



**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ПСИХОЛОГОВ
СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**

***УГРОЗА СУИЦИДА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ.
ДИАГНОСТИКА. АНТИСУИЦИДАЛЬНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
РЕЗИДЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ
Методическое пособие для психологов,
социальных работников, медицинского персонала***

Уважаемые коллеги!

Данное методическое пособие появилось в результате научно-практической интернет-конференции психологов секции стационарных учреждений социального обслуживания общего типа 06.03.2011 - 09.03.2011 и является актуальным для работы психологов, медицинских психологов, социальных работников, врачей, администраторов различного уровня и других специалистов с лицами пожилого возраста, проживающими в стационарных учреждениях социального обслуживания. Мы постарались обобщить накопленный профессиональный опыт психологов сферы социальной защиты населения по проблемам пожилых людей, проживающих в стационарных условиях, вопросам угрозы суицида в позднем возрасте, диагностики суицидального риска у пожилых людей, профилактики суицидального риска в пожилом возрасте

Мы надеемся, что данный методический сборник на такую деликатную тему как суицид в позднем возрасте окажет практическую пользу всем специалистам, работающим в учреждениях социального обслуживания.

С уважением,

Оксана Васильевна Архипова

СОДЕРЖАНИЕ

Цыплакова Л.Б., Архипова О.В.

Психологические проблемы пожилых резидентов
в условиях стационарного проживания и пути их решения.....2

Лаврова Н.Г., Паначева О.В., Тимашева Е.И., Денисова Н.Б.

Профилактика суицидального поведения в пожилом возрасте.
Диагностика суицидального риска.....13

Шестопалов Н.П., Акименко М.Ю., Гришина Е.Г.

Профилактика суицида в краткосрочной медико-социальной
реабилитации лиц пожилого и старческого возраста.....23

Архипова О.В., Гунина Ю.Г.

Суицид. Антисуицидальная интервенция резидентов в стационарных
условиях. Стратегия поведения медицинского персонала
в кризисной ситуации.....33

ПРИЛОЖЕНИЯ.....43

Психологические проблемы пожилых резидентов в условиях стационарного проживания и пути их решения

Цыплакова Людмила Борисовна

Архипова Оксана Васильевна

Пансионат для ветеранов труда № 31 (ГБУ ДСЗН г. Москвы)

Практически во всех культурах старость – это период, когда человека одолевают многочисленные нужды: приходится приспосабливаться к тому, что убывает физическая сила и ухудшается здоровье, уединенному образу жизни и более скромному материальному положению, смерти супруга и близких друзей, а также установлению отношений с людьми своего возраста [9]. Как следствие, пожилой человек, состояние которого отягощено несколькими заболеваниями (в среднем около 5-ти хронических заболеваний), инвалидностью, может рассчитывать лишь на государственную помощь и поддержку. Это определило актуальность создания и развития в стране специальных учреждений – домов-интернатов, предназначенных для жизни в них пожилых и нетрудоспособных людей, которые входят в единую государственную систему социальной защиты населения Москвы.

Основными причинами поступления пожилых людей в пансионат являются: состояние здоровья, конфликтная ситуация в семье, желание сохранить независимость.

Все исследователи отмечают, что при поступлении на проживание в учреждение социального обслуживания пожилой человек оказывается в психологически тяжелом положении. Во-первых, факт *институционализации* (переход пожилого человека на постоянное жительство в какой-либо стационар, например, в пансионат, и дальнейшее его там проживание) изменяет привычную жизнедеятельность пожилого человека, что является критическим моментом в его жизни. «Непредвиденные ситуации, новые люди, непривычная обстановка, неясность социального статуса – эти жизненные обстоятельства

заставляют пожилого человека не только приспосабливаться к внешнему окружению, но реагировать на изменения, происходящие в нем» [6, с. 250]. Все эти процессы происходят болезненно и тяжело. Некоторые зарубежные авторы считают, что, если после какого-то события в жизни наступают изменения, это может рассматриваться как утрата прежнего состояния, что подразумевает переживание горя, что само по себе является серьезнейшей проблемой в пожилом возрасте [8].

В-вторых, увеличение продолжительности жизни населения повлекло за собой увеличение количества старых людей и долгожителей, среди которых соответственно отмечается рост отклонений различного типа, что накладывает определенную специфику на работу психолога.

Негативное воздействие на психоэмоциональную сферу пожилого человека, поступающего на проживание в стационарное учреждение, оказывает дефицит догоспитальной информации; отсутствие психологической готовности пожилого человека к смене жизненного стереотипа. Переезд или помещение пожилого человека в дом-интернат рассматривается не только обществом, но и им самим как последний этап жизни, рассчитанный на «доживание», потому что он попадает в систему, высоко регламентированной жизни, начинает зависеть от других [7]. Факт институционализации сам по себе уже обесценивает взгляды пожилых людей. Недостаток возможностей для выражения индивидуального выбора или личной ответственности в своей жизни ведет к тому, что проживающие в домах-интернатах пожилые люди становятся инертными и беспомощными, их навыки и умения атрофируются [4].

Негативную роль играет явление госпитализма, являющегося следствием общежития, казенного окружения и унифицированного обеспечения, для которого характерны регламентированность деятельности учреждений, монотонный образ жизни, отсутствие уюта, ограниченность связей с внешним миром, бедность впечатлений, скученность, недостаток личного пространства, скудность выбора занятий

пожилых людей, зависимость от персонала, гиперопека и зависимость от окружающих, ситуационное устранение резидентов¹ от решения жизненно важных проблем. В результате этих негативных воздействий у пожилых людей появляются невротические состояния, депрессивная пассивность перемежается взрывными аффективными проявлениями [1]. Приюты сильно ограничивают число степеней свободы личности, не стимулируют ее социальной активности, не порождают чувства своей нужности.

В пожилом и старческом возрасте возникает множество причин для переживания чувства одиночества. «В смерть каждому приходится уходить одному», – писал С. Михоэлс. Может быть, боязнь смерти отражает представление о ней как о полном, бесповоротном и окончательном одиночестве [10]. Проводимые исследования одиноко живущих пожилых и старых людей, требующих стационарной медико-социальной помощи, выявили, что чувство одиночества часто испытывают более трети респондентов, причем с возрастом доля таких людей растет [3].

Пожилой возраст является последним кризисом жизненного цикла, во время которого человек сталкивается со множеством потерь и с необходимостью постоянно приспосабливаться к ним при слабости адаптивных механизмов личности. Поэтому пожилые люди очень часто реагируют на утраты депрессивными состояниями. Традиционно считается, что в основе депрессии лежат личностные конституциональные факторы, а факторами возникновения или усугубления состояния – негативные жизненные события, для пожилого человека это, например, переезд на проживание в пансионат. Число негативных жизненных событий (хронических социальных стрессоров) со временем накапливается. Жизнь пожилого человека полна утрат. Наиболее

¹ При поступлении на проживание в стационарное учреждение социального обслуживания пожилой человек получает новый статус – «проживающий» или «обеспечиваемый». Однако в последнее время в научной литературе таких называют «резидентами» (калька с английского языка от слова *resident* – «проживающий»). В данной работе мы будем пользоваться именно этим понятием.

существенным стрессорным фактором является ухудшение физического здоровья. Физическое недомогание в пожилом возрасте приводит к пессимистической оценке будущего, нарушение сенсорных функций (ухудшение зрения, слуха) снижает коммуникативные возможности, усугубляет изоляцию; утрата способности самообслуживания делает клиента зависимым. В целом, чем тяжелее инвалидизация пожилого человека, тем более вероятно появление у него депрессивных симптомов [11].

Депрессии у пожилых характеризуются фатальностью, беспомощностью и безнадежностью. Сниженная самооценка способствует возникновению отвращения к себе, окружающим и жизни в целом. Беспомощность выражается в неспособности контролировать значимые события или как-либо влиять на них. С возрастом она усугубляется утратой работы, здоровья или семьи. Употребление алкоголя существенно усугубляет депрессию. Ее классические признаки – преобладание меланхолического настроения с колебаниями в течение дня – у пожилых встречаются реже. Депрессия часто скрывается за нарушениями сна, утратой жизненной энергии или отсутствием аппетита.

Тревога часто сопровождает депрессию позднего возраста. Симптомы депрессии и тревоги могут перекрываться. Иногда состояние характеризуется тревогой в сочетании с тоской. В этих случаях особенно высок риск суицида, связанного с идеями самообвинения, чувством безысходности, безнадежности и одиночества. Осознание собственной несостоятельности, невозможность приспособиться к меняющимся условиям жизни, семейно-бытовые конфликты толкают пожилого человека к самоубийству. Особенно часто суицидальные мысли наблюдаются у людей пожилого возраста при сочетании депрессии с тяжелым хроническим соматическим заболеванием [12].

Депрессия негативно влияет на здоровье пожилого человека, даже если протекает в мягкой форме. Это самый важный предиктор суицидов

среди пожилых. Депрессия утяжеляет течение соматических заболеваний. Показано, что она является фактором риска госпитализаций и независимым предиктором смертности. Стойко сниженное настроение, пессимизм, сосредоточение на болезненном самочувствии приводят к ипохондрическому самонаблюдению с тенденцией к самоощажению, минимизации нагрузок. Изменение жизненной позиции влечет отказ от какой-либо деятельности, сокращение круга общения. Депрессия нарушает коммуникативные возможности пожилых и старых людей, негативно влияет на течение соматического заболевания, оценку собственного здоровья и качества жизни.

Нередко, при поздней депрессии на первый план выступают жалобы на плохую память, дезориентацию, трудности концентрации внимания. Однако, эти мнестико-интеллектуальные нарушения не являются признаком деменции, носят обратимый характер. Отдифференцировать депрессию с явлениями псевдодеменции от истинной деменции можно на основе признаков представленных в таблице 1 (L.J. Cohen, 1999):

Таблица 1

Параметры психического состояния	Депрессия	Деменция
Аффект	<ul style="list-style-type: none"> • Депрессивный • Углубляющийся • Выраженный субъективный дистресс 	<ul style="list-style-type: none"> • Сраздражительностью и вспышками грубости • Лабильный, утрачивающий нюансировку • Отсутствие субъективной озабоченности своим состоянием
Начало	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрое • Может быть точно датировано • Депрессии и другие психические расстройства в анамнезе 	<ul style="list-style-type: none"> • Постепенное • Временная оценка не определена • Расстройство манифестирует впервые
Течение	<ul style="list-style-type: none"> • Непродолжительное существование симптоматики до обращения за медицинской помощью 	<ul style="list-style-type: none"> • Длительное течение до момента обращения за медицинской помощью • Медленное развитие

	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрое нарастание симптоматики после дебюта 	симптоматики по мере течения
Поведение	<ul style="list-style-type: none"> • С преобладанием безучастности, неспособности к реагированию • Пассивность – любое действие требует усилий • Попытки возместить несостоятельность отсутствуют • Устойчивая и часто полная утрата социальных контактов • Поведение не соответствует тяжелой когнитивной дисфункции • Усиление дисфункции в вечерние и ночные часы не характерно 	<ul style="list-style-type: none"> • С преобладанием отвлекаемости, озабоченности • Суетливость – «борьба» за выполнение действия • Стремление возместить несостоятельность памяти заметками • Социальные контакты относительно сохранены • Поведение сопоставимо с тяжестью когнитивной дисфункции • Дисфункция часто усиливается в вечерние и ночные часы
Жалобы	<ul style="list-style-type: none"> • Множественные жалобы на когнитивные расстройства 	<ul style="list-style-type: none"> • Отдельные жалобы или отсутствие жалоб на когнитивные расстройства

Кризис пожилого возраста аналогичен подростковому, так как и в том и другом случае идет процесс осмысления своей жизни и своей «самости» [2]. Однако кризис пожилого возраста протекает более эмоционально и часто заканчивается трагически. Основными факторами риска самоубийств в пожилом возрасте являются: возраст и пол; социальная изоляция; семейное положение, переживание горя в настоящем, поддержка значимых людей; предшествующие попытки суицида; состояние физического и психического здоровья; наличие окружения с аналогичными факторами риска, например, в стационарных учреждениях социального обслуживания [8].

В этом состоянии суицид является отчаянной попыткой, реакцией на психическую боль, безнадежность и невыносимые условия существования. Это доказывает анализ посмертных записок пожилых, в которых как преобладающий мотив самоубийства подчеркиваются безнадежность и «психическое истощение». Те, кто кончает с собой в этом возрасте, устали от жизни и оставшиеся силы тратят на то, чтобы, пусть и

в смерти, остаться хозяевами собственной жизни. По этой причине парасуициды у пожилых встречаются редко, а методы самоубийств отличаются «запасом надежности» и повышенной жестокостью [8].

Важной проблемой также является то, что многие работники домов-интернатов подвержены тенденции негативно стереотипизировать пожилых людей, например, они уверены, что последним уже нечего ждать от жизни [7]. Персонал озабочен не соблюдением прав проживающих, не их психологическими проблемами, а обеспечением своих клиентов питанием, сносными условиями проживания, необходимым минимумом медицинского обслуживания. Поэтому часто пожилые люди лишены возможности удовлетворять свои социальные и духовные потребности.

Длительное проживание в однообразных условиях дома-интерната сказывается на личности пожилых людей, которые становятся малоинициативными, апатичными, безразличными; у них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, подчеркивающие ограничение их интересов и желаний. В состоянии апатии у проживающих наблюдаются признаки агрессии, злости, чувства бесцельности существования, нерешительность, отрицание своих чувств, отсутствие воли, отказ от помощи, игнорирование собственных потребностей, безразличие. Это может усугубляться нежелательным окружением и психологической несовместимостью с ближайшими соседями.

Во многих стационарных учреждениях отсутствует такой важный фактор продолжения социально-психологического развития старых людей, как интенсивное общение между разными поколениями; старые люди изолированы от постоянно обновляющегося потока общественной жизни. Они ощущают себя ненужными, их самооценка резко снижается. Обесценивание – одно из главных препятствий для актуализации и совершенствования резервных возможностей стареющего человека.

Итак, мы видим, что необходима комплексная поддержка пожилых резидентов стационарных учреждений социального обслуживания, которая

должна включать социальную поддержку, психологическое консультирование, психотерапию и обучение пожилых людей.

Социальная поддержка дает возможность пожилым людям ощущать себя компетентными людьми, позволяя учитывать их потребность в «контроле самоопределения» и обеспечивать улучшение условий их жизни. Социальная поддержка имеет разнообразные виды: эмоциональная поддержка, материальная помощь, информационное содействие, помощь, оказываемая другими [6].

Психологическое консультирование осуществляется в отношении здоровых, культурно-продуктивных, способных к личностному росту пожилых людей и в настоящее время включает возрастное психологическое, семейное психологическое, профориентационное психологическое и индивидуальное психологическое консультирование пожилых людей [5].

Использование психотерапевтических методов в геронтопсихологической практике связано с отходом в последнее время от дефицитарной модели старения. Наиболее востребованными и эффективными в работе с пожилыми людьми в настоящее время является психотерапия средой (Б.Д. Карвасарский, 1998, 2000), тренинг когнитивных умений (Э.Д. Смит, 1995; S.H. Zarit, J.M. Zarit, 1998), бихевиоральная психотерапия (P.M. Lewinsohn, 1975; H.S. Lindell, 1964), когнитивно-бихевиоральная (A.T. Beck et al, 1979; A.M. Zeiss, A. Steffen, 1996) и интерперсональная психотерапия (G.L. Klerman, 1984; M.D. Miller, A.I. Zilberman, 1996). Как доказывает практический опыт, наиболее эффективным является метод суггестии, позволяющий нормализовать эмоциональный статус пожилых людей, направить их на внутреннюю работу по интеграции жизненного опыта и обретению новых смысло-жизненных ориентаций [5].

Процесс обучения пожилых людей в стационарных условиях направлен на поддержание уже имеющихся и освоение новых знаний,

умений и навыков в различных областях: психологии, медицины, компьютерной грамотности и пр. (P. Jazvis, 1983; L. Krappman, 1969; M.S. Knowles, 1973; A. Kruse, 1990); создание условий для сопротивления инволюционным процессам старения и противостояния стрессам позднего возраста (Б.Г. Ананьев, 1996; Л.И. Анцыферова 2006). Таким образом, в ходе обучения у пожилых людей вырабатывается новая позиция личности по отношению ко всему окружающему и к себе самому; человек получает возможность вступить в новые социальные связи с другими людьми и с обществом в целом; обрести новое активное отношение к миру через деятельность, имеющую социальный смысл, что является важнейшими условиями профилактики суицидального риска.

Подводя некоторые итоги, можно отметить, что создание в пансионатах для ветеранов войн и труда условий для реализации обучающих программ, направленных на получение резидентами знаний, умений, навыков конструктивного общения, повышение уровня физической и психической активности, решение собственных проблем, вовлечение их в общественно-полезную деятельность, внедрение межпоколенных программ и социально-культурных технологий организации досуговой активности, просветительская и образовательная работа с персоналом, волонтерская деятельность служат профилактике «госпитализма» в стационарном учреждении социального обслуживания, понижению уровня тревоги, депрессии, суицидального риска в позднем возрасте, положительно влияют на психоэмоциональное состояние ветеранов и качество их жизни.

Литература

1. *Авербух Е.С.* Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. - Л., 1976.
2. *Воронина О.А.* Внутриличностный конфликт и социально-психологическая работа с ним в условиях дома-интерната для престарелых

// Психология зрелости и старения: научно-практический журнал. - 1999. - № 2 (6). - С. 22-26.

3. *Гехт И.А.* Одинокая старость и одиночество в старости (медико-социальные аспекты) // Психология зрелости и старения: научно-практический журнал. – 2001. - № 3 (15). - С. 68-77.

4. *Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю.* Социально-психологическая адаптация лиц старших возрастов в домах-интернатах. Методические рекомендации. - М., ЦИЭТИН, 1985.

5. *Ермолаева М.В.* Практическая психология старости.- М.: «ЭКСМО», 2002. - 320 с.

6. *Краснова О.В., Лидерс А.Г.* Социальная психология старости. Уч. пособие. - М.: Академия, 2002. - 288 с.

7. *Краснова О.В.* Социальный контекст дома-интерната для пожилых людей // Психология зрелости и старения: научно-практический журнал. – 2006.- № 2 (34). - С.49-61.

8. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - СПб.: Речь, 2004. - 256 с.

9. *Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В.* Социальная геронтология: Учеб. пособие. - М.: Издат.-торговая корпорация «Дашков и К°», 2004. - 296 с.

10. *Швалб Ю.М., Данчева О.В.* Одиночество: социально-психологические проблемы. - Киев: Наукова Думка, 1991.- 270 с.

11. *Murphy E.* The social origins of depression in old age // British Journal of psychiatry. - 1982. - № 141. - P. 135-142.

12. *Phillipson C., Walker A.* The Care for a Critical Gerontology // Social Gerontology: New Directions / Ed. By S. di Gregorio. - Lond.etc.: Croom Helm, 1987. - P. 1-15.

Профилактика суицидального поведения в пожилом возрасте.

Диагностика суицидального риска

*Лаврова Нинель Глебовна, Паначева Ольга Викторовна,
Тимашева Екатерина Игоревна, Денисова Надежда Борисовна
Пансионат для ветеранов труда № 6 (ГБУ ДСЗН г. Москвы)*

Оценка суицидального риска среди граждан пожилого возраста

Россия в последние годы находится в мировых лидерах по количеству самоубийств. Всего с 1995 по 2003 год в России покончили с собой 500 тыс. человек.

По этому показателю (36 самоубийств в год на 100 тысяч населения) Россия занимает четвертое место в мире, а Казахстан — пятое место (30 самоубийств в год на 100 тысяч населения), и вдвое превосходит США, а по абсолютному числу самоубийств (почти 60 тысяч ежегодно) уступает лишь Китаю.

У пожилых людей отмечается более высокий уровень самоубийств, чем у молодых, и, как правило, с увеличением возраста среднежизненный риск суицида и желание умереть находятся в позитивной корреляции. Мысли о самоубийстве в старости имеют свои особенности. До сих пор существует тенденция рационализировать суицидальное мышление и поведение у пожилых и рассматривать их самоуничтожение как результат хорошо взвешенной оценки «за» и «против». На самом деле у пожилых, как и в любой другой возрастной группе, суицид является иррациональным выбором и реакцией на серьезный психологический кризис, связанный с психическими и соматическими расстройствами, неадекватными условиями жизни, одиночеством и чувством никчемности.

Несмотря на существенные национальные и культурные различия, частота самоубийств у пожилых обычно выше, хотя она различается от нации к нации. За пять лет с 1989 по 1993 год средний уровень

самоубийств у пожилых в Европе составил 29,3 на 100 000 населения. За это же время в США их частота находилась в пределах 19,7 на 100 000 населения (против 14,9 на 100 000 у взрослых в возрасте 25 — 44 лет).

Поэтому важным направлением профилактики суицидального поведения в пожилом возрасте является адекватная оценка и своевременное выявление групп суицидального риска.

Сложности в оценке распространенности суицидального поведения в позднем возрасте

В позднем возрасте феномен самоубийства довольно часто недооценивают. В определенных случаях самоубийство не регистрируют, пока оно не доказано, и смерть относят к естественным причинам или несчастному случаю. Это обстоятельство особенно применимо к неясным дорожным происшествиям или домашним смертям, при которых скорее поверят тому, что пожилого человека унесла внезапная непредсказуемая болезнь, чем тому, что он покончил с собой. Другая вводящая в заблуждение форма суицидов представлена смертью, вызванной косвенными методами; ее распространенным примером у стариков является «суицидальная эрозия». Подобное поведение состоит в отказе от еды (ведущего к медленной, но явной голодной смерти), поддерживающего жизнь лечения (например, инсулиновой терапии) или постоянном употреблении алкоголя и психотропных препаратов. В последние годы во многих странах свой вклад в высокий уровень самоубийств могли вносить недостаточная культура обращения общества со стариками и дефицит социальных служб. Более того, существенное уменьшение «спонтанных» источников социальной поддержки (расширенной семьи, состоящей из трех поколений) могло спровоцировать недавнее разрушение семейных структур, которое не удалось заменить социальной помощью или навыками обращения с возрастными изменениями.

Не исключено, что в связи со старением человеческой популяции и существенным увеличением средней продолжительности жизни абсолютное число суицидов в позднем возрасте будет увеличиваться.

Факторы высокого суицидального риска в позднем возрасте

1. Психопатология

А) Депрессия

Психические заболевания представляют собой наиболее важный фактор суицидального риска в позднем возрасте. У более чем 75 % пожилых самоубийц на момент смерти был установлен тот или иной психиатрический диагноз. Большинство из них (50-87 %) страдали депрессией, особенно характерной для «очень старых». У пожилых лиц, злоупотребляющих алкоголем, высокий риск суицида возникает после присоединения депрессии. Они используют алкоголь в качестве неудачного способа адаптации к окружающей обстановке; иногда он является составной частью какого-либо суицидального метода, усиливая действие препаратов или снижая контроль поведения.

Б) Тревожные расстройства

Частота тревожных и личностных расстройств у пожилых суицидентов остается неясной. Пожилые люди с тревожными расстройствами подвержены повышенному суицидальному риску, особенно при тревожно-депрессивном синдроме. Частота расстройств личности в позднем возрасте была существенно ниже, чем у молодых людей.

В) Психозы и деменция

Небольшое количество пожилых самоубийц страдали шизофренией или парафренией. Частота этих расстройств (6-17 %) среди них заметно выше, чем в общей популяции лиц позднего возраста.

Деменцию очень трудно отыскать в перечне сопутствующей психопатологии при самоубийствах. Некоторые авторы предполагают, что

наличие спутанности сознания может объяснить некоторые неудачные суицидальные попытки у пожилых. Кроме того, на ранних стадиях деменции у пациентов могут возникать суицидальные мысли, но ухудшение когнитивного функционирования предотвращает реализацию суицидальных действий.

Г) Соматические заболевания

В момент самоубийства 65 % пожилых страдали хронической соматической патологией и 27 % — тяжелым хроническим длительным заболеванием. Поскольку эти состояния влияют на автономию и навязывают новый стиль жизни, они могут вызвать симптомы депрессии, беспомощности и безнадежности и обусловить недоверие к некоторым видам терапии, особенно у мужчин и «очень старых». Неверие в медицинскую помощь и нескончаемые страдания из-за соматической патологии часто обнаруживают у пожилых суицидентов. Тем не менее, устойчивое присутствие клинической депрессии или иной психической патологии (например, злоупотребления психоактивными веществами) предполагает, что одно соматическое заболевание без сопутствующей психопатологии не может привести к суициду. В этом смысле весьма важными являются следующие особенности: наличие определенных черт личности, обусловленных отчетливо фрустрированной потребностью в активности и независимости, история депрессии и враждебных чувств или замкнутый, пассивный характер. Важным аспектом риска суицида, связанным с соматическими заболеваниями, являются чувства и страхи пациента по поводу болезни даже при ее отсутствии.

Д) Терминальное заболевание и рак

Важность сопутствующих соматических и психических расстройств в происхождении суицидального поведения отчетливо демонстрируют случаи самоубийств у больных раком или обеспокоенных его возможностью. Они частично уменьшают силу представлений о том, что

суицид является «рациональным» выбором соматически больного старого человека.

2. Условия и события жизни

Среди самоубийц, особенно мужчин, чаще встречаются овдовевшие, одинокие и разведенные люди. Относительно низкую частоту самоубийств среди женатых можно связать не только с ресурсами близости, но и с возможностями отреагирования агрессии в браке.

Ближе к старости стрессовыми событиями жизни очень часто становятся тяжелые утраты. Смерть близких родственников и друзей является наиболее важным фактором, ускоряющим суицид. Более высокий суицидальный риск отмечается в случае смерти супруга, особенно внезапной. Большему риску подвержены мужчины. Кроме того, к факторам риска относятся амбивалентные семейные отношения, эмоциональная зависимость и недостаточность социальной поддержки у горюющих после утраты, вера в жизнь после смерти и, наконец, злоупотребление алкоголем. Особенно высоким суицидальный риск остается в течение первых шести месяцев после тяжелой утраты.

3. Биологические факторы

Исследования старения мозга свидетельствуют об изменениях синаптической проводимости и систем нейромедиации, таких как снижение содержания дофамина и норадреналина в различных зонах стареющего мозга и усиление активности моноаминоксидазы. Существуют большие расхождения во мнениях относительно изменений в серотонинергической системе у пожилых, поскольку в ряде работ установлена достоверная обратная корреляция между возрастом и уровнями серотонина в некоторых структурах мозга (мосте, гипоталамусе, черной субстанции и мозжечке), а другие исследования указывают даже на повышение уровня серотонина в продолговатом мозге. Можно предположить, что поскольку существует естественное, обусловленное возрастом снижение активности некоторых нейронов и нейромедиаторных

систем, оставшиеся функциональные нейроны одновременно компенсируют активность путем фоновой стимуляции. Ее успешность, видимо, является недостаточной. Таким образом, большая уязвимость пожилых в отношении депрессии и, в частности, суицидального поведения может зависеть от дефектного механизма компенсации, который ведет к появлению и хронизации психопатологического процесса.

Кроме того, высказывалась гипотеза, что ухудшение регуляции в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники и изменения суточного ритма, свойственные для позднего возраста, в свою очередь могут играть роль в возникновении суицидального поведения у пожилых.

Оценка суицидального риска в позднем возрасте

Оценка суицидального риска психологом стационарного учреждения социального обслуживания предполагает упорядоченный метод оценки суицидальной опасности, объединяющий и уравнивающий достоверный клинический материал из анамнеза резидента, данные относительно его заболевания и оценку психического состояния в настоящее время.

Оценивая степень суицидального риска в настоящий момент и в перспективе, необходимо анализировать информацию о человеке с учетом перечисленных выше факторов и индикаторов. Основой для оценки суицидального риска является интервью с клиентом и последующий анализ позиций данного интервью. Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись различными шкалами оценки угрозы суицида (см. приложения 1,2,3,4,5).

В работе (Молтсбергер, 2003) предлагается оценивать степень суицидального риска на основе пяти компонентов:

1) *Предшествующая попытка суицида.* Как показывают исследования, совершенная ранее попытка самоубийства является

мощным предиктором последующего ее завершения и доказательством намерений человека.

2) *Суицидальная угроза.* Давний миф о том, что «говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», как доказала практика, является не только ложным, но и опасным. Напротив, многие кончающие с собой люди говорят об этом, раскрывая свои будущие намерения. Иногда индикаторы суицида могут быть невербальными. Подготовка к самоубийству зависит от особенностей личности и внешних обстоятельств. Оно состоит в том, что называется «приведением дел в порядок». Для одного человека это означает оформление завещания или пересмотр ценных бумаг. Завершающие приготовления могут делаться достаточно быстро, после чего мгновенно следует суицид.

3) *Оценка реакций на стресс в прошлом.* Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви, работе или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей, детей или домашних животных, развод и другие душевные раны и утраты в анамнезе. Предполагается, что суицидент склонен преодолевать будущие трудности теми же путями, что и в прошлом. Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени коррелируют с отчаянием, чем с депрессией. Суициденты склонны преувеличивать размах и глубину проблем, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные трудности воспринимаются ими как неразрешимые проблемы.

Другая отличительная особенность суицидента заключается в том, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей («Если бы я умер, я бы не мучился сейчас этими проблемами»).

4) *Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам.* По мнению Шнейдмана, третьей чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая психическая (душевная) боль. Взрослые

суициденты с недостаточностью саморегуляции рискуют утратить контроль над своими эмоциями в отсутствие внешнего вмешательства.

Первым видом потенциально летальной боли является полное одиночество, второй вид психической боли – презрение к себе, смертоносная ярость является третьим видом опасной психической боли.

5) *Оценка внутренних и внешних ресурсов поддержки (средств решения проблем)*. К внутренним ресурсам относятся: инстинкт самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем.

Существует также три класса внешних ресурсов, помогающих суициденту в поддержке внутреннего баланса: значимые другие, работа и специфические аспекты Я.

6) *Оценка фантазий о смерти*. Предполагается, что когда суицидент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше.

7) *Оценка способности суицидента к проверке своих суждений реальностью*. Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью завершает оценку суицидальной опасности.

Таким образом, важными направлениями в деятельности психолога стационарного учреждения являются профессионально и своевременно проведенная психодиагностика и обследование личности на предмет выявления повышенного суицидального риска с помощью надежных и валидных методик с последующим обязательным включением резидента в план реабилитационных мероприятий с проведением планового социально-психологического патронажа.

Литература

1. Бек А., Раш. А, Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.
2. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. – Самара, 2000.
3. Ласый Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. – Минск, 2009.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Феникс, 2010.
5. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. - М.: Смысл, 2005.

Профилактика суицида в краткосрочной медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста

Шестопалов Николай Петрович, Акименко Михаил Юрьевич,

Гришина Екатерина Геннадьевна

*Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и
Вооруженных Сил ДСЗН г. Москвы (ГБУ ДСЗН г. Москвы)*

Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил (далее - Центр) является стационарным учреждением системы социальной защиты населения г. Москвы, предназначенным для проведения комплексной медико-социальной реабилитации. Курс реабилитации рассчитан на 27 дней. Работают отделение дневного пребывания и суточный стационар. В Центре обеспечивается социально-бытовое обслуживание отдыхающих, организация их досуга, предоставляется широкий спектр лечебно-оздоровительных услуг: консультации врачей-специалистов (терапевта, невролога, стоматолога, психотерапевта, диетврача и др.), функциональная диагностика, физио- и водолечение, занятия лечебной физкультурой, оказание психологической и психотерапевтической помощи, проводится поддерживающая медикаментозная терапия.

Основной контингент отдыхающих Центра – ветераны Великой Отечественной войны, участники боевых действий, ветераны военной службы. Это люди пожилого и старческого возраста, средний возраст которых составляет 81 год.

По данным литературы, именно на период после 60 лет приходится один из возрастных пиков суицидального риска [1,5]. Сам по себе поздний возраст выступает фактором суицидальной опасности. Действительно, пожилой и старческий возраст – это период, который часто переживается человеком как время потерь. Среди основных проблем, появляющихся с

возрастом, – ухудшение здоровья, малообеспеченность, бытовые ограничения и ограничения социальных контактов, изменение привычных социального и семейного статуса, широкий спектр возрастных изменений в психоэмоциональной сфере, уход из жизни близких людей и одиночество.

В этой связи профилактика суицида – одно из важных направлений медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста. Следующие компоненты организации медицинской, социальной, психологической помощи в Центре позволяют снизить риск суицида в условиях стационара:

- 1) ограничение на пребывание в СРЦ лиц с психическими заболеваниями, в т.ч. являющимися факторами суицидального риска,
- 2) минимизация ситуационных провоцирующих факторов суицидального поведения в период пребывания в Центре,
- 3) предоставление информации о психологической помощи в кризисной ситуации, повышение психологической компетентности пациентов,
- 4) выявление психоэмоциональных нарушений, суицидальных тенденций у лиц, находящихся на реабилитации,
- 5) оказание психологической и психотерапевтической помощи.

Рассмотрим более подробно каждый из этих компонентов профилактики суицида.

1. Ограничения на пребывание в СРЦ лиц с психическими заболеваниями, в т.ч. являющиеся факторами суицидального риска.

Специалистами Центра разработан перечень медицинских противопоказаний к пребыванию в СРЦ. Список противопоказаний приведен в медицинском заключении, которое пациент оформляет в поликлинике по месту жительства. Этот перечень ограничивает поступление в Центр лиц из групп высокого риска по суициду. К числу таких противопоказаний относятся: наличие психических заболеваний,

алкоголизма, наркомании. Не допускается пребывание в Центре лиц, нуждающихся в постороннем уходе, без сопровождения (родственника, социального работника, другого лица).

В день заезда при приеме пациентов в Центр присутствует психолог, психотерапевт, в задачи которых входит выявление пациентов, психическое состояние которых требует особого внимания со стороны персонала или является противопоказанием для пребывания в Центре.

Существуют другие факторы, снижающие риск возникновения суицида у лиц, поступающих на реабилитацию в Центр. Сама возможность пребывания в Центре рассматривается ветеранами как привилегия. Ожидание очереди на получение путевки, прохождение медицинской комиссии, нередко предпринимаемые ветеранами активные действия по получению путевки в ветеранских организациях свидетельствуют о наличии у большинства пациентов мотивации к реабилитации, стремления к поддержанию своего здоровья, и, соответственно, низкой вероятности аутоагрессивного поведения.

2. Минимизация ситуационных провоцирующих факторов суицидального поведения в период пребывания в Центре.

Переезд на новое место проживания, даже на небольшой срок, для пожилого человека является стрессовой ситуацией. Необходимость адаптации к новой обстановке, длительное пребывание в одиночестве в номере, оторванность от привычного окружения (друзей, родственников) для человека, находящегося в кризисной ситуации, может явиться фактором суицидального риска.

Для таких пациентов в Центре разработана и действует программа сопровождения одиноко проживающих ветеранов. Ее осуществляет специалист по социальной реабилитации. Такая программа включает социальное обследование: исследуются особенности социальных контактов пациента в Центре и дома, возможности самообслуживания, самостоятельность в быту, адаптированность к условиям пребывания в

Центре, мотивация к реабилитации, признаки ситуации психологического кризиса, симптомы психоэмоциональных нарушений. На основе результатов социального обследования вносятся коррективы в индивидуальную программу реабилитации, оказывается помощь в адаптации пациента к новым условиям, поддерживаются и расширяются его социальные контакты.

Условия пребывания в Центре таковы, что позволяют говорить о факторе терапии средой. Комфортабельное размещение в одно- и двухместных номерах, качественное питание с системой заказного меню, бытовое обслуживание, разнообразная культурно-массовая программа, индивидуальная программа медицинской реабилитации с использованием современных аппаратных методов лечения, неизменно предупредительное, вежливое, уважительное отношение персонала создают у пожилого человека чувство собственной значимости, повышают его самооценку. Поступление на реабилитацию в Центр воспринимается подавляющим числом отдыхающих как позитивное событие, нередко решающее бытовые проблемы ветерана, способствующее выходу из кризисной ситуации (в том числе после смерти близкого человека), позволяющее расширить круг общения, разнообразить досуг, получить медицинскую помощь.

Вклад в профилактику суицидов вносит и соблюдение правил отпуска медикаментов: дежурный медицинский персонал следит за своевременным и правильным приемом медикаментов в назначенных дозировках, не допускается накопления медикаментов у пациентов, ведется строгий учет препаратов и их хранение в недоступных для пациентов местах.

3. Предоставление информации о психологической помощи, повышение психологической компетентности пациентов.

Одним из факторов, снижающих риск суицида, является информированность человека, находящегося в кризисной ситуации, о возможностях получения психологической помощи. Пациентам

предоставляется информация об оказании психологической, психотерапевтической помощи в Центре, телефонах доверия, работе Московской службы психологической помощи, способах преодоления кризисных ситуаций, особое внимание уделяется переживанию горя. Необходимая информация размещена на стендах в помещениях Центра, предоставляется в рамках образовательной программы «Час врача». Создана «Библиотека психолога», где в общем доступе находятся брошюры, распечатки статей, посвященные психологии старения, сохранению психического здоровья, возможностям психологической помощи, путях преодоления кризисных ситуаций.

4. Выявление психоэмоциональных нарушений, суицидальных тенденций у лиц, находящихся на реабилитации.

Одним из факторов, уменьшающих риск суицида у лиц, находящихся на стационарном лечении, является своевременное выявление симптомов психоэмоциональных нарушений при первичном медицинском осмотре и обеспечение пациенту необходимой психологической и/или психотерапевтической помощи [2]. Врач-терапевт проводит такой медицинский осмотр и определяет основные направления реабилитации, необходимость консультации других специалистов. Наличие признаков психоэмоциональных нарушений, наблюдаемые или выявляемые на основе жалоб пациента, данные о психотравмирующей ситуации в недавнем прошлом, желание пациента получить психологическую (психотерапевтическую) помощь являются основанием для назначения консультации психолога или психотерапевта.

При первичном приеме пациента психологом проводится диагностическое экспресс-обследование, которое направлено на выявление жалоб, симптомов эмоциональных, личностных, когнитивных нарушений, определение актуального эмоционального состояния, мотивации к реабилитации, запроса на психологическую помощь, психотравмирующих обстоятельств, личностных особенностей, социального, семейного статуса.

При проведении такого обследования особое внимание уделяется отслеживанию факторов суицидального риска. Основные методы диагностики – клиническое интервью, наблюдение, стандартизированные скрининговые тесты. Ниже приведены основные этапы первичного экспресс-обследования, в ходе которого возможно выявление факторов суицидального риска (отмеченные звездочкой пункты являются факторами высокого риска по суициду и требуют вмешательства психотерапевта).

Этапы диагностического обследования (соответствуют пунктам в бланке заключения)	Выявляемые признаки суицидального риска
Анализ жалоб пациента	-симптомы депрессии* -высказываемые пациентом суицидальные мысли* -симптомы психических заболеваний*
Выявление психотравмирующих обстоятельств	-смерть близкого человека (супруга, детей, внуков) менее года назад. -тяжелое соматическое заболевание с меланхолическим, тревожно-фобическим, сензитивным типом отношения к болезни
Оценка особенностей поведения в ситуации обследования, мотивации к реабилитации	-высказываемые пациентом суицидальные мысли, намерения, планы* -пассивное отношение к имеющимся проблемам, неверие в возможности разрешения кризисной ситуации, «туннельное видение», обесценивание психологической помощи* -импульсивность, эксплозивность, демонстративность* -симптомы психических заболеваний*
Оценка эмоционального состояния	-клинически и субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии*
Оценка личностных особенностей,	-разрешающие установки к суицидальному

анализ биографических данных	поведению* -попытки суицида в прошлом* -суицид в прошлом у родственника, друга -отсутствие планов на будущее. -заниженная самооценка (чувство малозначимости, ненужности, беспомощности).
Определение социального, семейного статуса	-одинокпроживающий -отсутствие близких родственников, фактическая изоляция от родственников (проживание в другом городе, в другой стране), одиночество -трудности самообслуживания -трудно разрешимые материальные проблемы, -судебное преследование

Важным компонентом профилактики суицида является психологическая компетентность всего персонала в отношении признаков и факторов суицидального риска. Проводится инструктаж врачебного и среднего медицинского персонала, психологом Центра составлена памятка для персонала, в которой описаны группы риска, индикаторы суицидального риска и стратегия интервенции при угрозе суицида [1,4,5].

Памятка для персонала по предотвращению суицида

Группы суицидального риска

(уделять особое внимание при выявлении индикаторов суицидального риска!):

- Одинок проживающие,
- Находящиеся в состоянии депрессии,
- имеющие зависимость от алкоголя, психоактивных веществ,
- переживающие горе, утрату (смерть супруга, детей, особенно в течение первого года после потери).

- находящиеся в вынужденной социальной изоляции от семьи, друзей
- имеющие тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание в т.ч. с ограничениями в быту, самообслуживания, общения, болевым синдромом,
- имеющие предыдущую (незаконченную) попытку суицида или суицид в семье,
- участвующие в судебном процессе, находящиеся под судом (или риск судебного преследования);
- лишенные имущества, средств к существованию

Индикаторы суицидального риска

- сообщения о суицидальных мыслях, намерениях, конкретных планах,
- высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни,
- депрессивное настроение (негативная оценка себя, будущего, окружающего мира, жизни в целом),
- сообщения, свидетельствующие о разрешающих установках к суицидальному поведению,
- злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами,
- самоизоляция от других людей,
- эскейп-реакции (уход из дома и т.п.),
- снижение повседневной активности;
- уменьшение внимания к своей внешности, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за собой;
- отказ от лечения, приема лекарств, еды,
- накапливание медикаментов, передозировка которых опасна для жизни
- предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью, самоубийством,

- частое прослушивание траурной, печальной музыки;
- «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам, раздаривание личных вещей).

Поведение персонала при угрозе суицида

- Сохраняйте спокойствие
- Постарайтесь установить доверительный, эмпатический контакт с пациентом
- Задайте вопросы о самоубийстве, переживаниях пациента, причинах принятия такого решения
- Не давайте оценок поведению пациента, не осуждайте его, не старайтесь переубедить
- Не угрожайте репрессивными мерами, госпитализацией в психиатрическую больницу и т.п.
- Выслушайте пациента, проявите сочувствие и понимание, дайте пациенту выговориться
- Не оставляйте пациента одного
- Постарайтесь заключить с пациентом «контракт» об отсрочке суицида
- Сообщите психотерапевту, психологу, лечащему врачу о риске суицида

5. Оказание психологической и психотерапевтической помощи

Все пациенты Центра имеют возможность получить психологическую, психотерапевтическую помощь. Предусмотрено проведение индивидуальных и семейных консультаций, групповых и индивидуальных психокоррекционных занятий, краткосрочной психотерапии, медикаментозной терапии. Решение о необходимости консультации принимается лечащим врачом и/или самим пациентом, может быть рекомендовано другими специалистами Центра.

При наличии у пациента суицидального риска реализуется следующая программа оказания психологической (психотерапевтической) помощи [1, 3, 5]:

- установление эмпатического контакта, отношения доверия.
- заключение атисуицидального контракта,
- определение степени суицидального риска,
- оценка психического статуса,
- выявление ресурсов пациента (внутренних: интеллект, инстинкт самосохранения, коммуникативный потенциал, социальный опыт, опыт решения проблем; внешних: поддержка семьи и друзей, стабильная работа, приверженность религии, финансовая стабильность, медицинская помощь, индивидуальная психотерапевтическая программа)
- определение психотерапевтических мишеней (проблемная ситуация; когнитивный стиль; установки, разрешающие суицидальное поведение; саморазрушающее поведение),
- проведение краткосрочной психотерапии (используются методы когнитивно-поведенческой психотерапии),
- медикаментозная терапия.

Описанная схема организации медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста содержит в себе многоступенчатую систему профилактики суицидального риска. За последние 6 лет в СРЦ ВВ и ВС не отмечалось случаев суицидальной угрозы; по данным психотерапевта, психолога, среди пациентов с психоэмоциональными нарушениями, в ситуации психологического кризиса не наблюдалось суицидальных тенденций.

Литература

1. *Малкина-Пых И.Г.* Психологическая помощь близким. - М.: Эксмо-пресс. - 2009. - 192 с.
2. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы: «Первичное выявление, особенности психотерапевтической тактики и направление на специализированное лечение в Москве больных с расстройствами настроения (аффективными расстройствами).» №35, 2002
«Первичное выявление врачами-терапевтами и неврологами шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, особенности психотерапевтической тактики и направление на специализированное лечение в Москве». - 2002.- № 34.
«Первичное выявление врачами-терапевтами пограничных психических расстройств органического (включая симптоматические) происхождения, особенности психотерапевтической тактики и направление на специализированное лечение в Москве». - № 38, 2000.
3. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. - М.: Академический проект. - 1999. - 240 с.
4. Организация и формы психологической работы в стационарных учреждениях. Методические материалы ПВТ № 31. - М., 2008.
5. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - СПб.: Речь, 2005. - 256с.

Суицид. Антисуицидальная интервенция резидентов в стационарных условиях. Стратегия поведения медицинского персонала в кризисной ситуации

Архипова Оксана Васильевна

Гунина Юлия Геннадиевна

Пансионат для ветеранов труда № 31 (ГБУ ДСЗН г. Москвы)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире. В Российской Федерации, согласно данным Госкомстата, самоубийство как причина смерти находится на 5-м месте в ряду других причин после болезней сердечно-сосудистой системы, несчастных случаев, онкологических, инфекционных и других заболеваний.

Исследования по проблеме суицида среди людей старше 65 лет в западных индустриально развитых странах показывают удручающе схожую картину. Число самоубийств с возрастом увеличивается. Мужчины совершают самоубийства в старости в 2 — 3 раза чаще, чем женщины. Одновременно с увеличением возраста снижается разница между числом попыток самоубийств и совершенных самоубийств. Старость оказывается третьей по частоте после депрессии и наркотической зависимости опасностью, влияющей на развитие суицидальных наклонностей.

Статистика показывает, что один из каждых четырех пожилых людей, совершающих попытку самоубийства, добивается успеха. Учитывая решимость пожилых и их плохое физическое состояние, многие настаивают, что пожилым людям, которые хотят умереть и ясно мыслят, надо позволить осуществить свое желание. Тем не менее клиническая депрессия, по-видимому, играет существенную роль в такого рода самоубийствах, так как она — причина более чем 60 % самоубийств. Поэтому можно сделать вывод, что пожилых людей больше, чем

остальных, следует лечить от депрессивных расстройств (Cattell & Jolley, 1995; McIntosh, 1995). Для диагностики депрессии мы предлагаем использовать Шкалу депрессии по ВЕСК или Гериатрическую шкалу депрессии (см. приложение 6, 7).

Суицид или самоубийство — акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и сознательно.

Парасуицид — попытка самоубийства, которая не заканчивается смертью.

Самоубийство часто является следствием воздействия на человека текущих событий или обстоятельств его жизни.

Определим наиболее распространенные *факторы, ведущие к самоубийству*:

1. *Депрессивное расстройство и некоторые типы психических расстройств.* У страдающих депрессиями имеет место ярко выраженный риск суицида, примерно в 30 раз превышающий средний показатель частоты самоубийц среди всего населения.

2. *Изменение настроения и образа мыслей.* Многим попыткам суицида предшествует изменение настроения. Считает, что ключевым для самоубийства является «боль души», ощущение психологической боли, которая кажется человеку невыносимой.

3. *Суицидное мышление, разговор, подготовка; соответствующие религиозные идеи.*

4. *Алкоголизм и другие формы злоупотребления наркотическими веществами.* Исследования показывают, что 60% людей совершавших попытку самоубийства, непосредственно до этого пили спиртное либо были под действием наркотиков.

5. *Предыдущие попытки к самоубийству.*

6. *Летальные случаи в близком окружении.* Например, пожилой клиент говорит о том, что «уже нет в живых никого из его родных и друзей».

7. *Изоляция, жизнь в одиночестве, потеря поддержки.*

8. *Безысходность, когнитивная ригидность.*

9. *Пожилой возраст.* Для специалистов стационарных учреждений важно, чтобы пожилые люди, проживающие в них, не сводили оставшиеся годы своей жизни к подготовке к предстоящей смерти, а, по возможности, активно проводили свой досуг, были включены в общественно-полезную деятельность, принимали участие в делах пансионата, культурно-массовых, спортивных и других мероприятиях.

10. *Самоубийство в семье, наследственность.*

11. *Экономические проблемы.*

12. *Проблемы в семье, с родственниками.* Работа психолога с родственниками клиента является важным направлением профессиональной деятельности, своего рода, лакмусовой бумажкой психоэмоционального состояния пожилого человека. В ситуации возникновения проблемы, по возможности, профессионалу необходимо прибегнуть к семейной терапии при согласии обеих сторон. Своевременное разрешение конфликтной ситуации между клиентом и его родственниками, оказание необходимой помощи и поддержки является важным фактором профилактики суицидального риска.

13. *Стресс и стрессовые факторы* (потеря близкого человека, с которым прожита жизнь - муж или жена, смерть детей и т. д.)

14. *Гнев. Агрессия, раздражительность.*

15. *Физическая болезнь.* Самоубийства, причинами которых являются тяжелые и неизлечимые болезни, стали в последнее время частым явлением.

16. *Моделирование.* Зачастую люди, пытаются совершить самоубийство после того, как смотрят, читают или слышат о ком-то еще, кто так поступил. Бывает, что эти люди борются с серьезными трудностями и самоубийство другого человека подсказывает им решение своих проблем. В этом случае один акт самоубийства служит моделью для

других. Огласка, которая следует после самоубийств в стационарных учреждениях, которые являются для наших ветеранов маленькими обществами, может спровоцировать новые попытки самоубийства. Чтобы не вызвать волну смоделированных самоубийств, нужно постараться не допустить широкого распространения информации, и немаловажную роль здесь играет этичное поведение персонала в сложившейся ситуации.

17. *Насилие.* В некоторых ситуациях люди, находящиеся в жестких условиях, от которых они не надеются избавиться или сбежать, иногда совершают самоубийство. Насилие может быть не только физическое, но и психологическое. Например, при проживании в стационарном учреждении один клиент бьет другого или постоянно его унижает. Как и те, кто страдают от серьезной болезни, эти люди чувствуют, что не могут больше терпеть страданий, и считают, что их условия нельзя улучшить. Поэтому правильный подбор соседей является одним из факторов профилактики суицида. В этом направлении важная роль также отводится психологу.

18. *Склонность к самоубийству, вызываемая нарциссическим кризисом.* Нарцисстические кризисы в процессе старения также таят в себе повышенную опасность суицида. Так функциональные нарушения органов чувств (зрения, слуха и т.п.) влекут за собой опасность усугубления социальной дезинтеграции людей. В клинической практике нередко встречаются случаи совершения суицида после ампутации различных частей тела (ноги, руки и др.).

19. *Повторение и комбинация факторов.*

К *защитным факторам*, которые факультативно могут противостоять усилению склонности к самоубийству, наряду с религиозностью и личным поиском смысла жизни относятся также *позитивный образ старости, а также оптимистические планы на будущее.* Эти задачи конструктивно и эффективно можно решить с пожилыми людьми при индивидуальном консультировании, проведении программно-ориентированных, дискуссионных, групп общения.

Слово «интервенция» происходит от латинских слов *inter* (между) и *venire* (приходить). Суицидальная интервенция, являясь «вхождением между», представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом или экзистенциальном кризисе.

Известен факт, что большая часть самоубийц за несколько недель, предшествующих совершению суицида, обращается к врачу. Самоубийство как сведение счетов с жизнью и в старости является очень редким явлением и, как правило, не совершается в процессе лечения, поскольку после принятия твердого решения человек уже старается не обращать на себя внимание других. В процессе индивидуальной работы психолога с пожилым клиентом необходимо очень корректно и деликатно выяснить вероятность риска суицида. Нужно иметь в виду, что целенаправленный расспрос не действует на пациента как «соль на раны», а скорее воспринимается им с облегчением, так как после появления навязчивых мыслей (фаза I) он часто по долгу бывает в состоянии колебаний (фаза II), прежде чем совершить акт самоубийства (фаза III).

Основой для оценки суицидального риска является интервью с клиентом и последующий анализ позиций данного интервью. Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись Шкалой оценки угрозы суицида (см. приложение 8), разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому, по возможности, все же лучше определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

С возрастанием опасности самоубийства повышается необходимость стационарного геронтопсихиатрического лечения, причем в большинстве случаев четкой позиции врача необходимость в юридическом санкционировании помещения больного в специализированный стационар

отпадает. Если пациент доверяет психологу или врачу и рассказал им о своих намерениях, свидетельствующих о большой опасности суицида, то в связи с искренним опасением специалистов за его жизнь клиент, как правило, положительно реагирует на недвусмысленное требование пройти специализированное стационарное лечение. В случае необходимости врач имеет право по «Закону о защите психически больных» вопреки воле пациента направить его в клинику. Основанием такого шага является «большая, неотвратимая иным способом опасность». Угрожать возможным помещением в специализированный стационар непрофессионально! Ведь такая угроза обесценит помещение в стационар, подменяя функцию защиты карательной мерой, и специализированное стационарное лечение будет ассоциироваться у клиента с нахождением в заключении. Если клиенты с суицидными наклонностями действительно способны к общению, то, в первую очередь, они нуждаются во внимании окружения, а также медико-социально-психологической помощи и поддержке.

В любом случае, по судебно-медицинским соображениям в том числе, сотрудникам необходимо точно документировать все наблюдения за клиентом. Если наличие мыслей о самоубийстве им отрицается, то в записях должна присутствовать ссылка на правдоподобие подобного утверждения. Благодаря этому медицинский персонал сможет отвести от себя все упреки в халатности, если пожилой человек все-таки решится на самоубийство. Необходимо учитывать тот факт, что даже при большом опыте и должной скрупулезности специалисты могут ошибаться в оценках больного. Конечная цель: командная работа специалистов вместе с пациентом за лучший для него исход, стараясь обеспечить необходимую поддержку и защиту, не лишая его *ответственности за самого себя*.

Если при попытке самоубийства у клиента еще остаются следы колебаний, соответствующие действия вовсе не следует квалифицировать как демонстративный жест. Слишком многие попытки самоубийства, в способах, осуществления которых еще чувствуется нерешительность,

заканчиваются трагически в силу неправильного поведения персонала.

Нередко старики в связи со страданиями, вызываемыми физическим процессом старения, говорят, что «лучше уж сразу их убить, потому что с ними ничего уже не поделаешь». Пожилой пациент, таким образом, как бы проверяет собеседника, интересуясь его мнением на этот счет. В такой ситуации сотрудник часто испытывает чувство напряженности. Испугавшись возможного самоубийства клиента, он, возможно, будет стараться быть добрым и пытаться пожалеть «бедного старика», при этом «разоружая» его, уходя от обязанности помочь в преодолении отчаяния, ненависти и презрения к самому себе. За жалость с благими намерениями старик порой мстит тем, что остается безутешным и упрекает персонал в молодости, которая мешает действительно его понять.

Терапия после совершения попытки самоубийства

После попытки самоубийства большинство жертв нуждается в медицинской заботе. У некоторых самоубийц остаются серьезные увечья. Наряду с терапевтическим лечением обязательно проводится и психологическая коррекция.

Цель терапии поддержать людей, помочь им достичь несуйцидного состояния сознания и показать более эффективные методы борьбы со стрессом. При этом применяются различные типы терапии, в том числе медикаментозная, психодинамическая, когнитивная, групповая и семейная терапия (Berman & Jobes, 1995 1991; Canetto, 1995). Исследования показывают, что 30% тех, кто пытался покончить с собой и не прошел лечения, пытаются совершить самоубийство снова, по сравнению с 16% пациентов, прошедших курс терапии.

Предупреждение суицида

В каждом стационарном учреждении социального обслуживания в работе с пожилыми клиентами, которые уже по возрастному критерию входят в группу повышенного суицидального риска, должна быть программа по предупреждению суицида, включающая комплекс

диагностических и реабилитационных мероприятий, меры кризисного вмешательства.

С потенциальными самоубийцами нужно обращаться как с людьми в кризисной ситуации. Людям, склонным к суициду, необходимо помочь, более объективно оценить свою ситуацию, научить принимать более разумные решения, действовать конструктивно и преодолевать свой кризис. Средний и младший медицинский персонал стационарного учреждения должен в обязательном порядке пройти инструктаж по поведению в кризисных ситуациях и обладать необходимыми для данных экстренных ситуаций знаниями и приемами поведения.

***Стратегия поведения медицинского персонала
в кризисной ситуации:***

- Установить позитивные взаимоотношения: поскольку человек должен доверять вам.
- Пытаться установить позитивный тон дискуссии. Сказать, что вы слушаете, понимаете, что вас интересует все, что он говорит, что вы не осуждаете.
- Попросить объяснить причину выхода на суицидное решение проблем. При этом человек эмоционально выплескивает весь обрушившийся на него жизненный негатив. Он выговаривается, ему становится легче, и мысли о самоубийстве отступают на второй план. Идея выслушивания состоит в том, чтобы человек, во-первых, высказался и тем самым «облегчил душу», чего иногда бывает достаточно для облегчения его состояния; во-вторых сам нашел альтернативное решение своих проблем. Это самый первый и главный прием. В психотерапии он называется выслушиванием или «вентиляция мозгов».
- Можно заметить метод банализации (снятие синдрома исключительности). Человек обычно склонен думать, что его проблемы – это нечто совершенно исключительное, из ряда вон выходящий случай, и человечество еще не нашло как с ним справиться. Если просто

указать, что у многих людей такие же проблемы и у многих витают такие же мысли, однако они не думают претворять их в действие (то есть обесценить ситуацию, сделать ее обычной заурядной), обычно человек успокаивается (он не одинок со своими негативными сомнениями).

Также эффективным методом является «памятка поведения персонала в кризисной ситуации», составленная психологом для персонала и находящаяся на медицинском посту.

Обучение персонала стационарного учреждения социального обслуживания поведению в кризисных ситуациях в форме тренингов, лекций, семинаров является самой эффективной формой предотвращения самоубийств.

ПАМЯТКА психологу в работе с уцелевшими после суицида

Следует:

- быть принимающим и заботливым;
- давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;
- подчеркивать, что переживания являются естественными;
- информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

- принимать просьбы, которые вы не можете выполнить;
- рационализировать события;
- давать неисполнимые обещания;
- делать замечания типа: «У вас есть еще дети», «Это была Божья воля», «Не стоит говорить об этом», «Это и без того давит на вас».

С учетом возникновения таких осложняющих реакций **принципы консультирования суицидального абонента** должны быть следующими:

1. Не впадать в панику.
2. Быть вежливым и открытым, принять клиента как личность.
3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
4. Тактично искать ситуации, в которых клиент любим или нужен.
5. Вести беседу так, как если бы консультант обладал неограниченным запасом времени.
6. Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
7. Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
8. Позволить клиенту проявлять к себе жалость.
9. Суицидальное поведение следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
10. Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию
11. Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
12. Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Литература

1. *Гроллман, Эрл* Суицид, превенция, интервенция, поственция / Эрл Гроллман. – Москва, 2008 // Психологическая помощь учащимся в период переживания сложных эмоциональных состояний : хрестоматия / Сост. М.А. Хазанова. – Москва : АНО ПЭБ, 2008. – С. 171-258.
2. *Исаев Д.С., Шерстнев К.В.* Психология суицидального поведения. – Самара, 2000.
3. *Ласый Е.В.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. – Минск, 2009.
4. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. - М.: Смысл, 2005.
5. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - СПб.: Речь, 2005. – 256 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al. 1983)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 - женский
Возраст	1 - <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Действия

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2, низкий риск	Амбулаторное наблюдение
3 – 4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 р/нед); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5 – 6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7 – 10, очень высокий риск	Госпитализация (в том числе принудительная)

**Шкала суицидальных интенций Пирса
(Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)**

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства		
Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
Расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Ни кому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определённые планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии
Самоотчёт		
Летальность	0	Считал, что действие не приведёт к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0	Не хотел умирать
	1	Не уверен
	2	Хотел умирать
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 часа
	2	Обдумывал менее 1 дня

	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределённая или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определённо выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определённа
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределённо
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = 'сумма баллов подшкалы обстоятельств' = ___

Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = 'сумма баллов подшкалы самоотчёта' = ___

Пункты (11 + 12) = 'сумма баллов подшкалы медицинского риска' = ___

Общая сумма баллов

0 – 3 = Низкий уровень интенций;

4 – 10 = Средний уровень интенций;

Более 10 = Высокий уровень интенций

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом

**Шкала безнадёжности
(Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)**

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация

Максимальный счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

Опросник суицидального риска (ОСР)

Методика предназначена для выявления уровня выраженности суицидальных намерений с целью предупреждения серьёзных попыток самоубийства. Методика позволяет непсихологическими средствами выявить предпосылки суицидального поведения с целью принятия неотложных мер по коррекции, профилактике состояния испытуемого (например, направления в специализированные центры медико-психологической помощи или к психиатру/психотерапевту медицинского учреждения).

Опросник ОСР прошел психометрическую адаптацию под руководством А.Г. Шмелева. На первом этапе при обследовании 24 пациентов Кризисного стационара на базе больницы № 20 г. Москвы были отобраны пункты ММИЛ (версия Березина с соавторами), выражающие специфику ответов суицидентов по сравнению с обычными людьми.

На втором этапе перечень пунктов был дополнен рядом авторских оригинальных вопросов и пилотажная версия из 72 пунктов предъявлялась 77 испытуемым с целью отбора пунктов по методу экстремальных групп. 20 испытуемых из 77 были пациентами указанного Кризисного отделения в больнице № 20.

В результате было отобрано 29 пунктов, обладавших значимым коэффициентом четырех клеточной корреляции между ответами на пункты и попаданием в группу суицидентов.

В настоящее время проводится работа по расширению выборки стандартизации тестовых норм.

Текст опросника

1. *Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.*
2. *Вас часто одолевают мрачные мысли.*
3. *Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.*
4. *В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.*
5. *Вам определенно не везет в жизни.*
6. *Работать Вам стало труднее, чем раньше.*
7. *Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.*
8. *Вы считаете, что смерть является искуплением.*
9. *Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.*
10. *Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.*
11. *Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.*
12. *Вы считаете себя обреченным человеком.*

13. *Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.*
14. *У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.*
15. *Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.*
16. *В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.*
17. *Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.*
18. *Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.*
19. *В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.*
20. *Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.*
21. *Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.*
22. *Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.*
23. *Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.*
24. *Будущее представляется Вам довольно беспросветным.*
25. *Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.*
26. *Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.*
27. *Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.*
28. *Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.*
29. *Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.*

Измеряемые параметры (при условии высоких баллов):

1. **Демонстративность (Д).** *Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оценка с внешних позиций, порой как «шантаж», «костероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может уйти слишком далеко. К этой субшкале относятся пункты № 12, 14, 20, 22, 27 опросника.*
2. **Аффективность (А).** *Доминирование эмоций над эмоциональным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно, эмоционально. Крайний вариант — блокада интеллекта. Пункты № 1, 10, 20, 23, 28, 29.*
3. **Уникальность (У).** *Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явление исключительное, не похожее на*

другие и, следовательно, подразумевающее исключительные варианты выхода, в частности суицид. Данная шкала тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт. Пункты № 1, 12, 14, 22, 27.

4. **Несостоятельность (Н).** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенное" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога — «Я плох». Пункты № 2, 3, 6, 7, 17.

5. **Социальный пессимизм (СП).** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением. СП тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. Экстрапунитивность определяется по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня». Пункты № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25.

6. **Слом культурных барьеров (СКБ).** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. Крайний вариант — инверсия ценности жизни и смерти. При отсутствии выраженных пиков по другим шкалам это может свидетельствовать только об «эстетизации смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти — доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». Пункты № 8, 9, 18.

7. **Максимализм (М).** Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей значимости малейшей потери с одновременной минимализацией ценностей значимости имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта из какой-то одной сферы. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах. Пункты № 4, 16.

8. **Временная перспектива (ВП).** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы, глобального страха неудач и поражений в будущем. Пункты № 2, 3, 12, 24, 25, 27.

9. Антисуицидальный фактор (АФ). Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы. Пункты № 19, 21.

Баллы подсчитываются отдельно по каждому фактору. Ответу «да» соответствует 1 балл. Количество утверждений по каждому из факторов принимается за 100. Количество баллов переводится в проценты. По процентному соотношению определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики.

Тест осмысленности жизни

Тест осмысленности жизни является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (*Purpose in Life Test, PIL*) Дж. Крамбо и Л. Махолика. Методика разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии В. Франкла и преследовала цель эмпирической валидации ряда представлений этой теории, в частности представлений об экзистенциальном вакууме и ноогенных неврозах. Суть таких представлений заключается в том, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающие из нее ощущения утраты смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особого класса душевных заболеваний — ноогенных неврозов. Первоначально авторы стремились показать: а) методика измеряет именно степень «экзистенциального вакуума» в терминах Франкла; б) последний характерен для психически больных; в) он не тождествен просто психической патологии. Цель в жизни, которую диагностирует методика, авторы определяют как переживание индивидом онтологической значимости жизни.

Окончательный вариант оригинальной методики состоит из 20 шкал, каждая из которых представляет собой утверждение с двойным окончанием: два противоположных варианта окончания задают полюсы оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтения.

Испытуемым предлагается выбрать наиболее подходящую из семи градаций и подчеркнуть или обвести соответствующую цифру. Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили). Восходящая последовательность градаций от 7 до 1, причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) — полюсу ее отсутствия.

По имеющимся на сегодняшний день данным, цель в жизни не обнаруживает устойчивых связей с полом, возрастом, уровнем образования, религиозностью и доходом. Франкл рассматривает это обстоятельство как подтверждение его положения о том, что смысл жизни может быть найден любым человеком.

Образец бланка

Инструкция. Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача — выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соот-

Ф.И.О. _____
Пол _____ Возраст _____
Образование _____

ветствует действительности, и
отметить одну из цифр в
зависимости от того, насколько
Вы уверены в выборе

- | | | | |
|----|--|---------------|---|
| 1 | Обычно мне очень скучно | 1 2 3 4 5 6 7 | Обычно я полон энергии |
| 2 | Жизнь кажется мне всегда
волнующей и захватывающей | 7 6 5 4 3 2 1 | Жизнь кажется мне
совершенно спокойной и
рутинной |
| 3 | В жизни я не имею
определенных целей и намерений | 1 2 3 4 5 6 7 | В жизни я имею очень
ясные цели и намерения |
| 4 | Моя жизнь представляется мне
крайне бессмысленной и
бесцельной | 1 2 3 4 5 6 7 | Моя жизнь
представляется мне
вполне осмысленной и
целеустремленной |
| 5 | Каждый день кажется мне
всегда новым и непохожим на
другие | 7 6 5 4 3 2 1 | Каждый день мне
кажется совершенно
похожим на все другие |
| 6 | Когда я уйду на пенсию, я
займусь интересными вещами,
которыми всегда мечтал
заняться | 7 6 5 4 3 2 1 | Когда я уйду на пенсию,
я постараюсь не
обременять себя
никакими заботами |
| 7 | Моя жизнь сложилась именно
так, как я мечтал | 7 6 5 4 3 2 1 | Моя жизнь сложилась
совсем не так, как я
мечтал |
| 8 | Я не добился успехов в
осуществлении своих
жизненных планов | 1 2 3 4 5 6 7 | Я осуществил многое из
того, что было мною
запланировано в жизни |
| 9 | Моя жизнь пуста и неинтересна | 1 2 3 4 5 6 7 | Моя жизнь заполнена
интересными делами |
| 10 | Если бы мне пришлось сегодня
подводить итог моей жизни, то
я бы сказал, что она была
вполне осмысленной | 7 6 5 4 3 2 1 | Если бы мне пришлось
сегодня подводить итог
моей жизни, то я бы
сказал, что она не
имела смысла |
| 11 | Если бы я мог выбирать, то я
бы построил свою жизнь
совершенно иначе | 1 2 3 4 5 6 7 | Если бы я мог
выбирать, то я бы
прожил жизнь еще раз
так же, как живу
сейчас |
| 12 | Когда я смотрю на
окружающий меня мир, он
часто приводит меня в | 1 2 3 4 5 6 7 | Когда я смотрю на
окружающий меня мир,
он совершенно не |

	<i>растерянность и беспокойство</i>		<i>вызывает у меня растерянности и беспокойства</i>
13	<i>Я человек очень обязательный</i>	7 6 5 4 3 2 1	<i>Я человек совсем не обязательный</i>
	<i>Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию</i>		<i>Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств</i>
14		7 6 5 4 3 2 1	
15	<i>Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком</i>	7 6 5 4 3 2 1	<i>Я не могу назвать себя целеустремленным человеком</i>
16	<i>В жизни я еще не нашел своего призвания</i>	1 2 3 4 5 6 7	<i>В жизни я нашел свое призвание</i>
17	<i>Мои жизненные взгляды еще не определились</i>	1 2 3 4 5 6 7	<i>Мои жизненные взгляды вполне определились</i>
	<i>Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни</i>		<i>Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни</i>
18		7 6 5 4 3 2 1	
19	<i>Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею</i>	7 6 5 4 3 2 1	<i>Моя жизнь неподвластна мне, и она управляется внешними событиями</i>

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory)

Методика предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Интерпретация

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

- Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Инструкция: "В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе."

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Ф.И.О. _____

Комната № _____

Возраст _____

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ШКАЛА ДЕПРЕССИИ

Инструкция: Вам предлагается бланк, который содержит 30 вопросов. На каждый из поставленных вопросов следует дать ответ либо «да», либо «нет».

ОПРОСНИК:

1. Довольны ли Вы своей жизнью? _____
2. Часто ли Вам приходилось бросать свои дела или интересы? _____
3. Чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь пуста? _____
4. Часто ли Вы скучаете? _____
5. Возлагаете ли Вы надежды на будущее? _____
6. Беспокоят ли Вас мысли, от которых Вы не можете избавиться? _____
7. Большую часть времени Вы проводите в хорошем расположении духа? _____
8. Вы боитесь, что с Вами может произойти что-то плохое? _____
9. Чувствуете ли Вы себя счастливым большую часть времени? _____
10. Часто ли ощущаете свою беспомощность? _____
11. Часто ли Вы ощущаете беспокойство? _____
12. Вы предпочитаете остаться на ночь дома тому, чтобы пойти на улицу за новыми ощущениями? _____
13. Вы часто беспокоитесь о своем будущем? _____
14. Вы чувствуете, что у Вас больше проблем с памятью, чем у большинства других людей? _____
15. Думаете ли Вы, что это хорошо – быть живым сейчас? _____
16. Часто ли Вы ощущаете грусть, упадок настроения? _____
17. Чувствуете ли Вы обеспокоенность тем, как Вы живете сейчас? _____
18. Вы сильно обеспокоены своим прошлым? _____
19. Находите ли Вы жизнь волнующей для Вас? _____
20. Тяжелы ли для Вас новые начинания? _____
21. Чувствуете ли Вы себя полным энергии? _____
22. Чувствуете ли Вы, что Ваша ситуация безнадежна? _____
23. Чувствуете ли Вы, что большинство людей лучше, чем Вы? _____
24. Часто ли Вы расстраиваетесь из-за мелочей? _____
25. Часто ли Вам хочется плакать? _____
26. Есть ли у Вас проблемы с концентрацией внимания? _____
27. Получаете ли Вы удовольствие от пробуждения утром? _____
28. Предпочитаете ли Вы избегать общественных мероприятий? _____
29. Легко ли Вам принимать решения? _____
30. Ваше сознание настолько же ясно, как оно бывает обычно? _____

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ.

КЛЮЧ: к депрессивным ответам относятся

Ответы «да» на вопросы: 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28.

Ответы «нет» на вопросы: 1, 5, 7, 9, 12, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

Более 10 «депрессивных» ответов = тест на депрессию положительный

Дата _____

Психолог _____

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

ШКАЛА ОЦЕНКИ УГРОЗЫ СУИЦИДА (Ромек и др., 2004)

Пол		Мужской
Возраст		12-14, 45 и выше
Депрессия		Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
		Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО		

ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0-2	Уровень 1	Невысокая степень суицидального риска
3-4	Уровень 2	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5-6	Уровень 3	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7-10	Уровень 4	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Рекомендации _____
