

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО

Положий Б.С., Панченко Е.А. (Москва)



Положий Борис Сергеевич

– профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России.

E-mail: pbs.moscow@gmail.com



Панченко Евгения Анатольевна

– кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России.

E-mail: eniostyle2004@yandex.ru

Аннотация. Суицидологическая помощь является одним из самых сложных процессов во всей системе психологической, медицинской и социальной помощи населению. Материалом данного исследования послужили 500 человек, совершивших суицидальные попытки, и госпитализированных по этому поводу в крупный психиатрический стационар г. Москвы. Была разработана оригинальная дифференцированная система профилактики суицидального поведения с учетом этапов динамики суицидального процесса. Можно выделить четыре уровня превенции: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. Индикативная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и повторных суицидальных действий. К основным задачам индикативной профилактики относятся: укрепление антисуицидального барьера личности суицидента; психокоррекционная работа с его ближайшим микросоциальным окружением, а также динамическое наблюдение и лечение суицидента в случае наличия у него психического заболевания. Эффективность профилактики определена нами по данным трехлетнего катанеза. Она характеризовалась отсутствием повторных суицидальных действий у 92,7% от общего числа польвованных суицидентов. Таким образом, программы превенции и терапии, суицидов, должны носить комплексный характер.

Ключевые слова: суицидальный процесс, универсальная профилактика, селективная профилактика, антикризисная профилактика, индикативная профилактика, антисуицидальный барьер личности, эффективность профилактики.

Ссылка для цитирования размещена в конце публикации.

Профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медико–психологической и социальной помощи [2; 3; 4; 6]. Высокая частота самоубийств в России (23,1 случая на 100 000 населения в 2011 г.) определяет

высокую потребность в разработке эффективных методов превенции суицидов.

Многолетние исследования данной проблемы позволили нам разработать модель дифференцированной профилактики суицидального поведения. При ее создании мы базировались на современной концепции медицинской профилактики Всемирной Организации Здравоохранения, выделяющей три ее основные формы — универсальную, селективную и индикативную. С учетом особенностей суицидального поведения нами были определены четыре уровня профилактики: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. Объектом исследования послужили лица, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в крупный психиатрический стационар г. Москвы (более 500 человек).

Универсальная профилактика ориентирована на общую популяцию и носит медико-социальный характер. Ее целью является предупреждение первичного возникновения суицидального поведения путем воздействия на основные «мишени» риска его развития.

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи направленной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска, и оказание им адекватной профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития суицидального процесса.

Антикризисная профилактика осуществляется в пресуицидальный и ближайший постсуицидальный периоды. Ее задачами являются: предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий) в пресуицидальный период, а также купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенное самоубийство, в ближайший (первая неделя после совершения покушения) постсуицидальный период. Эта форма профилактики включает в себя комплекс медикаментозных и психотерапевтических воздействий, учитывающих характер клинических проявлений и тип суицидального процесса.

Индикативная профилактика начинается в отдаленный постсуицидальный период (более одной недели после совершения попытки) и продолжается не менее одного года. Ее целью является предупреждение рецидивов суицидального поведения и повторных суицидальных действий. К основным задачам индикативной профилактики относятся: укрепление антисуицидального барьера личности суицидента; психокоррекционная работа с его ближайшим микросоциальным окружением, а также динамическое наблюдение и лечение суицидента в случае наличия у него психического заболевания.

Нами было уделено особое внимание именно этой, наименее разработанной форме профилактики. К сожалению, в существующей реальности суициденты либо вообще не получают профилактической помощи в отдаленный постсуицидальный период, либо получают ее в недостаточном объеме. Это препятствует окончательному купированию суицидальной настроенности, способствует рецидиву суицидальных намерений и совершению повторного суицидального акта, который может приобрести уже завершенный характер.

Учитывая, что более чем у 90% лиц, совершивших покушение на самоубийство, выявляются те или иные психические расстройства, играющие важную роль в развитии суицидального поведения [1], обеспечение суицидентам адекватной *психиатрической помощи* является важной задачей индикативной профилактики. Для лиц с заболеваниями психического регистра (шизофрения, эпилепсия, рекуррентное и биполярное депрессивные расстройства, органическое психическое расстройство, и др.) это предусматривает динамическое наблюдение и амбулаторное (а при наличии показаний, и стационарное) лечение в условиях региональной психиатрической службы. При этом особое внимание должно уделяться психопатологической симптоматике, предшествовавшей возникновению суицидального поведения у пациента, а также иной потенциально суицидоопасной симптоматике (в первую очередь, депрессивной).

Для суицидентов с непсихотическими формами психической патологии рекомендуется динамическое, либо консультативное, наблюдение в амбулаторном звене суицидологической службы, а в случае ее отсутствия — в психоневрологическом диспансере. По нашему опыту, в первый месяц после выписки из стационара необходимо еженедельное посещение пациентом суицидолога, а в последующем — ежемесячное. Через год с момента покушения можно решать вопрос о необходимости и характере дальнейшего наблюдения. В этот период уточняется первоначальный диагноз, устанавливается наличие либо отсутствие суицидальной настроенности, контролируется степень суицидального риска. На этапе консультативного наблюдения представляется особо важным формирование у суицидента так называемого «Эффекта присутствия суицидолога», когда пациент информирован о наличии суицидологической помощи и имеет возможность обратиться за ней при первых же признаках рецидива суицидального поведения.

Другой важнейшей задачей индикативной профилактики является *укрепление антисуицидального барьера личности* суицидента. Это предполагает продолжение и углубление начатых в ближайший постсуицидальный период психотерапевтических мероприятий, направленных на тренинг конструктивных способов адаптации, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции неадаптивных установок, достижение стойкого критического отношения к суицидальным формам реагирования, мобилизацию психологических защит. Эти задачи осуществляются путем применения психотерапевтического комплекса (комплекса специально подобранных психотерапевтических методик), учитывающих как общие принципы, так и индивидуальные особенности суицидального поведения пациента.

Особенностью индикативного этапа профилактики является то, что она осуществляется в условиях нахождения пациента в его микросоциальном окружении. Оптимальную форму психологического воздействия представляет собой индивидуальная психотерапия в амбулаторных условиях. Это дает пациенту возможность одновременно адаптироваться к собственной жизненной ситуации и применять усвоенные в ходе психотерапии поведенческие и коммуникативные навыки. В рамках индивидуальной работы целесообразно проводить *рационально-дидактическую психотерапию*, базирующуюся на активном поиске поддержки в терапевтической и социальной среде; проблемном анализе суицидального конфликта и его последствий; разумной степени игнорирования конфликта; терпеливости; сохранении самообладания; эмоциональной разрядке. Такой подход формирует стабильный базис для осознанного столкновения с конфликтами прошлого и настоящего, способствует осознанию собственных переживаний и вытесняемых комплексов, а, следовательно, приводит к формированию стойкой установки на выздоровление.

С целью закрепления и отработки полученных навыков целесообразно осуществлять проецирование саногенных форм поведения на ситуации, реально возникающие в микросоциальном окружении. Для этого проводится работа с *временной линией*, так как достаточно часто суицидальная попытка совершалась в результате того, что человек оценивал свое будущее в черных тонах, как бесперспективное и мрачное. Применяется также техника работы с формированием *побуждающего будущего*, в рамках которой оказывается помощь в планировании конкретных и достижимых целей в ближайшем и отдаленном будущем. После постановки целей требуется, чтобы пациент определился с методами их достижения, так как без проработки этого этапа большинству людей достаточно сложно перейти к следующему — практической реализации поставленных задач. Также необходимо помочь пациенту осознать эмоциональные ресурсы его жизни, используя которые возможно добиться положительного результата.

На этапе осуществления индикативной профилактики появляется возможность ознакомить пациента с основными представлениями о *типологии*

личности. Благодаря этому у него происходит осознание собственных сильных и слабых черт, пересматриваются суть микросоциальных конфликтов, особенности профессиональной деятельности. Для этого проводится ознакомление пациента с базовыми понятиями телесно-ориентированной психотерапии, транзактного анализа, ведущими модальностями, механизмами психологической защиты, и т.п. Таким образом, пациентам разъясняются различные формы и стратегии человеческого поведения, прорабатываются причины межличностных конфликтов. В целом, результатом проводимой работы становится приобретение психического равновесия, эффективного приспособления к жизни и оптимальной адаптации. Важно отметить, что эти задачи индикативной профилактики могут осуществляться как врачами-психотерапевтами, так и психологами.

Третья задача — психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением суицидента. Эта форма профилактики направлена на выработку у его родных и близких адекватного отношения к случившемуся, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия у их близкого.

Основным направлением такой психокоррекционной работы является сфера межличностных отношений в семьях суицидентов. Согласно устоявшимся представлениям [1; 5], семья может выступать как в качестве провоцирующего, так и препятствующего развитию суицидального процесса фактора.

Проведенные нами исследования показали, что, как правило, родственники не могут своевременно идентифицировать суицидальное поведение у своего близкого. Так, в 68% всех случаев предпринятый суицидальный эксцесс был для них абсолютно неожиданным, даже если пациент тем или иным способом сообщал о своих намерениях. Особенно часто это встречалось в семьях пациентов, совершивших спонтанный суицид. В случае ситуационного суицида родственники обычно говорили о том, что попросту не придавали значения угрозам и жалобам своего близкого. Таким образом, при работе в семьях суицидентов в первую очередь необходимо просвещение родственников о признаках и проявлениях суицидального поведения.

Другой особенностью членов семей суицидентов оказалось наличие выраженного чувства вины перед ними, о котором сообщили 73% опрошенных. Поэтому при проведении работы с такими лицами было необходимо снять с них ответственность за произошедшее.

Достаточно часто (21% случаев) родственники испытывали чувства обиды по отношению к суициденту, осуждая его за совершенную попытку. В таких случаях родственникам разъяснялась необходимость оказания суициденту психологической поддержки, информируя их, что суицидальный поступок — это не результат слабости или «плохого поведения», а следствие серьезных психологических нарушений или психического расстройства.

Реже (6% семей) их члены испытывали по отношению к суициденту безразличие. Как правило, в этих семьях пациент был изолирован, чувствуя при этом своё одиночество. Такие семьи были наиболее сложными в плане проведения психокоррекционной работы, и оказывали минимальную степень поддержки пациенту.

Психологическая коррекция внутрисемейных отношений должна быть дифференцированной в зависимости от того, кем является суицидент:

- супругом (супругой);
- несовершеннолетним (ребенок, подросток);
- родителем.

Согласно этой схеме были разработаны дифференцированные программы коррекции семейных отношений.

А. Суицидент — супруг (супруга).

Именно при этом варианте наблюдалось максимальное количество межличностных проблем. Нашей задачей было разъяснение всех вопросов, возникающих у родственников и, в первую очередь, у супруга(и) суицидента, и формированию адекватного отношения к ним.

Это достигалось следующими приёмами:

- проведение бесед с мужем (женой) суицидента в форме «вопрос — ответ». Здесь особый акцент ставился на проявлениях депрессивных и иных суицидоопасных состояний, необходимости корректности и осторожности в общении со своим близким, настороженности в отношении совершения им повторных суицидальных действий. При этом родственникам разъяснялось, что лица с суицидальным поведением склонны диссимулировать своё состояние, поэтому важно уметь вовремя распознать ухудшение их психического состояния;
- проведение семейной психотерапии с целью улучшения психологического микроклимата в семье и формирования в ней гармоничных взаимоотношений.

Б. Суицидент — несовершеннолетний (ребёнок или подросток).

Родителям ребёнка, совершившего суицидальные действия, сообщались основные особенности суицидального поведения у детей и подростков. При этом делался акцент на необходимости найти адекватный уровень заботы о ребёнке, не трансформируя ее в гиперопеку.

При данном варианте коррекция семейных отношений включала в себя:

- разъяснение родителям ребёнка, совершившего суицидальную попытку, особенностей развития и проявлений его суицидального поведения;
- требование отказаться от поиска «виновного» в случившемся;
- возложение на родителей обязанности контроля за регулярным и своевременным посещением ребёнком суицидолога, соблюдением им рекомендованного режима дня, приемом лекарственных препаратов (в случае их назначения);
- проведение семейной психотерапии, направленной на гармонизацию взаимоотношений между всеми членами семьи (отец, мать, братья, сёстры, и др.).

В. Суицидент — родитель.

Особенностью психокоррекции семейных взаимоотношений при данном варианте было формирование у родственников суицидента понимания того, что в течение некоторого периода времени ему будет затруднительно в полной мере исполнять свои родительские обязанности.

Основным методом является проведение семейной психотерапии, направленной на адекватное восприятие психического состояния своего отца (матери) взрослыми детьми и доступное — детьми младшего и подросткового возраста. Другой аспект — это обучение взрослых детей суицидента навыкам распознавания у него ухудшения состояния и появления признаков суицидального поведения, а также мерам экстренной помощи. Длительность общения суицидологической службы с семьёй может быть различной: от единичных консультаций до долговременного контакта.

Эффективность индикативной профилактики суицидального поведения, определенная нами по данным трехлетнего катамнеза, характеризовалась отсутствием повторных суицидальных действий у 92,7% от общего числа использованных суицидентов.

Литература

1. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.
2. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – С. 267-269.
3. Dingman C.W., McGlachan T.H. Discriminating characteristics of suicides: Chestnut lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder // Acta Psychiatr. Scand. – 1986. – Vol. 74, № 1. – P. 91-97.
4. Enachescu C., Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the presuicidal syndrome // Rom-J-Neurol-Psychiatry. – 1992 Apr-Jun. – V. 30, N 2. – P. 141-146.
5. Farberow N., Shneidman E. The Cry for Help. – New York: Ve Graw – Hill, 1961.
6. Pallis D.J. Clinical problems in assessing suicide risk // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16-19 May 1996. – Athens, 1996. – P. 23.

Ссылка для цитирования

УДК 616.89.-008.441.44-084

Положий Б.С., Панченко Е.А. Профилактика повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).