

Суицидология

Suicidology

№ 2 (23)
Том 7 2016

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, член-корр. РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeala, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William A. Pridmore, профессор
(США)
Niko Herrälä, д.м.н. (Финляндия)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва
Свидетельство: ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- С.А. Игумнов, А.П. Гелда, С.И. Осипчик
Система профилактики суицидального
поведения: опыт Беларуси 3
- Е.Б. Любов, А.Г. Магурдумов, В.Е. Цупрун
Суициды в психоневрологическом диспансере:
уроки серии случаев 23
- А.В. Меринов, Т.А. Мещеряева
Потенциальное желание обращения
к специалисту в области психического
здоровья у молодежи: значение
для суицидологической практики 29
- С.В. Маринин, С.В. Рызова, В.Е. Цупрун
Пиктографический экспресс-тест
«Риск суицидального действия» 34
- А.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.Н. Озоль,
С.А. Чубина, Е.А. Николаев, И.В. Городецкая
Специфика отношений к смерти у студентов
медицинских профессий в областях России
и Беларуси с умеренным и повышенным
суицидальным риском 40
- Д.Ф. Хритинин, М.А. Сумарокова,
А.В. Есин, Д.В. Самохин, Е.П. Щукина
Условия формирования суицидального
поведения у студентов медицинского ВУЗа 49
- Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов
Суициды и смертность от рака в России:
сравнительный анализ трендов 54
- А.В. Сахаров, Н.В. Говорин,
О.П. Ступина, Т.Г. Колчанова
Современные тенденции смертности
населения по причине самоубийств
в Забайкальском крае 58

EDITOR IN CHIEF

P.B. Zotov, Ph. D., prof.
(Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY

M.S. Umansky, M.D.
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, corresp. RAMS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
(Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
A.V. Merinov, Ph. D.
(Ryazan, Russia)
N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)
G. Pilyagina, Ph. D., prof.
(Kiev, Ukraine)
B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
Y.E. Razvodovsky, M.D.
(Grodno, Belarus)
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
(Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(Odessa, Ukraine)
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
(Belgorod, Russia)
N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)
A.V. Semke, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
(Ufa, Russia)
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
(Dnipropetrovsk, Ukraine)
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)
Jyrki Korkela, Ph. D., prof.
(Finland)
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D.,
prof. (Sweden)
William Alex Pridemore, Ph. D.,
prof. (USA)
Niko Seppälä, M.D., Ph. D.
(Finland)

Журнал «Суицидология»
включен в Российский индекс
научного цитирования
(ИНЦ)

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр», 625007,
г. Тюмень, ул. Володарского,
д. 45-3-74

Адрес редакции: г. Тюмень,
ул. 80 лет Победы, д. 81А,
оф. 201, 202
Адрес для переписки: 625041,
г. Тюмень, а/я 4600
Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru
Заказ № 98. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 23.06.2016 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и
наркологии «Общественное психическое здоровье:
настоящее и будущее», 18-20 мая 2016 г., г. Уфа 63

П.Б. Зотов

Рецензия на книгу «Суициды в России и Европе». Под ред.
Б.С. Положего. – М.: ООО «Издательство МИА», 2016. – 212 с. 70

Информация для авторов 71

Contents

S.A. Igumnov, A.P. Helda, S.I. Osipchik
The system of prevention of suicide behavior:
experience of Belarus 3

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova, V.E. Tsuprun
Suicide in outpatient mental health care hospitals:
lessons from consecutive case series 23

A.V. Merinov, T.A. Medentseva
Potential desire access to a specialist in the field of mental
health in boys: implications for practice and suicidological 29

S.V. Kharitonov, S.V. Rozova, E.V. Tsuprun
Pictographic rapid test is "The Risk of suicidal actions" 34

K.A. Chistopol'skaya, N.N. Enkolopov, S.N. Ozol,
S.A. Chubina, L.L. Nikolaev, I.V. Gorodetskaya
The specifics of death attitudes in medical students in regions
of moderate and high suicidal risk in Russia and Belarus 40

D.F. Gritinin, M.A. Sumarokova, A.V. Esin,
I.V. Samokhin, N.P. Shchukina
Conditions of suicidal behavior formation among medical
college students 49

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov
Suicides cancer mortality in Russia: a comparative analysis
of trends 54

A.V. Sakharov, N.V. Govorin, O.P. Stupina, T.G. Kolchanova
Contemporary tendencies of mortality due to suicides
in Zabaykalsky region 58

VI National Congress of social psychiatry "Public mental health:
present and future", 18-20 may 2016, Ufa, Russia 63

Information 71

Интернет-ресурсы:

<http://www.tyumsmu.ru/aspirantam/journal-suicidology.html>

www.elibrary.ru,

www.psychiatr.ru

www.medpsy.ru

www.cyberleninka.ru <http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology>

<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньячи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89-008

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОПЫТ БЕЛАРУСИ

С.А. Игумнов, А.П. Гелда, С.И. Осипчик

ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (ф-л ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Россия

УО «Белорусский государственный университет», г. Минск, Беларусь

УО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз», г. Минск, Беларусь

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Минздрава Беларуси, г. Минск, Беларусь

Контактная информация:

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: главный специалист отделения клинической психофармакологии Отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского". Адрес: 119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3; профессор кафедры психологии Белорусского государственного университета. Адрес: Республика Беларусь, 220030, г. Минск, пр. Независимости, д. 4. Тел.: (495) 358-02-56, эл. адрес: sigumnov67@gmail.com

Гелда Анатолий Петрович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры судебной психиатрии Учреждения образования «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз»; заведующий лабораторией клинико-эпидемиологических исследований Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Адрес: Республика Беларусь, 220053, г. Минск, Долгиновский тракт, д. 152. Тел.: +375 17 289-80-48, эл. адрес: Helda@bsmu.by

Осипчик Сергей Иванович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заместитель директора по медицинской части Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Адрес: Республика Беларусь, 220053, г. Минск, Долгиновский тракт, 152, тел. +375 17 289-80-48, эл. адрес: sergeio@list.ru

Республика Беларусь на протяжении 1990–2013 гг. относилась к странам с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100000 населения. Пик суицидов в общей популяции отмечен в 1996 г., когда в Беларуси было совершено 3632 суицида, и уровень суицидов составил 35,8 случаев на 100 тыс. населения. Пик суицидов в городской популяции отмечен также в 1996 г. – 29,1 случаев на 100000 городского населения. Пик суицидов в сельской популяции отмечен в 2003 г. – 57,4 случаев на 100 тыс. сельского населения. В период с 1995 по 2005 годы уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения.

С 2004 г. в стране отмечается стойкая тенденция к снижению уровня самоубийств. В 2006 г. уровень суицидов впервые опустился ниже 30, составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 года, на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь. Так, с 2009 по 2012 гг., за три года, уровень суицидов снизился на 7,8 случая на 100 тыс. населения (с 28,3 (в абс. цифрах: 2735 случаев) до 20,5 случаев на 100 тыс. населения (1944 случая)). В 2014 г., впервые за всю историю существования Беларуси как независимого государства, уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения – 19,4 (2013 г. – 20,1).

Ключевые слова: уровень суицидов, популяция, профилактика.

1. Динамика суицидального поведения населения Республики Беларусь за 30-летний период (с 1985 по 2014 гг.)

Самоубийства и суицидальные попытки – одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи и общества. За период с 1950 по 1995 гг. показатели распространенности самоубийств во всем мире (мужчины и женщины вместе) возросли на

60% [1]. Самоубийство – ведущая причина смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола.

Ежегодно в результате самоубийств погибают примерно 873000 человек во всем мире, включая 163000 в Европейском регионе [2].

В 2002 г. на долю травм, умышленно нанесенных самому себе, приходилось 1,4% общего бремени болезней во всем мире и 2,3% бремени болезней в Европейском регионе [2].

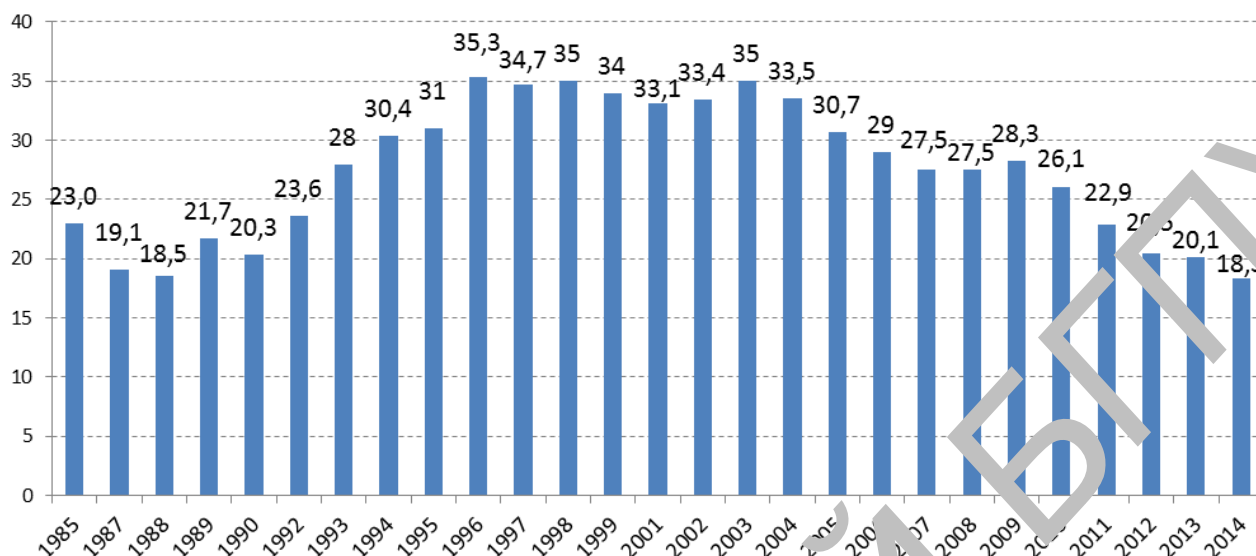


Рис. 1. Динамика уровня суицидов в Республике Беларусь за 30-летний период – с 1985 по 2014 гг. (на 100000 населения).

В соответствии с прогнозом ВОЗ [2], в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства, и в 10-20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. В среднем мире происходит один завершённый суицид каждые 20 секунд, и одна попытка каждые 1-2 секунды. Уровень частоты завершённых суицидов, превышающий 20 случаев на 100000 населения в год, ВОЗ обозначает как критический, требующий принятия экстренных мер по улучшению суицидальной ситуации.

На момент начала формирования организационной структуры суицидологической помощи населению БССР (в составе СССР) обстановка была неблагоприятной, уровень суицидов достигал 23 случаев на 100000 населения. На фоне мероприятий антиалкогольной кампании и создания (по модели г. Москвы) суицидологических кабинетов на базе Минского городского и областных психоневрологических диспансеров, открытия Телефона Доверия (сначала в Минске, затем в областных городах БССР) уровень завершённых суицидов к 1988 году снизился до 18,5 случаев на 100000 населения (рис. 1). На фоне социально - экономического кризиса, сопутствовавшего процессу распада СССР, роста алкоголизации и наркотизации, уровень суицидального поведения населения вновь повысился до 23,6 случая на 100000 населения в 1992 году.

Как видно на рис. 1, на протяжении 1990-2013 гг. Республика Беларусь относилась к

странам с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100000 населения [3, 4, 5]. Уровень суицидов, несмотря на наличие тенденции к его снижению, остается высоким и значительно превышает среднемировой – 11,4 (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Пик самоубийств в общей популяции отмечен в 1996 г., когда в Беларуси было совершено 3632 суицида, и уровень смертности по этому показателю достиг 35,8 случаев (в сравнении с «антипиком» 1988 г. уровень суицидов возрос в 1,9 раза). Пик суицидов в городской популяции отмечен также в 1996 г., когда было зарегистрировано 2015 летальных случаев, и уровень суицидов составил 29,1 случаев на 100000 городского населения. Пик суицидов в сельской популяции отмечен в 2003 г. – 1627 самоубийств (57,4 случаев на 100000 сельского населения). В период с 1995 по 2005 годы уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения.

С 2004 г. на фоне стабилизации социально-экономической обстановки, создания Союзного государства Беларуси и России (2002 г.) в стране отмечается стойкая тенденция к снижению уровня суицидов. В 2006 г. этот показатель впервые опустился ниже 30 и составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 г., на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь.

В настоящее время по количеству суицидов среди мужского населения Беларусь занимает 11 место в мире с показателем 32,7 самоубийства на 100 тыс. населения. В общем рейтинге случаев суицидов Республика Беларусь занимает 19-е место с показателем 18,3 на 100 тыс. населения (средний мировой показатель – 11,4 суицидов на 100 тысяч населения – 15,0 для мужчин и 8,0 для женщин).

Группой максимального риска суицида в Беларуси являются мужчины трудоспособного возраста, особенно старше 45 лет [5, 6, 7].

2. Основные факторы риска суицидального поведения.

2.1. Социально-демографические факторы суицидального риска:

- пол: мужской (уровень суицидов у мужчин в 3-4 раза выше, чем у женщин);
- возраст: 20-35 и старше 45 (уровень суицидов последовательно поднимается по возрастным группам и достигает максимума в возрастном диапазоне от 45 до 60 лет);
- семейное положение: не состоящие в браке, разведенные, вдовы, бездетные и проживающие в одиночестве (уровень суицидов значительно выше в указанных категориях населения);
- образование и профессиональный статус – лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом, а также безработные (уровень суицидов выше в указанных категориях населения);
- проживание в сельской местности [8, 9].

2.2. Биографические факторы суицидального риска:

- суицидальные попытки в прошлом – 30% совершавших суицидальные попытки предпринимает повторные суицидальные действия; риск повторных суицидов в течение 3-х месяцев после совершения суицидальной попытки;
- суицидальное поведение «значимых других» – родственников, друзей, кумиров, исторических личностей;
- наличие психической патологии у близких родственников; наличие суицидов и суицидальных попыток в биографии близких родственников;
- систематическое насилие (физическое, психологическое, сексуальное) со стороны родных и близких, лиц из ближайшего окружения в возрасте до 13 – 15 лет;
- доступ к средствам суицида;
- тяжелые, нарушенные или напряженные межличностные отношения (в семье, профес-

сиональной среде, с родными, близкими, лицами из ближайшего окружения), «безответная любовь»;

- смерть близких родственников (особенно детей, мужа, жены, и особенно в преклонном возрасте);
- одиночество, социальная изоляция;
- существенное изменение привычного стереотипа жизни;
- ревность, супружеская измена, развод;
- потеря работы;
- выход на пенсию;
- совершение в отношении лица, обратившегося за помощью в связи с суицидальными тенденциями, или его / её родных / близких, лиц из ближайшего окружения преступных действий, связанных с физическим, сексуальным насилием или утратой имущества;
- совершение преступления и опасение судебной ответственности;
- отсутствие средств к существованию;
- утрата жилья [3, 9].

2.3. Индивидуально-психологические факторы суицидального риска:

- эмоциональная неустойчивость, особенно в периоды возрастных кризов (пубертатный – у подростков, инволюционный – у лиц преклонного возраста);
- импульсивность в поведении, максимализм, категоричность, незрелость суждений;
- эмоциональная зависимость, острая потребность в родных и близких;
- напряженные эмоциональные контакты с родными, близкими, лиц из ближайшего и профессионального окружения;
- неадекватная (завышенная, заниженная) самооценка;
- напряженность потребностей, выраженное желание достижения целей «любой ценой»;
- низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующего фактора;
- тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Наиболее опасной ситуацией в отношении совершения суицидальных действий является сочетание нескольких факторов риска суицидального поведения как из одной группы факторов, так и из нескольких групп факторов [8, 9].

Доминирующими способами самоубийства в Республике Беларусь являются повешение (70-75% всех суицидов), падение с высоты (24-

28%), менее 1% случаев приходилось на отравление психотропными препаратами. Алкогольное опьянение (определяемое по содержанию алкоголя в биологических жидкостях) сопровождало около 62% всех самоубийств [3, 4, 10], что обуславливает необходимость тесного взаимодействия с наркологической и токсикологической службами.

Необходимо отметить, что проблема суицидов и профилактика суицидов не являются только медицинскими проблемами, а носят широкий общественный и межведомственный характер.

Экономические затраты государства в связи с проблемой суицидов, включают в себя не только прямые потери, связанные с сокращением трудоспособного населения, но и расходы на систему профилактики суицидов и лечение лиц, совершивших попытки суицидов, а также уменьшение доходов в связи со смертностью в результате суицидов. Нравственные и социально-психологические аспекты проблемы суицидов также приносят тяжелый ущерб государству и обществу, как в самой стране, так и за ее пределами.

3. Основные направления деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь по решению проблемы суицидального поведения населения как одного из значимых факторов, обуславливающих «управляемую смертность».

С целью организации оказания комплексной психолого - психиатрической помощи населению, повышению её доступности должности врачей - психиатров, врачей - психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников включены в Примерные штатные нормативы медицинских, педагогических и других работников психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров, утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 11.10.2006 г. № 85.

Для организации психологической помощи в поликлиниках должности психологов введены в Примерные штатные нормативы медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений), утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 07.12.2007 г. № 150.

С целью раннего выявления психических расстройств у пациентов общесоматических больничных организаций здравоохранения должностиврачей-психиатров, врачей - психоте-

рапевтов включены в Примерные штатные нормативы больничных организаций здравоохранения, утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 22.12.2007 г. № 186.

Приказом МЗ от 08.04.2009 г. № 352 «О подготовке клинических протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» была создана рабочая группа по подготовке новой версии клинических протоколов диагностики и лечения психических расстройств для врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов.

Одновременно разработана отдельная версия клинических протоколов диагностики и лечения психических расстройств для врачей других специальностей, применение которой позволяет осуществлять их раннюю диагностику среди пациентов, обращающихся в общесоматические организации здравоохранения, и оказания им своевременной, адекватной помощи.

Министерством здравоохранения приняты необходимые меры по расширению межведомственного взаимодействия в работе по профилактике суицидов среди населения.

Приказом МЗ от 27.06.2008 г. № 594 «О создании межведомственной рабочей группы по разработке информационных материалов (инструкций) по оценке суицидального риска и профилактике суицидов» создана Межведомственная рабочая группа, осуществляющая подготовку указанных материалов для работников различных профессиональных групп: педагогов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских работников, сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих, работников средств массовой информации.

Ряд инструкций из данного перечня приняты Экспертным советом по науке МЗ. Применение информационных материалов (инструкций) позволит повысить эффективность мероприятий по профилактике суицидов во всех категориях населения за счет привлечения к этой работе специалистов различных профессиональных групп.

Генеральной прокуратурой Республики Беларусь, городскими и районными прокуратурами Республики в Министерство здравоохранения регулярно представляются материалы прокурорских расследований в отношении суицидов, совершенных в различных регионах республики с копиями предсмертных записок лиц, совершивших суициды.

Минздравом дано поручение ГУО «Белорусская МАПО» регулярно проводить анализ предсмертных записок для выявления возможных причин и факторов, способствующих совершению суицидов. Результаты анализа содержания предсмертных записок используются в разработке и реализации профилактических мероприятий.

Минздравом разработан перечень факторов риска суицидального поведения, взаимодействие, которых может привести к формированию психопатологического механизма совершения суицидальных действий. Перечень направлен во все заинтересованные министерства и ведомства, в областные и Минский городской исполнительные комитеты.

В Министерство образования Республики Беларусь, Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, в областные и Минский городской исполнительные комитеты Министерством здравоохранения РБ направляются результаты ежеквартального анализа суицидов с предложениями по повышению эффективности проводимых профилактических мероприятий.

4. Организация суицидологической службы в Республике Беларусь: ассимиляция отечественного и зарубежного опыта.

Решение задачи предупреждения самоубийств зависит как от адекватности теоретической концепции суицида и эффективности диагностических методов, так и от уровня организации суицидологической помощи. Предупреждение самоубийств должно решаться путём построения системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Трудность состоит в том, что большая часть суицидентов остаётся вне поля зрения суицидологов и психиатров, и не получает кризисной терапии.

Первые попытки практического предотвращения самоубийств относились к началу прошлого века и представляли собой благотворительные организации, основанные на добровольных началах (1906 г. – Нью-Йорк; 1905 г. – Лондон; 1928 г. – Берлин и др.). Это профилактическое направление продолжается в ряде стран и в настоящее время (Великобритания – «Общество самаритян», Турция, Южная Африка – «Общество анонимных суицидентов»). Новая организационная форма – сочетание, так называемого, «кризисного» центра

и телефонной службы – появилась в 1948 г. в Австрии; её авторы – Х. Хофф и Е. Рингель. Население информировалось о возможности в кризисных ситуациях установить анонимный телефонный контакт со специалистом, оказывающим помощь в разрешении психологических проблем. С 50-х годов прошлого столетия начали организовываться центры суицидологической помощи и телефоны доверия. Безусловно, низкий уровень самоубийств во многих зарубежных странах или его существенное снижение на протяжении последних 2-3 десятилетий в таких странах, характеризовавшихся ранее неблагоприятной суицидальной ситуацией, как Дания и Венгрия, во многом зависит от эффективности работы кризисных служб. Уже в 1990-е годы такие службы существовали во Франции в 150 городах, в Великобритании – в 300, в США – в 400. Причём они имеют тенденцию к расширению. В России работает в настоящее время порядка 20 психотерапевтических центров. При этом количество суицидологов-психотерапевтов в стране явно недостаточно [1].

Оптимальной представляется модель суицидологической службы, состоящей из четырёх подразделений, расположенных вне психиатрических учреждений:

- 1) телефон доверия;
- 2) кабинет суицидолога в психоневрологическом диспансере (ПНД);
- 3) кабинет социально-психологической помощи в поликлинике (КСПП);
- 4) кризисный стационар в больнице общего профиля.

Такая структура суицидологической помощи была реализована на практике в г. Москве с 1980-х гг., внедрена в большинстве крупных городов СССР (в том числе в г. Минске) и доказала свою эффективность. Организация работы, задачи, штаты структур суицидологической службы разработаны сотрудниками Федерального суицидологического центра и изложены А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [11, 12] в методических рекомендациях. Деятельность службы осуществляется по трем основным направлениям:

- 1) предотвращение первичных суицидов;
- 2) реадaptация лиц, совершивших суицидальные попытки;
- 3) пропаганда психогигиенических и правовых знаний о суицидальном поведении среди населения.

Основными задачами суицидологической службы являются:

- своевременное распознавание и купирование кризисных состояний;
- решение диагностических вопросов и применение мер профилактики самоубийств;
- кризисная терапия и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде;
- регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство;
- проведение психопрофилактической работы с населением;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно - профилактическим учреждениям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Эффективность работы суицидологической службы определяется не по формальному снижению количества суицидальных покушений в течение ближайшего года (это зависит в большей степени от наличия либо отсутствия в регионе налаженной межведомственной системы учета и регистрации суицидальных попыток среди населения и уровня диагностики суицидальных попыток врачами общей практики (сети), а по количеству пациентов с различными формами суицидальных тенденций (не только оформленных в виде суицидального / саморазрушительного поведения) получивших необходимую квалифицированную помощь.

Телефон доверия являясь звеном экстренной психологической помощи, осуществляемой в любое время суток специалистами - консультантами линии, находящимися в острых и трудноразрешимых конфликтных ситуациях [13, 14]. Преимущество телефонного звена помощи заключается в доступности, скорости и своевременности установления контакта, анонимных условиях оказания помощи. Рекомендуются следующие нормыativы телефона доверия: рассчитан на один миллион населения; предполагает наличие ставок – 2 врачей-психиатров (психотерапевтов), 2 медицинских психологов, 2 медицинских сестер, 0,5 должности медицинского статистика.

Цель: служба неотложной телефонной помощи прилагает усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся или думающий о самоубийстве человек имел возможность установить немедленный контакт с человеком, готовым выслушать его как друга, и имеющим навыки оказания помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь распро-

страняется не только на первый телефонный контакт, но продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку требуются совет и поддержка.

Принципы. Абонент должен быть уверен в полной конфиденциальности. Никакая информация, полученная от него, не может быть вынесена за пределы службы без его специального разрешения. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, религиозному, политическому или идеологическому давлению. Работники принимаются в службы только после тщательного отбора и обучения; они отбираются, прежде всего, на основании уровня развития эмпатии (способности понимать другого человека).

Метод. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, причем последние играют основную роль в деятельности службы. Они работают как единая команда. Сотрудники службы проходят начальный курс обучения, после которого они работают в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных для этой цели в службе.

Г. Хэмбли [14] выделяет следующие задачи кризисного консультанта, работающего на Телефоне Доверия: 1) уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить мягкую, ненавязчивую заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени. В.Ю. Меновщиков [15] подчеркивает важность умения как можно дольше поддерживать разговор с потенциальным суицидентом, поскольку это помогает установить с ним эмпатийные отношения. Излишняя заботливость, как и оспаривание высказываний абонента, вызывают у него опасение, что у него хотят отнять контроль над принятием решений. Г.В. Старшенбаум [16] подробно описывает особенности и условия оказания кризисной помощи по телефону.

Психологическая помощь по телефону обладает рядом преимуществ, которые, по сравнению с традиционной очной терапией, весьма значимы для кризисных пациентов [13, 17]:

Пространственные особенности. Телефонная связь позволяет оказывать психотерапевтическое воздействие на абонента, нахо-

дящегося на любом расстоянии от психотерапевта.

Временные особенности. Абонент может в любое удобное для него время незамедлительно соединиться с психотерапевтом, что особенно важно для лиц с низкой выносливостью к психологическому стрессу.

Максимальная анонимность. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациентов, что для многих из них является существенным.

Возможность прервать контакт. Телефонный абонент может прервать беседу с психотерапевтом в любой момент. Подобная возможность контролировать ситуацию общения имеет большое значение для лиц, нуждающихся в психологической безопасности.

Эффект ограниченной коммуникации. Исключительно акустический характер телефонной коммуникации способствует вербализации, а тем самым и лучшему осознанию переживаемой ситуации. Это, наряду с возможностью аффективного отреагирования, помогает пациенту интеллектуально овладеть травмирующей ситуацией, уменьшает чувство тревоги, облегчает реалистическое принятие ситуации и переход к конструктивной личностной позиции.

Эффект доверительности. Голос телефонного терапевта звучит в непосредственной близости от абонента, что придает особую интимность беседе, быстро формирует ее доверительную атмосферу, облегчает раскрытие глубоких личных проблем.

Цель телефонной терапии – предотвратить дальнейшее развитие острых кризисных состояний, помочь разорвать психотравмирующую ситуацию и тем самым предотвратить возможное покушение на самоубийство.

Данная цель определяет две основные задачи телефонной терапии:

- 1) помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпатическую поддержку и когнитивное руководство;
- 2) коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. В свою очередь решение указанных задач требует соблюдения определенных принципов экстренной телефонной психотерапии.

Анонимность абонента укрепляет в пациенте нарушенное психотравмирующим событием чувство безопасности, повышает довери-

тельность при обсуждении интимно-личных проблем.

Установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства» необходимо, поскольку эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются кризисными пациентами как проявления неприятия и отвержения.

Доступность психотерапевта / психолога, достигаемая сообщением абоненту графика работы телефонного терапевта и приглашением к обращениям, купирует переживания одиночества и беспомощности, обладающие высоким суицидогенным потенциалом.

Последовательность этапов терапии особенно важна, поскольку переход к очередному этапу помощи без завершения предыдущего ведет к нарастающему резмерным требованиям к пациенту, усиливает тем самым чувство его несостоятельности, снижает самооценку и, соответственно, усиливает суицидальный риск.

Разделение всех обращений в Центры телефонной помощи условно проводится на три группы:

- 1) обращение за психотерапевтической помощью;
- 2) обращение за информацией;
- 3) «молчащие» звонки.

Среди обратившихся за психотерапевтической помощью в телефонную службу выделяют три наиболее многочисленных группы: проблемные пациенты, кризисные пациенты и лица, находящиеся в состоянии хронической социально-психологической дезадаптации из-за личностных особенностей [18].

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом имеет решающее значение в предотвращении дальнейшего кризиса. Она складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и определённый спектр терапевтических приёмов [18, 19].

Главная задача начального этапа беседы – установление контакта – убедить пациента в эмоциональном принятии и сочувствии, а также в обладании необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Необходимо обеспечить клиенту *вентиляцию чувств*, принять его злость и готовность к манипулятивным действиям. Следует дать клиенту *гарантию* того, что терапевт может быть полезен ему и заинтересован в продолжении разговора.

Сам факт обращения абонента можно использовать для *подкрепления позитивных настроений*, выразив свое удовлетворение тем, что он поступил именно так. Как правило, на данном этапе пациент может раскрыть свои суицидальные переживания, что способствует повышению его ответственности за свое суицидальное поведение и уменьшает вероятность совершения попытки самоубийства – прием *вербализации суицидальных переживаний*.

При реакции острого горя высказывания терапевта должны носить характер сострадательной эмпатии, что пробуждает у абонента жалость к себе, которая купирует аутоагрессию.

В процессе беседы проводится исследование суицидального риска. Для этого у позволившего спрашивают, собирается ли он совершить суицид, готов ли у него план, имеется ли доступ к средствам самоубийства. Риск повышается, если абонент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и существенно уменьшается, если он готов заключить *договор об отказе от самоубийства*. Заключение договора завершает первый этап работы.

Второй этап направлен на интеллектуальное овладение ситуацией. Терапевт, внимательно выслушивая обратившегося, уменьшает эмоциональную напряженность, задавая соответствующие вопросы, формирует в сознании пациента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в её развитии – прием *структурирования ситуации*. Во многих случаях у обратившихся имеется представление об уникальности их ситуации, страданий, личностных особенностей и возможных действий. Терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации и переживания встречаются достаточно часто – прием *преодоления исключительности ситуации*.

При острых кризисных ситуациях психотравмирующее событие зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее понятных причин и поэтому непреодолимое. Рассказывая последовательность ситуации, терапевт показывает её связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность её изменения – прием *включения в контекст жизненного пути*.

Обратившиеся часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких слу-

чаях терапевт подчеркивает, что у абонента есть время на обдумывание и принятие адекватного решения – прием *снятия остроты ситуации*. Рассказывая о своем жизненном пути, пациент сообщает о своих трудностях, которые ему удавалось преодолевать, о своих достижениях и психологических возможностях. Терапевт тактично подчеркивает эти позитивные механизмы, являющиеся мощным, но не всегда осознанным антисуицидальным фактором – прием *терапии успехами и достижениями*. Кроме того, на протяжении второго этапа беседы используются следующие психотерапевтические приемы:

- повторение содержания высказывания: абоненту сообщается, что его внимательно слушают и правильно понимают. Прием позволяет пациенту уточнить или переформулировать свои высказывания;

- оттаивание и разделение эмоций: терапевт высказывает сочувственное разделение таких суицидоопасных переживаний, как отчаяние, тревога, горе, чувства стыда, обиды и унижения. Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно показан при тоске и подавленности;

- поиск источников эмоций: абоненту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния с помощью вопросов типа: «Что именно в этой ситуации Вас так ранит?». Прием помогает пациенту осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Второй этап беседы можно считать завершенным, когда терапевт, обобщив всю полученную информацию, высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации – прием *формулировки ситуации*. Указанный прием помогает пациенту рационализировать происходящее, интеллектуально овладеть ситуацией и реалистически принять ее. Кроме того, благодаря данному приему, пациент знает, что его проблема понята другим человеком, что уменьшает переживания одиночества и безвыходности.

Третий этап – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации. Основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении и реалистическом принятии ситуации, пациент подводится к осознанию того, какое разрешение ситуации наиболее для него приемлемо – прием *идентификации целей*. На этом этапе некоторые пациенты пытаются уйти от сути проблемы к

обсуждению своего состояния, в этом случае терапевту необходимо вернуть абонента к обсуждению конкретных планов – прием *фокусирования на ситуации*.

Специфическими психотерапевтическими приемами данного этапа являются интерпретация, планирование и удержание паузы.

Интерпретация: терапевт высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

Планирование: побуждение пациента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности.

Удержание паузы: молчание терапевта имеет целью предоставить пациенту возможность проявить инициативу, стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения.

Четвертый этап – коррекция суицидальных установок абонента. Обязательным является убеждение пациента в следующем:

- тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, – это временное состояние, в процессе терапии оно улучшится; другие люди в аналогичных обстоятельствах чувствовали себя так же тяжело, но потом их состояние полностью нормализовалось;

- жизнь пациента нужна его родным, близким, друзьям; его уход из жизни станет для них тяжелейшей травмой;

- каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решать этот вопрос лучше после восстановления душевного равновесия.

При этом необходимо стимулировать воображение пациента перспективами оптимистического будущего *терапии апперцепцией*. Этот прием требует от терапевта умения «рисовать словами», не столько рассказывать о будущем, сколько его «показывать».

У многих потенциальных суицидентов обнаруживаются представления о всемогуществе суицида как средства воздействия на значимых другого. Эта суицидогенная установка корректируется следующим образом. Терапевт пытается понять, что именно хочет сообщить знающему другому пациент своей попыткой самоубийства, и совместно с пациентом разрабатывает иной способ донесения до партнера этого сообщения.

Завершение терапии, как правило, вызывает у пациентов тревогу, которую необходимо

разделить; следует укрепить уверенность пациента в своих силах и обсудить, каким образом опыт разрешения данной кризисной проблемы будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

К «запрещенным приемам» телефонного консультирования относят:

Высказывания-решения, перекладывающие ответственность с абонента на консультанта: 1) указания, приказы, направления; 2) предупреждения, угрозы, убеждения; 3) ментализирование, поучения, наставления; 4) советы, предложения, решения; 5) убеждение путем спора, инструктирование, лекции.

Высказывания, снижающие самооценку собеседника: 1) осуждение, критика, несогласие, обвинение; 2) чрезмерное восхваление, «манипулятивное согласие», лицемерное одобрение, обещание награды; 3) высмеивание, стремление пристыдить; 4) интерпретация, анализ, постановка диагноза; 5) разубеждение, формальное утешение, поддержка как «заговаривание зубов»; 6) расследование, допрашивание.

Высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

Необходимо предостерегать от типичных ошибок телефонного диалога. К ним относятся: чрезмерно быстрое определение проблемы; беседа о проблеме, а не о человеке; неприятие ценностей абонента; обсуждение ложной проблемы; взгляд сверху; чрезмерное отождествление, обвинение и позиция эксперта.

Подробно описываемый алгоритм работы консультанта важен в связи с тем, что контакт с суицидентом может быть первым и последним, а продолжение его зависит от того, какое впечатление произвел на суицидента консультант и насколько он помог пациенту снизить остроту проблемы.

Кабинет социально - психологической помощи (КСПП) предназначен для выявления и амбулаторной помощи лицам с суицидальным поведением, не находящимся на учете в ПНД. КСПП располагаются на базе городских и (в мегаполисах) студенческих поликлиник, в нем работают врач-психиатр (прошедший специализацию по суицидологии и психотерапии), медицинский психолог, медицинская сестра и социальный работник.

Показаниями для ведения пациентов в КСПП являются:

- непатологические и невротические ситуационные реакции;
- психопатические реакции, ситуационные декомпенсации психопатий;
- психогенные и невротические депрессии в невыраженной форме;
- патологические развития личности;
- психогенно обусловленные реакции больных психическими заболеваниями на фоне ремиссий.

Сведения о пациентах с острыми психотическими расстройствами передаются в ПНД. Согласно Закону Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи", ст. 32 «Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях», оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) не требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения. Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется с согласия пациента или его законного представителя, за исключением случаев оказания такой помощи на основании определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

Врач КСПП обязан:

- 1) проводить амбулаторное обследование, терапевтическое и реабилитационное лечение всех лиц, совершивших суицидальные попытки. В кабинет СПП пациенты могут обращаться самостоятельно, направляться из суицидологического кабинета ПНД, кризисного стационара и выявляться при диспансеризации;
- 2) фиксировать каждое обращение пациента в журнале амбулаторного приема, оформлять амбулаторную карту и выдавать при необходимости справки о нетрудоспособности и справки об освобождении от учебы;
- 3) обеспечивать направление пациентов при наличии соответствующих показаний в психиатрическую больницу и кризисный стационар;
- 4) систематически контролировать работу персонала, проводить с ними занятия по профилактике самоубийств, пропагандировать психогигиенические знания среди населения путем проведения лекций и бесед;
- 5) вести медицинскую документацию, в амбулаторных картах отражать степень суицидального риска.

Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД). Контингент пациентов суицидолога составляют лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами с различными формами суицидального поведения. Лица с психическими расстройствами совершают самоубийства гораздо чаще, чем лица без психических расстройств. Так, суицидальный риск страдающих реактивной депрессией в 100 раз выше, чем у здоровых, при эндогенной депрессии – в 48 раз, при шизофрении – в 32 раза. Среди госпитализированных в психиатрический стационар повторные суицидальные действия совершают 60% больных в течение полугода после выписки из стационара [10]. Попытки самоубийства чаще совершают пациенты в возрасте 20-29 лет, а завершённые самоубийства достигают максимума в возрасте 50-59 лет для лиц обоего пола.

Высокий риск самоубийства обнаруживают пациенты с реактивными депрессиями и расстройствами личности (психопатиями) в связи с психотравмирующими ситуациями. Пациенты с параноидной шизофренией и психопатией возбуждимого и астенического круга часто обнаруживают состояние хронической дезадаптации с высоким риском суицида (до 60%). У пациентов с биполярным аффективным расстройством, циклотимией, простой шизофренией отмечается периодические дезадаптационные кризы, во время которых 30% пациентов совершают повторные суицидальные попытки.

Контингент пациентов, подлежащих обязательному наблюдению в суицидологическом кабинете ПНД, состоит из двух основных групп:

1) пациенты, страдающие хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, за которыми в соответствии со ст. 33 Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи" устанавливается диспансерное наблюдение, совершившие попытку самоубийства;

2) лица, страдающие хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, со стойкими суицидальными тенденциями.

В обязанности врача суицидологического кабинета входят:

– обследовать по направлению участковых психиатров пациентов с суицидоопасными тенденциями; осуществлять динамическое диспансерное наблюдение и лечение этих больных вплоть до ликвидации суицидального риска; при отказе больных от лечения у суицидолога давать участковому врачу подробные рекомендации по их дальнейшему терапевтическому ведению;

– активно выявлять на участках обслуживания пациентов, совершивших суицидальные попытки, и осуществлять их диспансерное наблюдение в течение года с момента покушения;

– участвовать в ведении и выписке пациентов территории обслуживания, помещенных в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой; в последующем наблюдать их амбулаторно в течение года;

– обследовать лиц, направляемых из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать вопрос о необходимости их лечения в суицидологическом кабинете диспансера. В случае такой необходимости осуществлять их лечение вплоть до ликвидации суицидального риска. При отсутствии показаний для лечения в суицидологическом кабинете направлять пациентов к участковым психиатрам; выдавать пациентам при необходимости листы временной нетрудоспособности;

– при наличии соответствующих показаний обеспечивать госпитализацию пациентов в психиатрическую больницу или в кризисный стационар;

– на еженедельных совещаниях врачей диспансера докладывать обо всех случаях самоубийств и покушений среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, с их кратким анализом и изложением превентивных рекомендаций;

– осуществлять координацию работы медицинского психолога, социального работника и медицинской сестры;

– в конце года представлять руководителю территориальной суицидологической службы и главному врачу диспансера, в котором расположен суицидологический кабинет, отчет о проделанной работе;

– врач-суицидолог в полном объеме должен вести медицинскую документацию.

Кризисный стационар располагается на базе соматической больницы и предназначен

для изоляции от психотравмирующей ситуации (в течение 2-4 недель), краткосрочной интенсивной терапии и реабилитации лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса, с риском возникновения суицидальных тенденций и попыток. В него направляются лица с пограничными нервно-психическими расстройствами, лечение которым в психиатрической больнице не показано. Пациенты в кризисный стационар направляются из КСПП, ПНД, реабилитационных и психосоматических отделений городских больниц, а также со службы телефона доверия. Основным методом лечения и реадaptации в кризисном стационаре является психотерапия, психологический тренинг, в необходимых случаях – медикаментозная терапия.

Показаниями для направления в кризисный стационар служат:

1) состояние реакции с наличием суицидальных тенденций, а также потенциально опасные отношения суицида:

- острые реакции на стресс;
- расстройства адаптации;
- психогенные и невротические депрессии, реактивные состояния;
- ситуационные декомпенсации расстройств личности (психопатий), патологические развития личности;
- психогенные реакции у пациентов с эндогенными психозами на фоне полноценных ремиссий и при наличии критики.

2) постсуицидальные состояния с признаками дезадаптации у лиц, совершивших непсихотические суицидальные попытки.

Противопоказаниями для направления в кризисный стационар служат тяжелые соматические и выраженные психотические состояния:

- 1) тревожная депрессия в пожилом возрасте;
- 2) ипохондрические раптоидные состояния;
- 3) галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;
- 4) острые состояния страха с ажитацией;
- 5) депрессивно-параноидные состояния с переживаниями вины или «угрозы жизни»; тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями;
- 6) депрессии у больных с неблагоприятной микросоциальной ситуацией;

7) острые депрессивные состояния, возникшие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии.

Процесс реабилитации пациентов в условиях кризисного стационара носит многоэтапный характер. Первый этап связан с усиленной поддержкой пациента, установлением теплого, партнерского отношения с персоналом. Предусматривается устранение психической напряженности, тревожности, внутреннего беспокойства, чувства безысходности. В последующем работа направлена на осознание пациентом рациональных путей выхода из затруднительной ситуации, включение в психотерапевтическую среду отделения, переключение с чисто эгоистической оценки своего состояния на необходимость поиска широких социальных контактов.

На втором этапе психотерапевтического взаимодействия осуществляется переход пациента от пассивной, подчиняемой позиции к активной, партнерской. Основная работа психотерапевта заключается в умелом направлении внутренних ресурсов пациента на причинный анализ существующей психотравмирующей ситуации, вычленение главных и сопутствующих факторов, вызвавших социальную дезадаптацию. Очень важным следует признать умелое регулирование процесса «разрыхления» суицидальной линии поведения, привития чувства и убежденности в самостоятельном обнаружении выхода из затруднительного поведения. Такая направленность превентивной стратегии открывает большие возможности для личности на будущее: существенное усиление адаптационных способностей организмов, бы предопределяет профилактику суицида, обеспечивает успех всей кризисной интервенции.

На третьем этапе достигается окончательное разрешение всех существовавших прежде душевных конфликтов, закрепление адаптационных механизмов, дальнейшая тренировка резервных возможностей индивида. Естественно, в столь краткий срок полная реконструкция личности труднодостижима, однако с переходом на регрессиентную стадию предусматривается последовательная психотерапия в амбулаторных условиях.

На этом этапе предпочтение отдается групповым методам социально - психологического, ролевого тренинга, аутогенной тренировки: они облегчают переход от неадаптивной

позиции к адаптивной, со сменой аффективной мотивации, углублением процесса социализации (тренировка в самоограничении, саморегулировании, выправление навыков общения в сторону повышения уровня эмпатии, умения понимать чужие интересы и запросы). Наряду с групповыми сеансами осуществляются формы индивидуальной работы, учитывающие личностные особенности пациента и характер конфликтной ситуации: осознанное повышение уверенности, раскованности и самооценки, укрепление оптимизма, планомерный контроль поведения.

После выписки из кризисного стационара пациенты направляются для амбулаторного наблюдения соответственно необходимости в суицидологический кабинет ПНД или КСПП.

Кризисный стационар разворачивается, как правило, на 20-30 койек, в нем работают врач-суицидолог, медицинский психолог, социальный работник, медицинские сестры, санитарки, сестра-хозяйка. Г.В. Старшенбаум [16] рекомендует использовать в кризисном стационаре бригадный метод ведения пациентов.

В заключение следует привести сохраняющиеся на практике недостатки в организации помощи суицидентам, выявленные еще А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [12]:

- 1) отсутствие налаженной системы учета и регистрации суицидальных попыток среди населения и недостаточная диагностика суицидальных попыток врачами общепольничной сети;
- 2) ограниченность специализированной социально-психологической и психотерапевтической помощи суицидентам, не состоящим на учете в ПНД;
- 3) недостаточная преемственность в ведении суицидентов между психиатрическим стационаром и диспансером;
- 4) неудовлетворительная выявляемость лиц с суицидальными тенденциями и суицидоопасными состояниями среди диспансерного контингента психически больных, и практически полное отсутствие такой выявляемости в населении;
- 5) отсутствие в здравоохранении амбулаторных и стационарных учреждений, вне структуры психиатрической службы, предназначенных для оказания комплексной социально-психологической помощи лицам, не нуждающимся в психиатрическом лечении, находящимся в конфликтных ситуациях и состояниях психологического кризиса.

Согласно Закону Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи", ст. 34 «Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях», оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача - специалиста и интенсивного лечения. Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется с письменного согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании:

- решения суда об удовлетворении заявления о принудительной госпитализации и лечении (далее – решение суда о принудительной госпитализации и лечении);
- определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, вынесенного по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовным кодексом Республики Беларусь и Уголовно - процессуальным кодексом Республики Беларусь;
- заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стационарных условиях и санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования;
- заключения врачебной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стационарных условиях.

Несовершеннолетний пациент в возрасте до четырнадцати лет, а также лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, госпитализируются в психиатрический стационар с согласия законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, госпитализация осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение

органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Влияние самоубийства на родственников и медицинский персонал.

К. Лукас и Г.М. Сейден [21] акцентировали внимание на влиянии самоубийств на близких родственников (оставшихся в живых) и медицинский персонал. Эти аспекты недостаточно освещены в отечественной медицинской литературе.

Общество считает самоубийство действием, отклоняющимся от принятой нормы, и семья покончившего с собой подвергается сильному негативному давлению. Хотя в последнее время отмечается смещение отношения общества и религии к этому явлению. Когда в средствах массовой информации появляются сообщения о покончивших с собой подростков, некоторые из молодых людей, воспринимают их как «приглашение» к совершению самоубийства.

Эмоциональные реакции на суицид. Близкие суицидента страдают по основным 3-м причинам [16, 22-25]:

- они скорбят по умершему;
- переживают психическую травму – как жертвы посттравматического стрессового расстройства;
- потому, что о самоубийстве не принято говорить и молчание о нем мешает исцелению.

Первая волна эмоций включает: шок, отрицание, беспомощность, облегчение (иногда) и обвинение. Вторая волна эмоций поражает близких: гневом, чувством вины, стыдом и страхом. Третья волна эмоций: близкие испытывают депрессию со снижением самооценки. Четвертая волна эмоций: включает широкий спектр психологических и психосоматических проблем, включая склонность к самому суициду.

Иногда близкий человек не может осознать значимость постигшего его события. Следующее за этим отрицание проявляется в отказе принять само событие – смерть объясняется как-то иначе. Ни один из близких самоубийцы не проходит через все переживания или стадии и не рассказывает обо всем. Таким образом, родственники человека, совершившего самоубийство, могут испытывать потребность в медицинской помощи.

Любой суицид приводит к более интенсивному переживанию горя близкими (в сравне-

нии с обычными), и обуславливает более трудный процесс принятия и интеграции утраты. Многие из оставшихся в живых, прежде всего, именно себя считают жертвами неожиданной и внезапной смерти близкого человека.

N. Farberow [26] характеризует эмоциональные переживания, свойственные оставшимся в живых после самоубийства близкого, следующим образом:

1. Интенсивное чувство утраты – переживания горя и скорби.
2. Гнев – из-за необходимости испытывать ответственность за случившееся.
3. Чувство «разлучения» – из-за того, что предложенная помощь была отвергнута.
4. Чувства тревоги, вины, стыда или смущения.
5. Облегчение, что исчезла раздражающе настоятельная необходимость в заботе или контроле за близким.
6. Чувство «брошенности».
7. Появление собственных саморазрушающих тенденций.
8. Гнев, порожденный господствующими предрассудками, что случившееся является пренебрежением нормами социальной и моральной ответственности.

Разнообразные проявления гнева в виде злости, ярости, возмущения или раздражения встречаются часто у выживших после самоубийства близкого. Они бывают направлены на конкретных лиц или учреждений, оказавшихся безуспешными в усилиях спасти жизнь человека (врачей, полицейских, спасателей, друзей, приятелей, коллег, общество в целом), на самих себя и, наконец, на мир вообще. Оставшиеся в живых испытывают тревогу и чувство вины, оказываются в тупике вопроса: «Почему это случилось именно со мной?» – отчаянно стремятся постичь смысл самоубийства. Задумываются: «Каким образом я должен вести себя после случившегося?» Большинство переживших самоубийство близкого нуждаются в помощи, многие были бы не прочь прибегнуть к профессиональной поддержке. Однако эта проблема не решена: – где, когда, кем?

Общие терапевтические принципы работы с выжившими после самоубийства близкого сводятся к следующему [21]:

1. Оживление – вдохание новой жизни в человека с серьезной психической травмой.
2. Восстановление – помощь, необходимая для работы – переживания горя.

3. Обновление – освобождение от тягостных последствий и зависимости от утраты.

Самоубийство пациента – это травматическое событие для медицинского персонала (врача) – чувство отчаяния, вины, профессионального и даже личного краха. Почти у 1/3 соприкасавшихся с самоубийцей развивается посттравматическое расстройство или депрессия. Можно выделить 5 типов факторов, определяющих реакцию врача на самоубийство [21]:

1. Особенности взаимоотношений (зависимость, нарциссизм, амбивалентность).
2. Обстоятельство времени (рано суицидов пациентов за короткое время).
3. Особенности значимых жизненных обстоятельств (врач испытывал горе, депрессию, утрату родителей в детстве).
4. Особенности личности (стремление быть сильным и контролировать происходящее, трудности осознания собственных чувств).
5. Средовые обстоятельства (отсутствие возможности обсудить случившееся с другими).

Женщины-врачи обычно переживают сильнее, и редко кто из них справляется с драматическими коллизиями в своей профессиональной деятельности без серьезных психологических последствий.

Помощь врачу должна оказываться по 2 направлениям:

- 1) в поддержании его профессиональной состоятельности и компетентности;
- 2) в поддержании возникших личностных переживаний. Медицинский персонал нуждается в психологической подготовке к самоубийствам, как и к смерти пациента вообще [21].

Основные направления предупреждения самоубийств в современной мировой практике. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Организация объединенных наций (ООН) предлагают проекты стратегий по предотвращению самоубийств в психиатрических учреждениях и больницах общего профиля, школах и исправительных учреждениях, для лиц, переживших суицид (тех, кто стал его свидетелем), а также рекомендации по освещению самоубийств в средствах массовой информации [27]. В работе по суицидальной превенции мероприятия можно осуществлять в рамках системы здравоохранения, либо направлять их на общество в целом [28, 29].

Перспективы системы здравоохранения	Перспективы общественного здоровья
Цель / стратегия: 1. Повышение качества услуг здравоохранения. 2. Улучшение диагностики психических заболеваний, таких как депрессия, психозы, злоупотребление и зависимость от алкоголя и наркотиков, распознавание и оценка психосоциальных факторов стресса. 3. Повышение сознательного отношения работников здравоохранения к превенции самоубийств и психическим заболеваниям. 4. Адекватное лечение, последующее наблюдение и реабилитация психически больных, суицидентов и лиц в кризисном состоянии. Группы-мишени: – пациенты – родственники – руководители	Цель / стратегия: 1. Реализация стратегий в плане: социального обеспечения, образования, школ и рабочих мест, психического здоровья, профилактики алкоголизма и наркомании и т.д. 2. Повышение уровня знаний посредством образования общества по направлениям: – суицидальное поведение и меры по его предотвращению; – раннее распознавание, профилактика и лечение психических заболеваний; – хронический психосоциальный стресс, вызванный бедностью, безработицей, насилием и т.д. – защитные внешние факторы психического здоровья (хорошая семья, бытовые условия в школе и на работе, окружение, свободность от наркотиков и т.д.). 3. Изменение негативного отношения общества к психическим заболеваниям и превенции самоубийств. 4. Контроль доступа к средствам суицида. 5. Ответственное отношение со стороны СМИ. Группы-мишени: все население (в частности, такие специфические сферы как школа, рабочие места, домашние услуги, воинская служба и т.д.)

Рис. 2. Стратегия предотвращения самоубийств.

При подходе в рамках системы здравоохранения используется трех-факторная стратегия суицидальной превенции, направленная и на общество в целом [30]. Она состоит из следующих мероприятий: идентификация групп риска; повышение качества диагностики и лечения суицидальных пациентов, включая тех, кто предпринял суицидальную попытку, обеспечение оптимальной реабилитации лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Адекватное лечение психических заболеваний в психиатрических учреждениях и врачами общего профиля является одной из самых проверенных и испытанных стратегий в снижении суицидального риска [29]. Предупреждение самоубийств осуществляется по трем направлениям: лечение психически больных, разработка программ по превенции самоубийств, контроль за окружающей средой. Подход, направленный на общественное здоровье, включает: психосоциальную поддержку, изменение отношения к суицидальной личности и повышение уровня знаний по предотвращению самоубийств и психических заболеваний, меры,

направленные на окружающую среду, исследовательские программы [31]. В настоящее время наметились более эффективные методы превенции, медикаментозного и психологического (психотерапевтического) лечения суицидентов. Медикаментозное воздействие направлено в основном на лечение психических расстройств и соматических заболеваний, а не на «суицидальность» как таковую. Более близким к механизмам суицидальных действий является психотерапевтическое лечение:

- 1) когнитивно-бихевиоральная терапия, особенно терапия решения проблем;
- 2) диалектическая бихевиоральная терапия, устраняющая эмоциональную дисрегуляцию;
- 3) межличностная (интерперсональная) терапия.

Существует множество подходов к предотвращению самоубийства, но их выбор должен быть индивидуален. Большинство совершивших попытку самоубийства можно заставить отказаться от своих намерений. Если попытки самоубийства обусловлены психиче-

ским заболеванием, то часто бывает достаточно соответствующего лечения. В то же время психофармакологические препараты не могут решить проблему самоубийств.

Современное мнение о профилактике самоубийств сводится к трем её видам. Первичная профилактика – вряд ли возможна. Конфликтные ситуации и реакции короткого замыкания так часты и так трудно предсказуемы, что целенаправленная первичная профилактика практически неосуществима. Для вторичной профилактики поле деятельности значительно шире, она включает в себя помощь группам риска, разрешение текущих суицидогенных проблем. Предупреждением риска повторного суицида занимается третичная профилактика.

Рассмотрение социальных и психологических факторов, определяющих суицидальное поведение, изучение культурных ценностей, под влиянием которых формируется отношение общества к актам самоубийства, наряду с исследованием причин смерти и методов совершения диагностики суицида, помогают лучше понять детерминанты этого феномена, вкладываемый в него смысл, а также его практическое значение как проблемы здравоохранения и как индикатора качества социальной среды.

Важное значение имеют антисуицидальные факторы, которые в ряде случаев могут препятствовать совершению суицидальных действий. К таковым относятся [21]:

1. Убеждения в неосложности преодоления проблемы («как бы плохо я себя не чувствовал, я всегда уверен, что мне не все потеряно»).
2. Ответственность за семью («У меня есть обязательства перед моей семьей», «Я очень сильно люблю мою семью и никогда не оставлю их»).
3. Забота о детях («Дети нуждаются во мне, я должен жить ради них»).
4. Страх суицида («Я боюсь смерти и неизвестности», «Я боюсь, что останусь в живых после попытки покончить с собой и стану инвалидом»).
5. Страх социального отвержения («Меня беспокоит, что другие станут считать меня слабым и никчемным, если я попытаюсь покончить с собой»).
6. Моральные и религиозные установки («мои религиозные убеждения запрещают совершить суицид»).

С учетом того, что суициды являются следствием целого комплекса причин и факторов, основные из которых носят социальный

Таким образом, развитие эффективного и специфического лечения лиц, пытавшихся покончить с собой, становится все более реальным. Не следует забывать, что здоровье и качество жизни населения зависят не только от медицинских работников, но и от трёх основных детерминант современного общества: материального благополучия, социальных структур и стиля жизни [29]. Последняя детерминанта представляется ведущей в этом перечне.

Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы и основные результаты его внедрения.

В целях снижения уровня суицидов среди населения Республики Беларусь, в соответствии с поручением Совета Министров Республики Беларусь от 05.10.2009 г. №38/204-471, МЗ Республики Беларусь был разработан и согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы (далее – План).

В Плане содержался перечень мероприятий, направленных на снижение уровня суицидов в республике. В него были включены разделы: организационно-методические мероприятия, укрепление кадрового потенциала, информационно-пропагандистское обеспечение и организация профилактической помощи.

Основными целями Плана являлись: стабилизация и снижение числа суицидов и попыток суицидов среди населения; улучшение психологической обстановки и повышение уровня здоровья, в том числе, нравственного, населения страны.

План предусматривал решение следующих задач: активизацию деятельности государственных органов, общественных, в том числе, религиозных (в особенности, доминирующих в стране конфессий: Белорусского экзархата Русской Православной церкви и Конференции католических епископов Беларуси) организаций в решении проблемы суицидов; повышение уровня подготовки специалистов различных профессий в области профилактики суицидов; повышение доступности для населения качественной, своевременной социальной, психологической, медицинской и духовной помощи.

С учетом того, что суициды являются следствием целого комплекса причин и факторов, основные из которых носят социальный

характер, Планом было предусмотрено расширение межведомственного взаимодействия и сотрудничества в области их профилактики, включая организацию в многопрофильных стационарных организациях здравоохранения областей и г. Минска стационарных отделений для оказания медицинской помощи лицам с риском совершения суицидов и совершившим суицидальные попытки (п. 11); проведение социологических опросов населения для выявления причин суицидального поведения населения и степени информированности населения о наличии служб профилактики суицидов и их возможностях (п. 14); привлечение к разработке мероприятий по профилактике суицидов экспертов ВОЗ с целью переноса опыта стран, имеющих позитивные результаты в профилактике суицидов (п. 15); организацию обязательного изучения вопросов кризисной психологии, факторов риска, признаков суицидального поведения и вопросов профилактики суицидов при проведении повышения квалификации и переподготовки педагогических работников, психологов, специалистов по социальной работе (п. 19); привлечение общественных и религиозных организаций к оказанию духовной и психологической помощи населению посредством их участия в информационно-просветительских телепрограммах и публикациях в других средствах массовой информации (п. 29); выявление у одиноко проживающих: пожилых, неработающих инвалидов, злоупотребляющих алкоголем граждан психологических, медицинских, социальных проблем, информирование о наличии службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия» и срочной консультационной помощи по телефону «Горячая линия» (п. 29); ограничение доступности к выходам на крыши высотных зданий, прогнивания в строящиеся здания конструкции (п. 31) и т.д. Координирующая роль в реализации основных направлений, изложенных в Комплексном Plane, в системе здравоохранения Беларуси принадлежала Государственному учреждению «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (директор в 2009-2012 гг. – д.м.н., профессор С.А. Игумнов). В рамках исполнения п. 13 Комплексного Плана «организация психиатрического научного подразделения для проведения научных исследований с целью разработки новых, высокоэффективных технологий в области оказания помощи при

кризисных состояниях, реабилитации и профилактики суицидов» в 2010 г. в структуре Республиканского НПЦ психического здоровья создана лаборатория клинико - эпидемиологических исследований (заведующий с момента создания – к.м.н., доцент А.П. Гелда).

На фоне реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009 – 2012 годы» уровень суицидов всего за три года снизился на 7,8 случаев на 100 тыс. населения (с 28,3 случаев на 100 тыс. населения (n=2375 суицидов) в 2009 г. до 20,5 случаев (n=1944) в 2012 г.). В последующие годы позитивная тенденция продолжается. В результате реализации мероприятий, заложенных в Plane, впервые за всю историю существования Беларуси как независимого государства, в 2014 г. уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции республики стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения – 18,3 (2013 г. – 20,1). Это означает, что Беларусь вышла из группы стран с высоким уровнем суицидов.

В 2014 г. показатели суицидов по сравнению с 2013 г. снизились во всех группах населения: в общей популяции – на 8,7%, до 18,3 случая на 100 тыс. населения; в общей городской популяции – на 3,8%, до 12,6 случая на 100 тыс. городского населения; в общей сельской популяции – на 23,7%, до 37,2 случая на 100 тыс. сельского населения. Показатели суицидов, совершенных в общей популяции трудоспособного возраста страны за 2014 г. в сравнении с 2013 г., снизились на 1,7%, при сохранении уровня относительного показателя с 15,5 до 14,7 на 100 тыс. населения.

В ходе реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы» нами проведен статистический анализ суицидальной ситуации за период 1992–2012 гг..

Получена следующая модель динамики за период 1992–2002 гг. (дифференциальное уравнение, полученное методом авторегрессионного анализа):

$$St=10,894+0,69*St-1,$$

где: St – статистика суицидов за рассматриваемый год; St-1 – статистика суицидов за предшествующий год.

Качество модели: $R^2=87,6\%$; $p<0,001$.

В ходе статистического анализа суицидальной ситуации за период 2003-2012 г.г.

(данные смоделированы по исходному значению для 2003 г.) получена следующая модель динамики: $St=1,282+0,989*St-1$.

Качество модели: $R^2 = 94,4\%$; $p < 0,001$.

Выводы.

1. Закономерности динамики уровня суицидов для периодов 1992-2002 гг. и 2003-2012 гг. взаимно противоположны: первая соответствует постепенному росту, вторая – выраженный последовательному спаду.

2. Прогнозируемые при помощи второй модели данные с экстраполяцией до 2020 г. позволяют утверждать, что при прочих равных условиях дальнейшая реализация задач, намеченных в Комплексном плане профилактики суицидального поведения, благоприятно скажется на суицидологической обстановке в стране, и уже в 2016 г. может вывести Беларусь из стран – «лидеров» по числу суицидов в категорию стран с уровнем суицидов не выше среднемирового (рассчитанного для 53 стран, предоставляющих сведения о завершенных суицидах в ВОЗ).

Чрезвычайно важным представляется сохранение и развитие разработанной эффектив-

ной модели межведомственного и межконфессионального взаимодействия в плане профилактики суицидов, партнерства государственных структур и общественных объединений, а также координация усилий в области международного сотрудничества, в особенности в рамках Союзного государства Беларуси и России, Таможенного Союза и ОДКБ. На уровне ведущих национальных научных центров, включенных в систему профилактики суицидального и саморазрушительного поведения населения, большие перспективы открывает активизация сотрудничества Республиканского НПЦ психического здоровья Минздрава Беларуси и Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России.

Важно отметить, что Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (принята 15 апреля 2014 г., № 294) в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения. Такой показатель представляется вполне достижимым и в Беларуси.

Литература:

1. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // *World Psychiatry*. – 2002. – Vol. 1, № 3. – P. 181-185.
2. The World Health Report 2004. Changing history. – Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Игумнов С.А., Григорьева Н.К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь // II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные вопросы социально-психологического здоровья», 3-6 ноября 2003 г., г. Минск. Матер. конгресс. – Минск: Социальный проект, 2003. – С. 59-60.
4. Игумнов С.А., Гелда А.П. Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи в современном мегаполисе (на примере г. Минска) // *Суицидология*. – 2010. – № 1. – С. 18-19.
5. Старцев А.И., Короткевич Т.В., Рынков П.В., Кабанов В.А., Голубева Т.С. Итоги работы психиатрической службы Республики Беларусь в 2013 г. // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2014. – № 3 (17). – С. 154-161.
6. Государственный доклад «О санитарно - эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2013 году»: <http://www.rcheph.by/news/gosudarstvennyy->

References:

1. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // *World Psychiatry*. – 2002. – Vol. 1, № 3. – P. 181-185.
2. The World Health Report 2004. Changing history. – Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Igumnov S.A., Grigor'eva N.K. Suicidal'noe povedenie vzroslogo i pod-rostko-vogo naselenija v Rossijskoj Federacii i Respublike Belarus' // II Mezhdunarodnyj kong-ress «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye voprosy social'no-psihologicheskogo zdo-rov'ja», 3-6 nojabrja 2003 g., g. Minsk. Mater, kongress. – Minsk: Social'nyj proekt, 2003. – S. 59-60. (In Russ)
4. Igumnov S.A., Gelda A.P. Social'no-psihologicheskie mehanizmy suicidal'nogo povedeni-ja podrostkov i molodezhi v sovremennom megapolise (na primere g. Minska) // *Suicidology*. – 2010. – № 1. – P. 18-19. (In Russ)
5. Starcev A.I., Korotkevich T.V., Rynkov P.V., Kabanov V.A., Golubeva T.S. Itogi raboty psihiatricheskoj sluzhby Respubliki Belarus' v 2013 g. // *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija*. – 2014. – № 3 (17). – S. 154-161. (In Russ)
6. Gosudarstvennyj doklad «O sanitarno - jepidemiologicheskoy obstanovke v Respublike Belarus' v 2013 godu»: <http://www.rcheph.by/news/gosudarstvennyy->

- doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2013-godu.html?sphrase_id=40531
7. Резолюция Республиканского совещания «Итоги работы психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб Республики Беларусь за 2014 год и задачи на 2015 год» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – № 2 (20). – С. 149-160.
8. Бородин С. В., Михлин А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 20-32.
9. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С. Положего. – М.: ООО Издательство «МИА», 2016. – 212 с.
10. Гелда Т.С. Распространенность самоубийств в Республике Беларусь в 1990-2004 г.: региональные различия // Медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 47-52.
11. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
12. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1980.
13. Амбрумова А.Г., Полеев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон Доверия в системе социально-психологической службы // Методические рекомендации. – М., 1988.
14. Хэмбли Г. Телефонная помощь. – Одесса, 1992.
15. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М., 2002.
16. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: "Когито-Центр", 2005. – 376 с.
17. Амбрумова А.Г., Полеев А. М. Неотложная психотерапевтическая помощь суицидологической практике / Методические рекомендации. – М., 1986.
18. Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 24 с.
19. Пермякова И.А. Клинические проявления психических нарушений и их психотерапевтическая коррекция у лиц, впервые совершивших суицидальную попытку: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 1996. – 24 с.
20. Цупрун В.Е. Терапия больных шизофренией с суицидальным поведением (возрастной аспект) // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. – М., 1989. – С. 102-107.
21. Лукас К., Сейден Г.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. – М., 2000.
- doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2013-godu.html?sphrase_id=40531 (In Russ)
7. Rezolucija Respublikanskogo soveshhanija «Itogi raboty psihiatricheskoj, narkologicheskoj i psihoterapevticheskoj sluzhby Respubliki Belarus' za 2014 god i zadachi na 2015 god» // Psihiatrina, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2015. – № 2 (20). – S. 149-160. (In Russ)
8. Borodin S. V., Mihlin A.S. Samoubijstva za rubezhom // Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii. – M., 1983. – S. 20-32. (In Russ)
9. Suicidy v Rossii i Evrope / Pod red. B.S. Polozhego. – M.: ООО Izdatel'stvo «MIA», 2016. – 212 s. (In Russ)
10. Gelda T.S. Rasprostranennost' samoubijstv v Respublike Belarus' v 1990-2004 g.: regionalnye razlichija // Medicinskij zhurnal. – 2009. – № 3. – S. 47-52. (In Russ)
11. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktualnye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)
12. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija // Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. (In Russ)
13. Ambrumova A.G., Poleev A. M. Telefonnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' – Telefon Doverija v sisteme social'no psihologicheskoy sluzhby / Metodicheskie rekomendacii. – M., 1988. (In Russ)
14. Hembli G. Telefonnaja pomoshh'. – Odessa, 1992. (In Russ)
15. Menovshhikov V.Ju. Psihologicheskoe konsul'tirovanie: rabota s krizisnymi i problemnymi situacijami. – M., 2002. (In Russ)
16. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. – M.: "Kogi-to-Centr", 2005. – 376 s. (In Russ)
17. Ambrumova A.G., Poleev A.M. Neotlozhnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' v suicidologicheskoy praktike / Metodicheskie rekomendacii. – M., 1986. (In Russ)
18. Poleev A.M. Neotlozhnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' v sisteme kompleksnoj prevencii samoubijstv: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 1989. – 24 s. (In Russ)
19. Permjakova I.A. Klinicheskie projavlenija psihicheskikh narushenij i ih psihoterapevticheskaja korrekcija u lic, vpervye sovershivshih suici-dal'nuju popytku: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk: 14.00.18 / NII PZ TNC SO RAMN. – Tomsk, 1996. – 24 s. (In Russ)
20. Cuprun V.E. Terapija bol'nyh shizofreniej s suicidal'nym povedeniem (vozzrastnoj aspekt) // Sravnitel'no-vozzrastnye issledovanija v suicidologii. Sbornik nauchnyh trudov. – M., 1989. – S. 102-107. (In Russ)
21. Lukas K., Sejden G.M. Molchalivoe gore. Zhizn' v teni samoubijstva. – M., 2000. (In Russ)

22. Старшенбаум Г.В. Программа реадaptации лиц с суицидоопасными реакциями // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 132-134.
23. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. – М., 1987.
24. Старшенбаум Г.В. Возрастные аспекты кризисной психотерапии // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 120-124.
25. Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 24 с.
26. Farberow N.L. The many faces of suicide. – N.-Y., 1980.
27. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
28. Suicide. An unnecessary death / Ed. D. Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
29. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств: пер. с англ. / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
30. Evidence-based practice in suicidology; a source book / M. Pompili, R. Tatarelli, Eds. – Cambridge: Hogrefe Publishing, 2011. – 371 p.
31. Mental Health Policy and Practice / M. Knapp, D. Mc Daid, E. Mossialos, G. Thornicroft, Eds. – N.-Y.: Open University Press, 2007. – 441 p.
32. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб: Речь, 2005. – 436 с.
22. Starshenbaum G.V. Programma readaptacii lic s suicidoopasnymi reakcijami // Reabilitacija bol'nyh nervno-psihicheskimi zabojevanijami i alkogolizmom. – L., 1986. – S. 132-134. (In Russ)
23. Starshenbaum G.V. Formy i metody krizisnoj psihoterapii. Metodicheskie rekomendacii. – M., 1987. (In Russ)
24. Starshenbaum G.V. Vozrastnye aspekty krizisnoj psihoterapii // Sravnitel'no-vozzrastnye issledovanija v suicidologii. – M., 1989. – S. 120-124. (In Russ)
25. Starshenbaum G.V. Psihoterapija lic s suicidoopasnymi krizisnymi sostojanijami: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 1991. – 24 s. (In Russ)
26. Farberow N.L. The many faces of suicide. – N.-Y., 1980.
27. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
28. Suicide. An unnecessary death / Ed. D. Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
29. Na prasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv: per. s angl. / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – 310 s. (In Russ)
30. Evidence-based practice in suicidology; a source book / M. Pompili, R. Tatarelli, Eds. – Cambridge: Hogrefe Publishing, 2011. – 371 p.
31. Mental Health Policy and Practice / M. Knapp, D. Mc Daid, E. Mossialos, G. Thornicroft, Eds. – N.-Y.: Open University Press, 2007. – 441 p.
32. Egorov A.Ju., Igumnov S.A. Rasstrojstva povedeniya u podrostkov: kliniko-psihologicheskie aspekty. – SPb: Rech', 2005. – 436 s. (In Russ)

THE SYSTEM OF PREVENTION OF SUICIDE BEHAVIOR: EXPERIENCE OF BELARUS

S.A. Igumnov^{1,2}, A.P. Feldman³, S.I. Shipchik⁴

¹V.Serbssky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

²Belarusian State University, Minsk, Belarus

³Institute for Postgraduate Education, State Committee of Forensic Expertise, Minsk, Belarus

⁴Republican Research and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

During the period of 1990-2013 Republic of Belarus was the country with high level of suicides - more than 20 cases per 100,000 population. The peak of the suicide rates in general population has been registered in 1996, when 3632 suicides have been committed in Belarus and the suicide rate was 35.8 cases per 100,000 population. The peak of the suicide rates in urban population has been registered in 1996, when the suicide rate accounted for 29.1 cases per 100,000 urban population. The peak of the suicide rates in rural population has been registered in 2003, when the suicide rate was 57.4 cases per 100,000 rural population. During the period 1995 – 2005 the suicide rates in general population have not reached the numbers lower than 30 cases per 100,000 population.

The marked and persistent tendency of suicide rates reducing has occurred in 2004. The suicide rates have fallen below 30 in 2006 and accounted for 29 cases per 100,000 population. This tendency has become remarkably clear in 2009 following the implementation of the Comprehensive Plan for Suicidal Behavior Prevention in the Republic of Belarus. During the next three years, from 2009 to 2012, the suicide rates have decreased by 7.8 cases per 100,000 population (from 28.3 (abs. fig.: 2735 cases) to 20.5 cases per 100 000 (abs. fig.: 1944 cases)). Thus in 2014 it was the first time in the history of Belarus as an independent state that the official suicide rates in general population have become less than 20 cases per 100,000 population – 18.3 (in 2013 – 20.1).

Keywords: level of suicides, population, prevention.