

10 сентября - Всемирный день предотвращения самоубийств (материал к Единому дню здоровья)

09.09.2013

Суицидальное поведение является сложной философской, этической, социальной и медицинской проблемой. Ежегодно в мире совершается около 1 млн. самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. Самоубийство, как причина смерти, занимает второе место после ДТП в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе. Среднемировой уровень суицидов составляет около 14-16 на 100000 населения в год.

Предупреждение самоубийств представляет собой весьма непростую, но выполнимую комплексную задачу, решение которой возможно при взаимодействии различных структур общества (социальный сектор, государственные органы, учреждения образования, охраны правопорядка, здравоохранения, религиозные организации), так как причины этого явления весьма многообразны. Большое значение придаётся характеру освещения как проблемы суицида в целом, так и конкретных случаев суицидальных актов в средствах массовой информации и художественных произведениях. Специалисты средств массовой информации (СМИ) могут внести большой вклад в увеличения уровня осознания проблемы обществом и формирование реалистичных, не искажённых предрассудками представлений о самоубийстве.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К суицидальному поведению принято относить самоубийство (суицид), суицидальные попытки (парасуициды), мысли и высказывания о самоубийстве. Причины суицидального поведения многообразны. Их невозможно свести только к психическому расстройству, соматическому заболеванию или тяжёлой жизненной ситуации, которую переживает человек. Однако, в многочисленных исследованиях выявлены факторы, которые увеличивают риск суицидов и суицидальных попыток. Их наличие не обозначает обязательного «вердикта» суицида, но их сочетание увеличивает его риск.

Большое значение принадлежит **социально-психологическим факторам**: нарушенные детско-родительские и партнёрские отношения, одиночество и другие.

Тяжёлые кризисы: смерть близких, развод, финансовые потери, уголовная ответственность, потеря работы, значительное снижение социального статуса, тяжёлые конфликты и другие кризисы могут также стать пусковыми факторами СП.

Психические расстройства также являются серьёзным фактором риска суицида. Результаты исследований ВОЗ демонстрируют, что во многих случаях состояние человека на момент смерти в результате суицида соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них - расстройства настроения (депрессия), зависимость от психоактивных веществ (алкоголизм и наркомания), расстройства личности и другие. Так, *депрессия* предшествует 45-70% суицидов; *зависимостью от алкоголя* страдает 10-22% умирающих в результате суицида. Почти в половине случаев имеет место сочетание нескольких из этих расстройств. Наиболее частой является комбинация зависимости от алкоголя или наркотиков и депрессии. К сожалению, большинство из тех, кто умирает от своих рук, не обращаются при жизни за помощью психолога, психиатра или психотерапевта. Можно предположить, что это связано с рядом причин. Во-первых, те состояния, которые специалисты считают психическими расстройствами, часто не расцениваются в обществе как «болезнь», а воспринимаются либо как вариант нормы, либо как проявления «слабости характера». Так, депрессия может рассматриваться индивидом и его близкими, как проявление «слабодушия», «лени» и пр. Зависимость от алкоголя часто скрывается или оправдывается культуральными нормами употребления алкоголя. Расстройства личности могут восприниматься только как «дурной характер» или «невоспитанность». Наиболее «узнаваемыми» и расцениваемыми

как психическая патология даже неспециалистами, являются психозы с ярким бредом и галлюцинациями, эпизоды явно нарушенного поведения, которые часто свойственны шизофрении. И хотя риск суицида при этом расстройстве является высоким, *большинство самоубийств, как было сказано выше, совершают люди со значительно более «привычными» формами поведения.* Во-вторых, психиатрия и, в меньшей степени, психотерапия являются в сознании многих людей достаточно стигматизированными отраслями медицинской помощи. В связи с этим, своевременному обращению к специалисту могут мешать опасения социального ostracизма, стыд, страх предвзятого отношения родственников, друзей и коллег по работе.

Группу повышенного суицидального риска составляют также больные **тяжёлыми хроническими соматическими (физическими) заболеваниями.** Например, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, потеря органа или телесной функции приносят массу страданий и социальных ограничений и поэтому часто сочетаются с депрессией.

Имеет значение также ряд демографических характеристик. Уровень суицидов у **мужчин** в 3-6 раз выше, чем у женщин. Частота суицидальных попыток, наоборот, выше примерно в 1,5 раза среди женщин.

Уровень суицидов в населении увеличивается с **возрастом**, и достигает максимума после 45-50 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 20-29 лет. Однако, это не снижает актуальности проблемы суицидов молодёжи, т.к. из года в год отмечается увеличение уровней суицидов в этой подгруппе населения.

Мифы и факты о самоубийстве

| Мифы | Факты |
|---|---|
| 1. Люди, говорящие о самоубийстве, на самом деле его не совершают. | 1. Большинство умерших перед суицидальным актом прямо или косвенно предупреждают о своих намерениях. |
| 2. Склонные к самоубийству люди твердо намерены умереть. | 2. В большинстве случаев самоубийств отмечаются колебания между желаниями жить и умереть. |
| 3. Самоубийство случается без предупреждения. | 3. Склонные к самоубийству люди часто дают вполне ясные указания о том, что собираются предпринять. |
| 4. Улучшение состояния после кризиса говорит о том, что риск самоубийства снизился. | 4. Многие самоубийства происходят в период улучшения, когда у человека появляется достаточно энергии и воли, чтобы обратить отчаянные мысли в решительные действия. |
| 5. Если у человека появилась склонность к самоубийству, то она сохраняется у него навсегда. | 5. Суицидальные мысли могут возвращаться, однако они не постоянны и у некоторых людей они никогда больше не появляются. |
| 6. Разговор о самоубийстве может внушить мысль о реализации акта. | 6. На самом деле, только прямой разговор о проблеме может способствовать облегчению состояния. |

Симптомы депрессии

- *Сниженное настроение:* «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, необщительность, молчаливость, высказывания об отсутствии надежды, перспектив, смысла жизни.

- *Снижение интереса к обычным для данного человека занятиям, контактам и развлечениям.* Человек много времени проводит в постели, ничем не интересуется, избегает общения, просмотра телепередач, чтения и др.
- *Снижение, работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за «слабость воли», считает «никому не нужным», «никчёмным».
- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Своё прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.
- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.
- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*
- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжёлым заболеванием мозга. С уменьшением интенсивности депрессии эти симптомы проходят.
- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже - беспокойство, повышение двигательной активности.
- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, ранние пробуждения, отсутствие удовлетворённости ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.
- *Понижение или повышение аппетита.* Значительное понижение аппетита и потеря веса говорят о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить «компенсацией» отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжёлых чувств.
- *Снижение либидо,* уменьшение потребности в сексуальной сфере.
- *Соматические симптомы:* задержка стула, сухость во рту, колебание артериального давления.

Экстренная психологическая помощь в Минске

Для взрослых – **290-44-44** (круглосуточно)

Для детей и подростков – **315-00-00** (круглосуточно)

Круглосуточная кризисная телефонная информационная линия по проблемам семьи и детей Минского городского центра социального обслуживания семьи и детей – **247-32-32**

Телефоны доверия в других городах Беларуси:

Борисов – (8-01777) 3-44-63 (с 15.00 до 17.00)

Брест – (8-0162) 40-62-26, 20-15-55 (круглосуточно)

Вилейка – (8-01771) 5-14-98 (с 8.00 до 16.00)

Витебск – (8-0212) 24-63-10 (круглосуточно)

Гомель – (8-0232) 37-91-91 (круглосуточно)

Гродно – (8-152) 75-75-15 (круглосуточно)

Жодино – (8-01775) 3-48-46 (пн., ср., пт. – с 16.00 до 20.00; вт., чт. – с 8.00 до 12.00)

Могилев – (8-0222) 47-31-61 (круглосуточно)

Молодечно – (8-01773) 5-46-44 (с 8.00 до 20.00)

Орша – (8-0216) 21-00-19 (с 8.00 до 20.00)

Полоцк – (8-021144) 3-22-20 (с 8.00 до 20.00)

Слуцк – (8-01795) 5-31-10 (с 8.00 до 17.00)

Солигорск – (8-01710) 3-02-98 (с 13.30 до 15.30)