственно в 1.6% и 1.06% случаев.

Если у пациентов с органическими психическими расстройствами, расстройствами шизофренического спектра и умственной отсталостью на первом месте стоит психофармакотерапия, а возможности психотерапии ограничены, имеют свою определенную специфику и играют скорее вспомогательную роль; то пациенты с расстройствами настроения, невротическими, связанными со стрессом и эмоциональными и поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста представляют основной контингент (58.51% обследованных) нуждающихся в психотерапевтическом вмешательстве с первых дней нахождения в стационаре.

В зависимости от состояния ребенка, его индивидуальных особенностей, адекватно определенным в ходе первичного диагностического исследования мишеням для психотерапевтической работы с пациентами показано проведение индивидуальной и семейной терапии (в т.ч. индивидуальная работа с ребенком и - по показаниям - индивидуальная терапия с родителями (или лицами, их замещающими)).

Групповая психотерапия также является важным ресурсом для коррекции психического статуса пациентов и профилактики подростковых самоубийств. Ниже приведены основные формы групповой работы при суицидальном и самоповреждающем поведении у подростков.

1. Группа психологической поддержки родителей подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением. Привлечение родителей к работе постоянно действующей открытой группы целесообразно на всех этапах терапевтического процесса, начиная с первых дней нахождения

подростка в стационаре. В центре внимания такой группы находится семья подростка, столкнувшаяся с ситуацией совершения/угрозы совершения/ суицида. Основные задачи работы группы:

- коррекция эмоционального состояния родителей, работа с чувством вины, купирование актуальности переживаний;
- формирование терапевтического альянса семьи с врачами, комплаенс-терапия и т.д.

2. Психообразовательная программа для родителей подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением, ставящая своими целями повышение осведомленности родителей по основным вопросам превенции самоубийств. В формате такой работы с родителями необходимо обсудить следующие ключевые моменты (в виде тематических бесед):

- общие особенности и проблемы подросткового возраста;
- проблемы суицидального и самоповреждающего поведения подростков (обратить внимание на распространенные в обществе мифы о самоубийствах, особенности отношения к смерти и самоубийству у детей разных возрастных групп, определить индикаторы суицидального риска и пр.);
- стресс и совладающее со стрессом поведение;
- самооценка подростка, перфекционизм: пути коррекции;
- введение в концепцию когнитивной терапии депрессий, обсуждении основных положений и техник когнитивного подхода, обучение навыкам осознания автоматических мыслей и конфронтации с ними.

3. Психотерапевтическая группа для подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением. Как на госпитальном, так и постгоспитальном этапах терапии показано привлечение пациентов к участию в работе психотерапевтической группы.

4. Психотерапевтическая группа для подростков (смешанная). Важно, чтобы на разных этапах собственной терапии подростки с суицидальным и самоповреждающим поведением имели возможность участия в смешанной группе с пациентами с иными психологическими проблемами.

Психотерапевтическое вмешательство при работе с подростками преследует следующие основные цели:

- коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности;
- коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний;
- коррекция степени перфекционизма;
- коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий;
- коррекция склонности подростка к импульсивной (ауто)агрессии;
- работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями (в концепции когнитивно-бихевиоральной терапии).

Наконец, важной составляющей работы является также коррекция жизненных целей (в т.ч. обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования, выявление оснований для продолжения жизни и пр.), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

Организация групповой работы с подростками осуществляется по основным канонам групповой психотерапии, возможно использование как открытого, так и закрытого формата работы групп (в зависимости от поставленных целей и учитывая индивидуальные особенности пациентов). Нами предпочтение отдавалось когнитивно-бихевиоральному, экзистенциально-гуманистическому направлениям психологии.

5. Группы социально-психологического тренинга (в т.ч. группы личностного роста) для подростков. На постгоспи-

тальном этапе в реабилитационных целях показано также привлечение подростков в тренинговые группы, способствующие повышению коммуникативной компетентности, личностному развитию, повышению стрессоустойчивости и тренировке навыков адаптивного поведения.

6. Кроме того, при необходимости и наличии возможности нельзя упускать из виду и ближайшее окружение подростка, которому стало известно о его суицидальном поведении (одноклассники, друзья), с целью коррекции негативных реакций окружения, профилактики суицидального поведения в группе, а также для снижения риска дезадаптации подростка при возвращении в детский коллектив.

Таким образом, групповые формы психотерапевтической работы, дополняющие адекватную психофармакотерапию, индивидуальную и семейную психотерапию, организуемые вокруг подростка в интересах его и его ближайшего окружения, основанные на методах с доказанной эффективностью, по возможности организующие самого пациента и его семью, будут способствовать комплексному решению проблем превенции и поственции суицидального и самоповреждающего поведения у подростков.

Суицидальное поведение и особенности религиозности у пациентов психиатрического стационара

Рутковская Н. С.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения психиатрическая больница № 1 им.

П.П.Кащенко

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. Связано это с наличием в большинстве традиционных религий строгого запрета на совершение самоубийства, как посягательства на нарушение Божией воли о человеке. С другой стороны, ряд религий не запрещает и даже поощряет совершение суицида.

Цель исследования: изучение особенностей религиозности у пациентов с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 370 пациентов, поступивших в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением. Также обследовано 70 пациентов психиатрического стационара с различными проявлениями суицидального поведения (суицидальные попытки, мысли, высказывания). Религиозная принадлежность и воцерковленность пациентов выяснялись в процессе беседы с ними, с использованием специально разработанной анкеты.

Результаты и обсуждение. Оценка религиозной принадлежности больных по архивным историям болезни оказалась затруднена, в первую очередь в связи с тем, что религиозные убеждения пациентов в большинстве случаев не отмечались в медицинской документации. Религиозные взгляды больных указывались в тех случаях, когда они отражались в клинической картине психического расстройства. Религиозный бред имел место у 8 пациентов с суици-

дальным поведением. Из них суицидальные попытки перед поступлением в стационар отмечались у всех 8 пациентов. Оккультные увлечения выявлены у 10 пациентов, из них суицидальные попытки совершили 8 больных, суицидальные высказывания отмечались у 2 больных. У пациентов с оккультными увлечениями несколько чаще, чем в других группах, отмечались многократные госпитализации (30,0 % среди больных с оккультными увлечениями, 25,0 % в группе больных с религиозным бредом и 27,6 % среди остальных пациентов). Также у больных с оккультными увлечениями чаще отмечались повторные суицидальные попытки (30,0 % у пациентов с оккультными увлечениями, 25,0 % в группе больных с религиозным бредом и 25,9 % у остальных больных).

Из 70 обследованных больных 26 пациентов (37,1 %) поступили в стационар после суицидальной попытки. У 35 пациентов (50,0 %) перед поступлением отмечались только суицидальные мысли и высказывания, из них у 15 больных имели место суицидальные попытки в прошлом. У 9 пациентов (12,9 %) актуальных проявлений суицидального поведения не отмечалось, но были суицидальные попытки в анамнезе. По своей религиозной принадлежности 49 пациентов из 70 (70,0 %) назвали себя православными, 1 - баптистом, 1 - мусульманином, 1 - исповедовал иудаизм, 2 - верили, что «что-то есть». У 5 пациентов отмечалось увлечение так называемыми «восточными» религиозными практиками. Из них 1 пациент увлекался «ведической религией», 2 - оккультными практиками (без какой-либо религиозной принадлежности), 2 - состояли в кришнаитской организации и увлекались оккультизмом. Один пациент считал себя сатанистом. Остальные 10 пациентов (14,3 %) назвали себя атеистами, при этом одна из них в прошлом многократно посещала сеансы экстрасенса и встречи с членами секты «Свидетели Иеговы». Среди всех пациентов 8 человек (11,4 %) являлись в прошлом или в настоящем адептами религиозных сект, 24 человека (34,3 %) увлекались оккультизмом.

Таким образом, пациенты, считающие себя православными, составили 70,0 % изучаемой группы. При этом, если считать основным критерием воцерковленности пациентов регулярное участие в таинствах исповеди и причащения, к воцерковленным можно было отнести только 8 пациентов (11,4 % из всех православных). Остальные пациенты, называющие себя православными (41 чел., 88,6 %), могли быть отнесены к таковым условно. Двое из них (5,7 %) посещали псевдоправославные организации. Увлечение оккультизмом, обращения к экстрасенсам отмечались у 17 пациентов, считающих себя православными (24,3 % всех православных). Четыре пациентки (5,7 %), считающие себя православными, в прошлом были адептами неопятидесятнических сект.

Выводы. Таким образом, православными считали себя 70 % пациентов с суицидальным поведением. В то же время, количество воцерковленных православных составило 11,4 %. Остальные православные (88,6 %) относились к таковым скорее номинально. Впрочем, пациенты, которые придерживались других традиционных религий, таких как ислам, иудаизм, баптизм, также не отличались глубокой религиозностью. В нашем исследовании обращает внимание довольно высокий процент пациентов, имеющих оккультные увлечения - 17 (34,7 %) среди считающих себя православными, 24 (34,3 %) среди всех пациентов, а также наличие среди данной категории пациентов адептов религиозных сект: 4 человека (8,2 %) среди православных, 8 (11,4 %) среди всех пациентов. Очевидно, что роль религиозного фактора в формировании суицидального поведения требует дальнейшего изучения.

Особенности раннего постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара, совершивших суицидальные попытки

Рутковская Н.Н., Днов К.В

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия, кафедра психиатрии

При тренде к снижению среднестатистических показателей суицидов в последние годы (различия между ними на региональном уровне, однако, превышают два порядка), среди умерших россиян в 2009 г. было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно, каждые 14 минут. Вопрос о значении влияния психического здоровья на суицидальное поведение до сих пор остаётся дискутабельным (Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., 2007). В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, причём особенно уязвимым является период ближайшего года (Старшенбаум Г.В., 2005). В связи с этим целью исследования стало определение и оценка особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов с различными типами постсуицидального периода.

Нами было обследовано 139 пациентов психиатрической больницы (64 мужчины и 75 женщины), проходивших лечение после совершения ими суицидальной попытки. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 10,5$ лет. Учитывая значительные отличия суицидального поведения у лиц с процессуальными психическими заболеваниями, пациенты с процессуальными психическими заболеваниями в группу обследования не входили. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко (1989).

Результаты обследования: у большинства обследованных нами пациентов (29,5%, $n=41$) были диагностированы психические расстройства из группы «органических,

включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте по частоте – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%, n=28). Из особенностей характерных нозологических форм среди обследованных лиц с различным типом постсуицидального периода следует отметить, что для лиц с манипулятивным постсуицидальным периодом были более характерны (23,7%, n=9) психические расстройства из группы «расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69), а у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода чаще всего (30,0%, n=9) – «расстройства настроения» (F30-F39).

Полученные данные дают возможность выделить некоторые прогностические признаки, которые могут оказаться полезны для профилактики суицидальных действий. Так из результатов исследования следует, что наибольший риск завершённого суицида характерен для пациентов с депрессивными нарушениями, а опасность повторных демонстративно-шантажных суицидальных попыток наиболее высока для лиц с расстройствами личности. В то же время следует помнить, что с каждой последующей демонстративно-шантажной суицидальной попыткой, вероятность реализации самоубийства возрастает. Поэтому госпитализация в психиатрический стационар суицидентов с рентными установками вполне оправдана.

Картина мира суицидентов как объект психологической помощи

Соловьева С. Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова, кафедра общей, медицинской психологии и педагогики

Как показывает практика психологического консультирования, ограниченные психологические ресурсы человека могут быть недостаточны для преодоления жизненных катастроф, таких, например, как потеря близкого человека или угроза собственной жизни, чести и достоинства. Как правило, субъективная реальность каждой личности содержит в себе иллюзорные установки, мифологические образы, эмоциональные искажения, помогающие выживать в трудных жизненных ситуациях при недостаточности собственных резервов и ресурсов. Индивидуальная мифология может дополняться некритично усвоенными семейными, социальными, идеологическими, политическими мифами.

Существует и теоретическое обоснование индивидуальной мифологии в субъективной реальности клиента. Поскольку его психическая структура содержит в себе не только компоненты, отражающие реальность (процессы ощущения, восприятия, мышления, воображения), но также и оценивающие ее, определяющие ее значимость в данный конкретный момент для данного конкретного субъекта (эмоции) и мотивирующие для взаимодействия с ней определенным образом, психика практически всегда эту объективную реальность искажает. Как существо субъективное, человек неизбежно формирует для себя искаженную, отклоняющуюся от объективной, реальность, отвечающую его индивидуальным психофизиологическим особенностям. Эта субъективная реальность выполняет задачу адаптации, позволяя выживать в конкретных жизненных обстоятельствах. Психотерапевт, помогая своему клиенту преодолеть

трудную жизненную ситуацию, сталкивается с индивидуальной мифологией пациента, в соответствии с которой эта ситуация воспринимается, оценивается, переживается и преодолевается.

Психологическое вмешательство, таким образом, часто имеет дело с субъективной реальностью суицидента, основанной на иллюзорных установках, мифах, способствующих выживанию и адаптации конкретной психической структуры в конкретных жизненных обстоятельствах. Каждый человек выстраивает для себя такую субъективную реальность, в которой он может жить наиболее комфортно и продуктивно; утрата этих иллюзий, выполняющих защитную функцию, может быть крайне травматичной и зачастую приводит к суициду. Не случайно, по выражению Б. Стоквиса, «психотерапия – это реконструкция разрушенных иллюзий». Продуктивное психологическое вмешательство, с его точки зрения, предполагает сохранение тех субъективных условий, которые необходимы для выживания каждой конкретной личности.

В значительной части случаев психологическая помощь предполагает все же отказ от субъективных искажений, мифов и иллюзий клиента в пользу более объективной оценки трудной жизненной ситуации и поиска наиболее конструктивного решения, отражающего реальность. Например, у молодых девушек критические состояния и суицидальные тенденции часто связаны с обстоятельствами, в которых выявляется несоответствие реальности имеющейся у них психологической иллюзии «В жизни существует один-единственный мужчина, предназначенный для меня, без которого я никогда не буду счастлива». Неосознаваемое следование этой установке толкает их на неадекватное поведение в отношениях с партнером, которому предъявляются нереалистичные требования; поиск идеала, не существующего в реальности, может продолжаться длительное время, обрекая на одиночество и формируя обиду на всех потенциальных партнеров: «Все мужчины – предатели и негодяи». Бо-

лее реалистичная оценка человеческой природы как в себе, так и в других людях, складывающаяся в процессе психологического взаимодействия с психологом-консультантом, помогает таким клиенткам научиться выстраивать более адекватные отношения.

Достаточно часто у клиентов обнаруживаются дезадаптивные суицидоопасные состояния, обусловленные сложными межличностными взаимоотношениями с близкими людьми на фоне актуализировавшейся иллюзии «Мой друг – это человек, который всегда меня поддерживает, понимает и одобряет, всегда разделяет мои чувства и с которым мне всегда хорошо». Неоднозначная оценка сложных жизненных обстоятельств со стороны близких людей, субъективно оцениваемая клиентом как предательство, может приводить к разрыву отношений и потери близких. Психологическая работа в этом случае, направленная на смягчение жестких установок и ожиданий клиента, предполагает формирование толерантности, основанной на отказе от оценочных суждений и максимализма.

В подобных случаях в качестве ключевых условий для формирования психологических иллюзий суицидента наиболее часто выделяются: жесткая система внутренних ограничений, предписаний, запретов, сформированная воспитанием и мотивирующая поведение; преимущественная ориентация на внутренние ограничения по сравнению с внешними; дефицит «разрешения» на реализацию собственного жизненного пути. Познакомившись в процессе психологического консультирования со своими детскими ожиданиями, иллюзиями, представлениями о мире, пересмотрев их и выбрав себе те, которые на данный период жизни соответствуют реальности, клиенты получают возможность продвигаться по возрастной шкале, доделывая в каждом возрасте то, что в свое время по каким-то причинам не удалось доделать, завершая то, что почему-то не удалось завершить.

Существуют и общие для всех людей психологические иллюзии, сохранение которых позволяет действовать наиболее

продуктивно и обеспечивает психологическое благополучие. Базовые иллюзии выполняют защитную функцию в ситуациях сверхинтенсивных стрессовых воздействий. Как правило, разрушение этих иллюзий парализует способность человека к адаптации и выживанию, являясь ключевой психологической предпосылкой суицидального поведения. Одна из таких иллюзий - иллюзия собственного бессмертия – позволяет человеку действовать, вмешиваясь в происходящие вокруг события и оставляя свой след в жизни других людей при отсутствии гарантии продления жизни в каждый момент времени. Осознание того, что приходится совершать поступки, направленные в будущее, при отсутствии гарантий этого будущего, блокирует действие, формируя безразличие и пассивное ожидание. Утрата иллюзии собственного бессмертия, возникающая в процессе осознания факта неизлечимой болезни и умирания, приводит пациентов к отчаянию, депрессивной безнадежности, пассивности, безразличию и суициду. Сохранение иллюзии бессмертия, в частности, поддерживается религией и философией, позволяя умирающему человеку сохранять чувство собственного достоинства, уважения к себе и к прожитой жизни как к части более общего процесса жизни, имеющего свою цель и смысл.

Иллюзия надежности и стабильности мира, которая поддерживается социальными и правовыми нормами, позволяет человеку строить долгосрочные перспективы при взаимодействии с этим миром при отсутствии уверенности в том, что мир не будет разрушен техногенной катастрофой, социальными катаклизмами или вмешательством инопланетных существ. Эта иллюзия рушится, например, с началом войны, революции, при стихийных бедствиях, что сопровождается утратой соматического и психического благополучия значительного количества людей, появлением реактивных психозов, грубых нарушений поведения, агрессии и аутоагрессии, сердечно-сосудистых катастроф.

Иллюзия собственной ответственности, также необходимая для выживания, поддерживается не только соци-

альными и правовыми нормами, но также воспитанием, культурой, психологической коррекцией и психотерапией. Осознание невозможности в полной мере контролировать события может быть болезненно для человека: элементы случайности, непреодолимые препятствия и неконтролируемые обстоятельства заставляют его вообще отказаться от какого-либо стремления к реализации значимых ценностей и целей. Однако, как показывают многочисленные наблюдения и научные исследования, если человек живет в соответствии с иллюзией того, что он контролирует свою жизнь и несет полную ответственность за все происходящее с ним, то он более успешен и благополучен в отношении психического и соматического здоровья, чем другие люди, приписывающие ответственность обстоятельствам или воле окружающих. Иллюзия контроля происходящих вокруг событий повышает жизнестойкость.

Четвертая базовая иллюзия, важная основа субъективной реальности каждого человека – иллюзия смысла его существования в целом и отдельных его действий в частности. Задача на смысл решается в процессе жизни, как правило, в периоды возрастных кризисов, в частности, в период подросткового кризиса или кризиса середины жизни, когда на фоне социального, профессионального, материального благополучия, обеспеченного решением социальных задач, таких как получение образования, профессии, создание семьи, встает вопрос о смысле происходящего, вопрос о предназначении личности. Если эта экзистенциальная проблема решается, индивидуальное существование приобретает смысл. Невозможность решить проблему часто вынуждает обратиться за профессиональной психологической помощью. Психолог или психотерапевт помогает клиенту сформулировать индивидуальную идею его существования, в частности, в соответствии с ключевыми положениями логотерапии Виктора Франкла: «Человек, у которого есть ради чего жить, может выдержать почти любое «как»». Идеологический вакуум, возникающий при отсутствии смысла,

лишает личность внутренней психологической опоры и выступает в качестве ключевого фактора для формирования зависимостей, суицидального поведения, поведенческих и личностных расстройств.

Список литературы

1. Амбрумова, А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – № 6. – С. 107–115.

2. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 12–25.

3. Аргайл, М. Психология счастья. – СПб.: Питер, 2003. – 271 с.

4. Василюк, Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск.унта, 1984. – 200 с.

5. Млодик, И. Ю. Там, где тебя еще нет... Психотерапия как освобождение от иллюзий. – М.: Генезис, 2010. – 251 с.

6. Соловьева, С. Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.08.2016).

Особенности и пути оптимизации суицидологической службы в Астраханской области *Тарханов В.С., Тарасенко Ж.Л.*

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», лечебно-диагностический отдел

Суицидологическая, в т.ч. реабилитационная, помощь в регионе в настоящее время оказывается суицидентам только в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница». Однако такая помощь должна строиться на тесном взаимодействии (в рамках совместных программ) врачей-психиатров и психотерапевтов с региональными и муниципальными учреждениями социальной защиты, образования, семейной и молодежной политики, по физической культуре и спорту, со средствами массовой информации и рекламы, с различными религиозными организациями.

Эффективное функционирование суицидологической службы предполагает ее тесное взаимодействие также с представителями гражданского общества, общественными фондами, с общественными и культурно-просветительными организациями, правоохранительными органами.

Учитывая ее социальную значимость, региональная суицидологическая служба в Астраханской области должна строиться на следующих принципах:

- формироваться как централизованная на базе специализированного психиатрического учреждения (ГБУЗ АО «ОКПБ»);
- при необходимости иметь возможность опираться на структурные подразделения в других государственных учреждениях здравоохранения (например, токсикологическое отделение, реанимационное отделение и т.п.);
- финансироваться за счет средств бюджета Астраханской области;
- работать в тесном внутриведомственном и межве-

домственном взаимодействии со всеми заинтересованными службами, а также с общественными организациями и средствами массовой информации.

Организационно-методическое руководство суицидологической службы осуществляется главным внештатным специалистом-психиатром МЗ АО.

На амбулаторном уровне суицидологическая помощь должна оказываться следующим контингентам:

1. Лицам с пограничными психическими расстройствами - в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту жительства (городские поликлиники и поликлиники ЦРБ) врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами, а также специалистами кабинетов «Телефон доверия» ГБУЗ АО «ОКПБ» (профилактика, выявление, оказание первой помощи и направление в кабинеты медико-социально-психологической помощи при кризисных состояниях).

2. Пациентам с расстройствами психотического уровня, состоящим на учете в ГБУЗ АО «ОКПБ» и (или) имеющим в анамнезе суицидальные эпизоды, оказание первой помощи и направление (в зависимости от выраженности и уровня выявленных психических расстройств) в кабинет медико-социально-психологической помощи, к врачу-психиатру или в подразделение суицидологической службы стационарного уровня (отделение кризисных состояний).

Помощь лицам, добровольно обратившимся в связи с суицидоопасными состояниями, на амбулаторном уровне должна оказываться:

- врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами городских поликлиник и центральных районных больниц;
- врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами кабинетов «Телефон доверия» ГБУЗ АО «ОКПБ»;
- врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами кабинетов медико-социально-психологической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ».

При выявлении суицидоопасных состояний врачами любого профиля оказывается помощь пациентам в рамках своей компетенции и (или) осуществляется их направление:

- в кабинеты медико-социально-психологической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ» для работы с пациентами с расстройствами непсихотического уровня;
- в диспансерные или стационарные отделения ГБУЗ АО «ОКПБ» для работы с больными с расстройствами психотического уровня, состоящими на учете у врача-психиатра и (или) имеющими в анамнезе суицидальные эпизоды.

На стационарном уровне суицидологическая помощь должна оказываться следующим контингентам:

1. Лицам с пограничными психическими расстройствами суицидологическая помощь оказывается в отделении кризисных состояний ГБУЗ АО «ОКПБ». При выписке из кризисного стационара лицам с пограничными психическими расстройствами помощь оказывается в кабинетах медико-социально-психологической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ».

2. Пациентам с расстройствами психотического уровня, состоящим на учете у психиатра и (или) имеющим в анамнезе суицидальные эпизоды суицидологическая помощь оказывается в общепсихиатрических отделениях ГБУЗ АО «ОКПБ».

3. Пациентам с соматическим повреждением вследствие суицидального эксцесса суицидологическая помощь оказывается в специализированных стационарах в соответствии с показаниями, при обязательных консультациях врачом-психиатром и возможным (при стойких суицидальных намерениях) последующим переводом в отделение кризисных состояний ГБУЗ АО «ОКПБ».

Направление пациента с суицидальными намерениями в отделение кризисных состояний или в общепсихиатрическое отделение ГБУЗ АО «ОКПБ» в установленном законодательством Российской Федерации порядке при необходимости может осуществляться как врачами кабинетов медико-социально-психологической помощи ГБУЗ АО

«ОКПБ», так и врачами других государственных учреждений здравоохранения вне зависимости от их специализации, если они выявляют у пациента наличие расстройства, требующего вмешательства врача-психиатра или психотерапевта и госпитализации в психиатрический стационар.

Психотерапевтическая и медико-психологическая реабилитация, профилактика суицидального поведения должна осуществляться в кабинетах медико-социально-психологической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ», а также в рамках совместных программ с учреждениями социальной защиты населения, образования, семейной и молодежной политики, межрегионального сотрудничества, национальной политики и связей с религиозными организациями, физической культуры и спорта, по туризму и другими.

Создание суицидологической службы подразумевает обязательное и оперативное информирование о случаях обращения за медицинской помощью пациентов с признаками суицидального поведения со стороны всех государственных учреждений здравоохранения в адрес подразделений суицидологической службы по месту жительства пациента.

Для реализации данного взаимодействия необходимо создание системного суицидологического учета (действующую систему по активному выявлению, регистрации и учёта суицидальных действий), позволяющего четко определить тот контингент, воздействие на который будет способствовать снижению числа завершённых самоубийств. Одной из важных характеристик в данной системе является показатель частоты суицидальных попыток, половозрастное распределение суицидентов, гендерные показатели, информация о лицах, совершивших суицидальную попытку и проявляющие внешние признаки повышенной суицидальной готовности (активные суицидальные высказывания, суицидальные угрозы, суицидальный шантаж).

Практическим выводом в этих условиях, способным принципиально изменить сложившуюся ситуацию, является разработка и внедрение в практическую работу орга-

низационной модели системы суицидальной превенции, ведущим элементом которой является суицидологический регистр, основной целью которого является учет случаев суицидальных действий в Астраханской области, а так же контроль эффективности проводимых превентивных и лечебных мероприятий.

Основным принципом работы суицидологического регистра является учет не просто случаев суицидальных действий, а учет и внесение в электронную базу персонифицированных данных, включающих основные социальные категории каждого суицидента, характеристики совершенных суицидальных действий и др. Персонифицированные данные при сопоставлении их с существующими сегодня регистрами различных нозологических форм, а так же отдельных режимных контингентов (сотрудники милиции, военные, лица, содержащиеся под стражей и др.) позволит оценить их суицидальную активность и определить возможные направления профилактики и лечебной помощи. Согласно «Закону о персональных данных», источниками информации могут быть только лечебно-профилактические учреждения, служба «скорой помощи», для которых разрешен обмен медицинскими данными. Поэтому в случае совершения суицидальной попытки в других учреждениях (системе образования, социальной помощи, режимные контингенты) необходимы межведомственные соглашения с соответствующими департаментами, регламентирующими обязательный вызов службы скорой помощи к каждому лицу с аутоагрессивными действиями. Это, с одной стороны, обеспечит доступность и своевременность необходимой помощи, а с другой, позволит проводить более четкий учет и динамическое наблюдение.

Первоначальным этапом задействования системы регистрации может являться заполнение «Талона первичной регистрации суицидальной попытки», который должен оформляться любым медицинским работником в случае выявления им суицидальной попытки или завершенного суицида. После

внесения информации, Талон высылается в суицидологический регистр, расположенный на базе ГБУЗ АО «ОКПБ». Сотрудником регистра поступившая информация вносится в электронную базу данных. Специально разработанная программа автоматически переносит введенную информацию в Талон уточненной регистрации, который передается психиатру кабинета медико-социально-психологической помощи по месту проживания суицидента. Психиатр, получив талон, проверяет по базе данных больных психиатрического профиля, состоял ли данный человек на учете ранее. В обязанности психиатра так же входит посещение суицидента, осмотр, консультация, предложения по оказанию помощи и рекомендации по направлению к психотерапевту или психиатру. После этого вся полученная информация вносится врачом психиатром в талон. После заполнения, талон отсылается обратно в методический отдел суицидологического регистра. Талон уточнённой регистрации должен содержать более полную информацию о суициденте.

Можно уточнить, что основной контингент, требующий учета и оказания помощи, это лица, уже совершившие суицидальную попытку. Предупреждение повторного аутоагрессивного действия и есть основная задача работы специалистов, оказывающих психологическую и медико-социальную помощь в постсуицидальном периоде.

Таким образом, концепция формирования суицидологической службы в Астраханской области включает в себя следующие этапы (уровни):

Создание суицидологического регистра Астраханской области (оборудование компьютерной техникой, создание компьютерных программ, формирование базы данных, формирование компьютерной сети, связывающей кабинеты МСПП).

- Системный анализ суицидологической ситуации в Астраханской области.
- Оповещение населения Астраханской области о существовании и деятельности суицидологической службы (реклама на телевидении, изготовление и

- распространение брошюр, буклетов, плакатов и т.п.).
- Формирование у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений АО навыков выявления суицидальной настроенности у пациентов и организация тесного взаимодействия сети амбулаторно-поликлинических учреждений с суицидологической службой ГБУЗ АО «ОКПБ».
 - Организация тесного взаимодействия специализированных стационарных отделений (токсикологических, реанимационных и т.п.) ЛПУ региона с суицидологической службой ГБУЗ АО «ОКПБ».
 - Организация системного обучения специалистов, оказывающих помощь лицам с суицидоопасными состояниями, согласно программе, утвержденной приказом МЗ РФ № 148 от 6.05.1998 года «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».
 - Развитие службы «Телефон доверия», расширение сети указанных кабинетов, оснащение их в соответствии с требованиями приказа МЗ СР РФ № 566н от 17.05.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
 - Развитие сети кабинетов медико-социально-психологической помощи оснащение их в соответствии с требованиями приказа МЗ СР РФ № 566н от 17.05.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
 - Создание стационарного отделения кризисных состояний и оснащение его в соответствии с требованиями Приложения 12 к приказу Минздравмедпрома РФ № 294 от 30.10.1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

Суицидальное поведение подростков *Турчанинов Е.Е.*

**ГБОУ СОШ № 237 Красносельского района
Санкт-Петербурга**

Подростковый суицид является глобальной проблемой человечества. Так Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила суицид в тройке самых распространённых причин смерти среди подростков. Он идёт сразу же после несчастных случаев и убийств. Основополагающая проблема подросткового суицида заключается в том, что ребёнок часто совершает его под влиянием какого-то импульса, без значительных причин, либо же из-за преувеличения значения временных трудностей в отношениях с людьми, или сложности во взаимоотношениях с родителями, или близкими сверстниками.

Как известно суицид в наше время занимает третье место в классификации причин смертности у населения (после онкологических болезней и заболевания сердца). По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) около 20% самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст.

Очень важно понимать, что подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый раз в силу разных особенностей. Период подросткового возраста в психологии, характеризуется как кризисный период (Мухина В.С., 1999 г., Крайг Г., Бокум Д., 2005 г.) Данный период характеризуется важным переходом из детства во взрослую жизнь. Подросток – это уже не ребёнок, но ещё и не взрослый. У подростка появляется такое новообразование как «чувство взрослости», а новых смыслов, ценностей взрослой жизни, форм взаимодействия во взрослом мире как таковых ещё нет. Главной ведущей деятельностью в этот период является общение со сверстниками. Быть принятым в своём окружении друзьями и одноклассниками становится гораздо значимее и важнее, чем у взрослого человека. Сложный

кризисный период подросткового возраста характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребёнка, но и является следствием появления конфликтов со сверстниками.

Самоубийство подростка чаще всего рассматривают, как результат того, что «крик о помощи» не был услышан вовремя. Но кроме того данный поступок больше говорит о том, как подросток пытается обратить внимание окружающих людей на тревожащую внутри него проблему, с которой ему трудно справиться порой по ряду обстоятельств и причин. Причины суицида очень сложны и многочисленны. Дынные причины могут содержаться в биологических, генетических, психологических и в социальных сферах человека. Например, Э. Шнейдман выделяет следующие общие черты, свойственные всем суицидентам:

- **Общая цель всех суицидентов – поиск рещения.**
Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей пред человеком проблемы, вызывающие интенсивные переживания.
- **Общим стимулом при суициде является невыносимая психическая (душевная) боль.**
Боль рассматривается как мучение, душевные страдания и терзания. Невыносимая душевная боль является тем, от чего хочется избавиться, или убежать.
- **Общей суицидальной эмоцией является беспомощность.**
В суицидальном состоянии человек испытывает состояние безнадежности, бессилия, беспросветности, уныния, нередко депрессии.
- **Общим внутренним отношением к суициду является двойственность (амбивалентность).**
Это одновременное переживание двух противоположных чувств, например, любовь и ненависть. Каждый суицидент хочет умереть, но так, чтобы его спасли.
- **Общим действием при суициде является бегство (агрессия).**

Смыслом самоубийства является избегание чего-то. Так, по мнению суицидента можно кардинально изменить свою жизнь (Шнейдман Э., 2001 г.).

Такой автор как Конончук И.В. выделяет **три основные функции суицида:**

- Обращение, своего рода «Крик о помощи»;
- Уход от разрешения проблем, «выключение из невыносимо тяжёлой жизненной ситуации»;
- Отреагирование, как способ снятия эмоционального напряжения (Конончук И.В., 1989).

Выделяют так же типы суицидальных реакций. Мы в частности воспользуемся классификацией типов суицидальноопасных ситуационных реакций подросткового возраста (Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., 1985, 1989).

- Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания. В анамнезе – жёсткое авторитарное воспитание.
- Эксплозивная реакция (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: аффективная напряжённость, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе – воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Цель суицидальных действий в этом случае – стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.
- Реакция самоустранения (средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости). Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Цель суицидаль-

ных действий в этом случае – уход от трудностей.

- Работая с данной категорией детей, нужно не забывать и о тех детях, которые могут потенциально входить в так называемую группу риска.

Группа риска среди подросткового возраста:

- Подростки, имеющие предыдущую (незаконченную) попытку суицида (парасуицид);
- Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию);
- Подростки, у которых в роду было суицидальное поведение и суициды;
- Алкоголизированные подростки. Риск суицидов очень высок. Среди молодых людей его вклад может быть до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях, способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду;
- Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабевают мотивационный контроль над поведением подростка, обостряют депрессию или даже вызывают психозы;
- Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжёлыми депрессиями (психопатологические синдромы);
- Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые);
- Подростки, переживающие тяжёлые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после смерти;
- Подростки, у которых выраженные семейные проблемы: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие.

Какие же основные принципы профилактической работы должны соблюдаться при работе с такой категорией подростков? Для повышения уровня результативности в реализации профилактической работы, рекомендуется учитывать ряд принципов в работе:

- Неукоснительное соблюдение психолого-педагогической этики, требований социально-психолого-педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя, педагога, учителя, психолога, социального работника, социального педагога и т.д.);
- Владение минимумом знаний возрастной психологии, в области подросткового суицида, а так же соответствующих приёмов индивидуальной психокоррекционной работы, лечебной педагогики и психотерапии;
- Раннее выявление контингента детей группы риска, на основе проводимых социально-психодиагностических процедур и исследований, а так же знания его характеристики, в целях наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;
- Активный патронаж семей, в которых проживают дети группы риска, с использованием приёмов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;
- Неразглашение фактов суицидальных случаев в детских коллективах;
- Рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;
- Усиление внимания родителей и сотрудников учреждений к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;
- Проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- Формирование у подростков таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приёмов психологической

защиты и копинг-стратегий в трудных жизненных ситуациях;

- Повышение стрессоустойчивости путём психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению жизненных трудностей;
- Психологическая помощь семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у подростков нервно-психических расстройств.

Таким образом, подводя итог можно сказать, что необходимо комплексное взаимодействие и сопровождение всех специалистов. В данную группу специалистов должны входить: воспитатели, педагоги, учителя, социальные педагоги, социальные работники, психологи, психиатры, а так же родители самих подростков.

Список литературы:

1. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014 г. – 100 стр.
2. Коночук Н.В. О психологическом смысле суицидов. Психологический журнал. т. 10. № 5. М., – 1989.
3. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
4. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. – 4-е изд., стереотип. - М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 456 с.
5. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 940 с: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
6. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Монография, Москва, издательство «Смысл», 2001. – 132 с.

Профилактика суицидов в психиатрическом стационаре
Цурпун В. Е.

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии-филиал ФГБУ»
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. Сербского МЗ РФ, Москва**

Существенным звеном в системе профилактической суицидологической службы являются стационары, наряду с кризисным отделением, где осуществляется специализированная помощь суицидентам с пограничными расстройствами, важным является специализированный психиатрический стационар. Такие отделения (мужское и женское) функционируют в структуре клинической психиатрической больницы им. Ганнушкина г. Москвы

Потоки суицидентов с психическими расстройствами формировались следующим образом:

а)больные с различными вариантами суицидального поведения (от суицидальных тенденций до пациентов после суицидальной попытки), которые направлялись суицидологами или врачами-психиатрами ПНД

б)больные, после суицидальных действий, переведенные из центра отравлений и психосоматических отделений после оказания им необходимых реанимационных мероприятий

в)больные в пре- и постсуицидальном периоде с амбулаторного приема НИИ психиатрии Данные специальной литературы и наши собственные многолетние наблюдения свидетельствуют о том, что «пик» суицидальных попыток для лиц обоего пола приходится на возраст 20-29лет, с последующей тенденцией к снижению.

Очевидным является факт преобладания среди контингента суицидентов пациентов с депрессиями и шизофренией, что является показателем высокого суицидального риска

этого вида патологии. Необходимо отметить, что покушения на самоубийство могут встречаться как на начальных этапах заболевания, так и в обострениях и ремиссиях, причем наиболее суицидоопасен является период в первые 5 лет от начала болезни. Мотивация суицидального поведения может быть обусловлена как психопатологическими переживаниями в период обострения болезненного процесса, так и психогенными влияниями в период ремиссии. Вопросам терапии суицидоопасным психически больных посвящена обширная специальная литература, однако поиски какой-либо специфической антисуицидальной терапии, привели исследователей к выводу о том, что таковой применительно к душевнобольным не существует. Однако, современные воззрения диктуют необходимость сочетанного применения как психофармакотерапии, так и широкого комплекса социореабилитационных программ. Последнее время особое внимание уделяется разнообразным программам реабилитации среди семьи и родственников суицидентов.

Весьма важным и существенным моментом ведения суицидентов являются критерии возможности выписки таких пациентов из стационара. Не вдаваясь в детали, считаем необходимым отметить следующие условия для выписки: - полный выход из болезненного состояния с формированием критики с своему суицидальному поступку, выяснение и формирование позитивного микросоциума суицидента (семья, сфера общения и т. д.), разработка социо-реабилитационной программы для конкретного суицидента.

Все выше перечисленное будет способствовать профилактике суицидального поведения среди контингента психически больных

Новая организационная структура деятельности по профилактике суицидов в уголовно-исполнительной системе

Черенков А. А., Бурт А. А.

БУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, ФКУ НИИ ФСИН России, г. Ижевск

Как показывает мировая практика, в странах, в которых существует государственный системный подход к решению проблем самоубийств, показатели суицидов достаточно низки (так, например, для США и Канады, где активно работает государственная суицидологическая служба, число суицидов составляет 12,4 случаев на 100 000 населения). Избранный путь системного подхода представляется оптимальным еще и потому, что не требует значительных вложений, обеспечивая эффективную отдачу сразу после проведения реорганизационных мероприятий и коррекции концептуальных подходов к проблеме. Решение этой проблемы в уголовно-исполнительной системе немислимо без разработки слаженной системы действий всех служб, структурированной в четкий план мероприятий по своевременному предупреждению суицидального поведения у подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

Первоочередной задачей профилактики суицидов в уголовно-исполнительной системе мы видим в создании специальной функциональной структуры в виде суицидологической службы, которая является оперативным подразделением, направленным на профилактику и борьбу с суицидами. Суицидологическая служба создана с целью комплексной профилактики первичных и повторных суицидальных актов и объединяет меры медицинского, психологического, оперативно-режимного, педагогического и социального характера.

Их работа начинается уже на этапе прибытии подозреваемого, обвиняемого, осужденного в пенитенциарное уч-

реждение: проводится сбор оперативной информации по выявлению лиц с возможным суицидальным поведением, осуществляется идентификация лиц, склонных к суицидальному поведению. На этом этапе важно проведение полного обыска с целью изъятия запрещённых предметов (колюще-режущие предметы, медикаменты др.), телесный осмотр осуждённого с целью выявления признаков ранее совершенных суицидальных попыток, актов аутоагрессии, а именно: телесных повреждений (рубцов на теле в типичных анатомических областях). Проводится психологическая оценка поведения осуждённого во время проведения обыскных мероприятий. При необходимости осуществляются психореабилитационные и психокоррекционные мероприятия и постановка на профилактический учёт.

Определение риска возможного суицида – это задача, представляющая значительную трудность. Вопросы о том, кого следует считать потенциальным суицидентом, с какого момента и при каких условиях осуждённый может быть включен в «группу риска», не имеет однозначного решения, поскольку само понятие «суицидальный риск» подразумевает несколько значений.

Это понятие включает:

- Вероятность возникновения любой формы суицидального поведения, т.е. общий суицидальный риск;
- Вероятность реализации уже имеющихся суицидальных намерений, т.е. риск суицидальных действий (покушений на самоубийство);
- Вероятность рецидива суицидальных актов, т.е. риск повторных суицидов.
- Индивидуальные факторы суицидального риска:
- Затрудненная адаптация к условиям лишения свободы.
- Глумление и издевательства со стороны других осуждённых.
- Потеря социального статуса в коллективе осуждённых, изоляция от социального окружения.

- Разрыв высоко значимых любовных отношений.
- Смерть близкого человека.
- Слабое физическое развитие.
- Боязнь ответственности за совершенное преступление.
- Длительное соматическое заболевание.
- Психическое заболевание.

Задачами суицидологической службы являются: 1) своевременное распознавание и купирование суицидоопасных состояний; 2) решение диагностических вопросов и применение к суицидентам лечебно-профилактических мер; 3) лечение постсуицидальных состояний; 4) социально-трудова реабилитация лиц, совершивших попытки самоубийства; 5) регистрация и учет самоубийств и суицидальных попыток; 6) проведение психопрофилактической работы среди осужденных, подозреваемых и обвиняемых.

Суицидологическая служба создается на базе учреждений территориального органа ФСИН России и включает в себя кабинеты социально-психологической помощи и палаты (стационары) кризисных состояний. Административное руководство суицидологической службой осуществляет начальник учреждения, консультативно-методическое руководство и специальные вопросы – медико-санитарная часть территориального органа ФСИН России, межрегиональная психологическая лаборатория территориального органа, отдел по воспитательной работе с осужденными, отделы безопасности и оперативно-режимные службы. Кабинет социально-психологической помощи осужденным, подозреваемым и обвиняемым создается на базе психологической лаборатории отдельного учреждения территориального органа. Палата (койка) кризисных состояний создается на базе стационара филиала медико-санитарной части территориального органа при определенном учреждении.

Подробнее коснемся деятельности кабинета социально-психологической помощи. Кабинет социально-психологической помощи осужденным, подозреваемым и

обвиняемым является структурным подразделением суицидологической службы учреждения территориального органа. В его состав входит психолог, врач-психиатр, социальный работник. Социально-психологическая помощь оказывается психологом и социальным работником пенитенциарного учреждения. Непосредственно руководят работой кабинета заместители начальника учреждения по кадрам и воспитательной работе и по лечебно-профилактической работе. Основными задачами кабинета являются: регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство, госпитализация (диспансеризация) лиц с суицидоопасным поведением, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий, сохранение трудоспособности суицидента, консультативно-психодиагностическая работа (психологическая, психопрофилактическая и социальная помощь осужденным, подозреваемым и обвиняемым, психокоррекционная работа с осужденными, подозреваемыми и обвиняемыми), повышение уровня знаний сотрудников учреждения в области оказания психологической и социальной помощи осужденным, подозреваемым и обвиняемым.

Психологическая и социальная помощь осужденным, подозреваемым и обвиняемым оказывается с их согласия. Лица с психическими расстройствами, в том числе представляющими опасность для себя или окружающих, направляются на прием к врачу-психиатру. Психолог кабинета осуществляет психологическую диагностику, по направлению врача-психиатра проводит психологическое исследование личности, индивидуальные и групповые формы психологической коррекции. Социальный работник осуществляет выявление социальных проблем у осужденных и оказывает помощь в их решении.

Палата кризисных состояний является медицинским подразделением и создается на базе стационара филиала медико-санитарной части территориального органа при определенном учреждении. Направление пациентов в палату осуществляет начальник филиала и/или врач-психиатр, в их отсутствие – дежурный врач.

Медицинскую специализированную помощь оказывает врач-психиатр, психологическую коррекционную поддержку осуществляет психолог учреждения территориального органа.

Непосредственно руководит работой палаты начальник филиала. Организационно - методическое руководство осуществляется главным специалистом психиатром-наркологом медицинского отдела медико-санитарной части территориального органа.

Основаниями для госпитализации в палату является наличие у пациентов суицидальных попыток в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии. Направление осужденного в палату для лечения осуществляется добровольно - по его просьбе и (или) с его согласия, кроме случаев предусмотренных законодательством РФ (ст. 29 Закона РФ Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Основными задачами палаты являются: 1) стационарная лечебно - диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями; 2) выведение больного из болезненного состояния - терапия лиц с суицидоопасным поведением, дезактуализация суицидогенных факторов (разряжение психотравмирующих факторов, которые сыграли роль в суицидальном поведении) и снятие аффективного напряжения; 3) проведение дифференциально - диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности; 4) создание для пациентов благоприятной психотерапевтической среды; 5) реабилитационная помощь после незавершенного суицида путем активизации антисуицидальных факторов (психологических установок, которые удерживают больного от суицидального поведения в дальнейшем).

Показаниями для госпитализации лиц с суицидоопасными проявлениями являются:

1) Острые депрессивные состояния в ответ на психотравмирующую ситуацию.

2) Психогенные реакции у невротических и психопатических личностей.

3) Состояния дезадаптации при сниженном эмоционально-волевом контроле.

4) Субдепрессивные и депрессивные состояния.

Противопоказаниями для поступления в палату являются:

1) Тяжелые соматические заболевания, требующие госпитализации в профильные отделения стационаров УИС, муниципальной или государственной систем здравоохранения;

2) Острые и затяжные психотические состояния, требующие госпитализации в многопрофильный стационар или в межобластную психиатрическую больницу для осужденных (тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями, депрессивно – параноидные состояния с переживаниями вины или угрозы жизни, депрессивные больные с неблагоприятной микросоциальной средой, острые состояния страха с ажитацией, галлюцинаторно – параноидные состояния с императивным галлюцинозом, ипохондрические раптоидные состояния, тревожная депрессия в пожилом возрасте).

Основным методом лечения и реадaptации осужденных является психотерапия (индивидуальная, групповая), медикаментозная терапия, физиолечение. Сроки пребывания в палате устанавливаются индивидуально. При необходимости больной может быть переведен в психиатрический стационар в установленном законом порядке. После выписки из палаты осужденные подлежат дальнейшему амбулаторному наблюдению врача-психиатра и психолога учреждения УФСИН: в течение 1-го месяца – 1 раз в неделю, в течение 2-го месяца – 1 раз в 2 недели, далее в течение 6 месяцев – 1 раз в месяц, затем в течение 1-го года – контрольные явки 1 раз в 3 месяца (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 06 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»).

Таким образом, оказание помощи при суициде должно быть комплексным и может осуществляться только при взаимодействии с сотрудниками психологических, оперативно-режимных, воспитательных и медицинских служб, отделов безопасности пенитенциарной системы при поддержке ученых, профессионально занимающихся проблемами суицида.

Некоторые методические аспекты оказания помощи при незавершенных суицидах в практике пенитенциарного врача
Черенков А. А., Бурт А. А., Пономарев С. Б., Ильинцев Е. В.

БУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, ФКУ НИИ ФСИН России г. Ижевск

Проблема различного вида суицидов всегда была актуальной для учреждений пенитенциарной системы на протяжении всего периода их существования. В настоящее время суицид входит в тройку ведущих причин смертности среди людей в возрасте от 15 до 45 лет. Причиной суицидального поведения, по мнению специалистов, является социальная дезадаптация личности, что особенно актуально для мест лишения свободы, которые зачастую является зоной социального конфликта. Другая причина суицида в уголовно-исполнительной системе – это особенности «коллективного» психологического портрета гражданина, содержащегося в условиях неволи: среди лиц, отбывающих наказание, много пограничных, параноидных, асоциальных личностей, лиц страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, значительными расстройствами психики [3].

При рассмотрении общей проблемы самоубийств в условиях пенитенциарной системы зачастую остается неохваченным важный пласт незавершенных суицидов среди лиц, содержащихся в ее учреждениях. Незавершенные суициды нередко требуют весьма непростой и затратной интенсивной терапии, что особенно важно в условиях недостаточного финансирования ведомственной медицины. При осуществлении urgentной помощи этой категории осужденных не всегда отработаны алгоритмы действий среди сотрудников УИС, а действия медицинских работников пенитенциарной системы недостаточно эффективны, имеют место проявления непрофессионализма и неграмотности при выполнении необходимых манипуляций и даже элементы паники при ор-

ганизации интенсивной терапии пациента с незавершенным суицидом. Следует особо остановиться на особенностях оказания экстренной помощи при незавершенных суицидах в условиях пенитенциарной системы. К этим особенностям относятся высокая концентрация в учреждениях уголовно-исполнительной системы асоциальных личностей и лиц с девиантным поведением, наркоманов, лиц злоупотребляющих алкоголем и его суррогатами, токсикоманов, лиц с низким уровнем интеллекта, а также недостаточная численность в отдельных подразделениях кадрового состава медицинской службы (иногда медицинский персонал дежурит во время ночных смен, когда, как правило, и происходят суициды, по одному - два человека). Из важных факторов следует отметить недостаточную материально – техническую базу в ряде медицинских учреждений пенитенциарной системы. Все эти условия имеют существенное значение при проведении ургентной терапии при незавершенных суицидах.

Исходя из изложенного выше, мы предлагаем алгоритм неотложных мероприятий при различных видах незавершенных суицидов, наиболее характерных для условий уголовно-исполнительной системы. К таковым относятся: механическая асфиксия, аутоагрессия в виде повреждения крупных периферических сосудов, экзогенные отравления.

Все мероприятия условно делятся на четыре этапа, исходя из особенностей последовательности оказания медицинской помощи в условиях уголовно-исполнительной системы:

- «Парамедицинский (догоспитальный) этап» - оказание помощи пострадавшему на этом этапе осуществляется лицами из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных и (или) сотрудниками учреждений, оказавшимися на месте происшествия.
- «Фельдшерский этап» – оказание первичной медицинской помощи производится дежурными фельдшерами и (или) другими средними медработниками на месте происшествия и (или) в условиях медицинского пункта и (или) медицинской части.

- «Врачебный этап» – помощь осуществляется дежурным врачом в условиях стационара с привлечением (при необходимости) анестезиолога-реаниматолога и (или) хирурга.
- «Реабилитационный этап» - последующая, после вывода из критического состояния, соматическая и психотерапевтическая коррекция состояния пациента с участием терапевта, невролога, психиатра, психолога и других специалистов.
- При этом реабилитационный этап (учитывая его высокую специфичность и сложность) является, по сути, темой для отдельного всестороннего исследования.

Кратко охарактеризуем отдельные наиболее распространенные в уголовно-исполнительной системе виды суцидов.

Механическая асфиксия – данный вид суцидов является наиболее тяжелым для ургентной терапии. Экстренная помощь при длительной асфиксии весьма не проста в первом, говоря условно, «манипуляционном» моменте. Как правило, весьма трудно обеспечить проходимость верхних дыхательных путей у данной категории пациентов. Кроме того, названный вид суцида чреват прямыми механическими повреждениями хрящей гортани, крупных сосудов и позвоночника. Гипоксическое воздействие на ЦНС также, зачастую, требует интенсивной терапии. Для оценки состояния больного следует исходить из правила «четырёх П» (послушать, почувствовать, посмотреть: принять решение) [2]. Самым главным принципом ургентной терапии механической асфиксии является обеспечение проходимости дыхательных путей, а затем интенсивная терапия отека мозга и гипоксической энцефалопатии, симптоматическая терапия.

По данным [1], отраженным в программных протоколах первоочередной задачей оказания помощи при механической асфиксии является обеспечение проходимости дыхательных путей на догоспитальном этапе. Известно, что «золотым стандартом» и наиболее надежным способом обе-

спечения проходимости дыхательных путей является интубация трахеи. По нашему опыту для проведения данной манипуляции в условиях выраженного отека тканей гортаноглотки целесообразно использовать клинок Макинтоша и набор трубок разного диаметра, обязательно со стилетом – проводником.

После обеспечения надежной проходимости дыхательных путей следует проводить искусственную вентиляцию легких, если в этом есть необходимость. Также необходимо обеспечить надежный доступ к сосудистому руслу. Для терапии гипоксии необходимо обеспечить искусственную церебральную гипотермию (например, пузырями со льдом). Для снятия отека мозга показано введение маннита, глюкокортикоидов (оптимальнее всего дексазона). Для снятия судорожного синдрома целесообразно применять барбитураты в дозировке до 1000 мг. Для дальнейшего лечения больного, при необходимости, должен быть вызван анестезиолог-реаниматолог и (или) невролог (наиболее целесообразно поручить обеспечение данной задачи «парамедицинским службам»).

Незавершенные суициды, совершенные путем повреждения крупных поверхностных сосудов являются вторыми по сложности интенсивной терапии. Известно, что повреждения сосудов также носят чаще всего демонстрационный характер (в последние годы появилась особая, уродливая форма демонстраций - вскрытие сосудов у ВИЧ – инфицированных больных). Тем не менее, данный вид аутоагрессии чреват очень грозными осложнениями, наиболее значимым из которых является геморрагический шок. При появлении такого пациента также следует оценить состояние больного (принцип четырех П - послушать, почувствовать, посмотреть: принять решение). Наиболее простым и информативным тестом для оценки состояния больного является индекс Аллвера, или шоковый индекс (ЧСС/АДсист.) (в норме он не должен превышать 0,75). Немедленную инфузионную терапию следует начинать при его значении $>1,0$. Кроме того, для контроля за эффективностью противошоковых мероприятий необходимо

установить катетер в мочевой пузырь и производить почасовую оценку диуреза (при адекватной терапии диурез должен превышать 90 мл/час). Необходимо обеспечить безопасность для оказывающего помощь (врач должен работать в перчатках и с лицевой маской, пользоваться кольчужными перчатками). При повреждении артериальных сосудов следует наложить сосудистый жгут по общепринятой методике, при повреждении венозных сосудов – наложить тугую давящую повязку. Обеспечить венозный доступ. При повреждении кубитальных вен следует катетеризировать центральную вену (подключичную, яремную или бедренную). Для врачей с недостаточным опытом, и (или) при отсутствии помощника наиболее оптимально выбрать бедренную вену. Катетеризацию следует проводить по методике Duffy 1949 [4]. При выборе инфузионной терапии особое значение имеет, прежде всего, восполнение объема циркулирующей крови, поэтому в начальный период инфузионной терапии она проводится кристаллоидными растворами, а лишь затем подключаются коллоидные растворы. При выборе последних следует отдать предпочтение препаратам на основе желатина (гелофузин, гело-плазма et cet). Следует провести первичную хирургическую обработку (ПХО) ран. Дежурный персонал учреждения при необходимости организывает вызов хирурга и (или) анестезиолога-реаниматолога «на себя» в случае озвучивания такой просьбы дежурным медицинским персоналом. Следует соблюдать осторожность при назначении эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, не назначать ее до проведения лабораторных исследований по определению уровня гемоглобина и гематокрита, групповой (ABO) и Rh - принадлежности.

Следует также отметить такой, специфический как раз для пенитенциарной системы (прежде всего для противотуберкулезных, лечебных учреждений), пример медикаментозного отравления, как возможность отравлений этиотропными противотуберкулезными препаратами [5], диагностика которых, как правило, не сложна, но требует интенсивной терапии с применением эфферентных методов.

Формирование необходимых укладок медикаментов и инструментария исходя из потребностей ургентной помощи при незавершенных суицидах сопряжено с определенными трудностями в выборе правильной комплектации.

Оказание помощи при незавершенных суицидах требует значительного напряжения сил и средств, а также должно быть подкреплено высоким уровнем подготовки медицинского персонала. Вместе с тем, должное укомплектование необходимой укладки для оказания экстренной медицинской помощи при незавершенных суицидах в связи с недостаточностью финансирования в отдельных медицинских подразделениях УИС зачастую далеко не полно. При этом представляется, что для решения проблемы оказания действенной медицинской помощи при незавершенных суицидах необходим комплексный подход, связанный не только с улучшением материально-технической базы медицинских учреждений, получением и закупкой аппаратуры и ряда медицинских препаратов, но и с тесным взаимодействием всех сил и структур уголовно-исполнительной системы для ранней диагностики и лечения тяжелых случаев незавершенных суицидов.

Как следует из изложенного, с целью повышения компетенции, прежде всего, немедицинского персонала пенитенциарных учреждений необходимо проведение постоянных учебных занятий и мастер-классов с отработкой практических навыков по оказанию ургентной помощи при наиболее распространенных видах незавершенных суицидов в пенитенциарной системе. Для этого авторы считают весьма важным тиражирование и доведение до сведения руководителей медицинских служб протоколов ургентных действий при различных формах суицидов.

Список литературы

1. Буров Н.Е. Протокол обеспечения проходимости дыхательных путей (обзор литературы).- Клиническая анестезиология и анестезиолог-реаниматология 2005, Т. 2, № 4 стр. 2-15.
2. Интенсивная терапия в схемах и таблицах. Методическое пособие для студентов, интернов и курсантов ФПК и ППС. Архангельск 2002. – 72с.
3. Пономарев С.Б. Самоубийство в тюрьме: некоторые аспекты проблемы // Преступление и наказание. 2008. № 2. С. 24-25.
4. Роузен М., Латто Я.П., Шэнг У. Чрескожная катетеризация центральных вен. – М. Медицина 1986. – 160с.
5. Черенков А.А., Привалов А.А., Ванифатов Ю.П. Особенности интенсивной терапии острого отравления рифампицином и тубазидом. - Вестник интенсивной терапии 2004, № 4 (приложение). - С.62 - 63.

I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**СУИЦИДОЛОГИЯ - АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ,
ВЫЗОВЫ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ**

**АССОЦИАЦИЯ КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

«САМОУБИЙСТВУ СТОП!»

Сборник научных статей

Подписано в печать 25.10.16
Гарнитура Georgia. Печать офсетная. Формат 60x90/16.
Бумага офсетная. Усл. Печ. л. 9
Тираж 120 экз. Заказ № 2510

Издательство «СИНЭЛ»
Отпечатано в ООО «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10