



*ФГБУ «НМИЦ ПН  
им. В.П. Сербского» Минздрава России*

# **Суицидальное поведение детей и подростков (современные модели развития)**

*Банников Г.С.,  
ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава России им В.П. Сербского, ЦЭПП МГППУ*



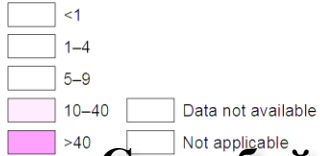


Psychiatrists working in mental health (per 100 000 population), 2011

➤ **За последние 50 лет показатели самоубийств возросли во всем мире на 60% (ВОЗ, 2006 г.)**

➤ **На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков и молодых (15-29 лет, основная причина смерти молодежи в мире (ВОЗ, 2017 г.)**

Number of psychiatrists



➤ **Самоубийство является основной причиной смерти подростков (в возрасте 10–19 лет) в странах с низким и средним уровнем дохода и второй по распространенности причиной – в странах с высоким уровнем дохода в Европейском регионе.**

*Психическое здоровье подростков в Европейском регионе Европейское региональное бюро ВОЗ*

**Объем международных программ по предотвращению суицидов**

• 2009г. - 16 млн. \$  
• 2010г. - 133 млн. \$

**ЯПОНИЯ**

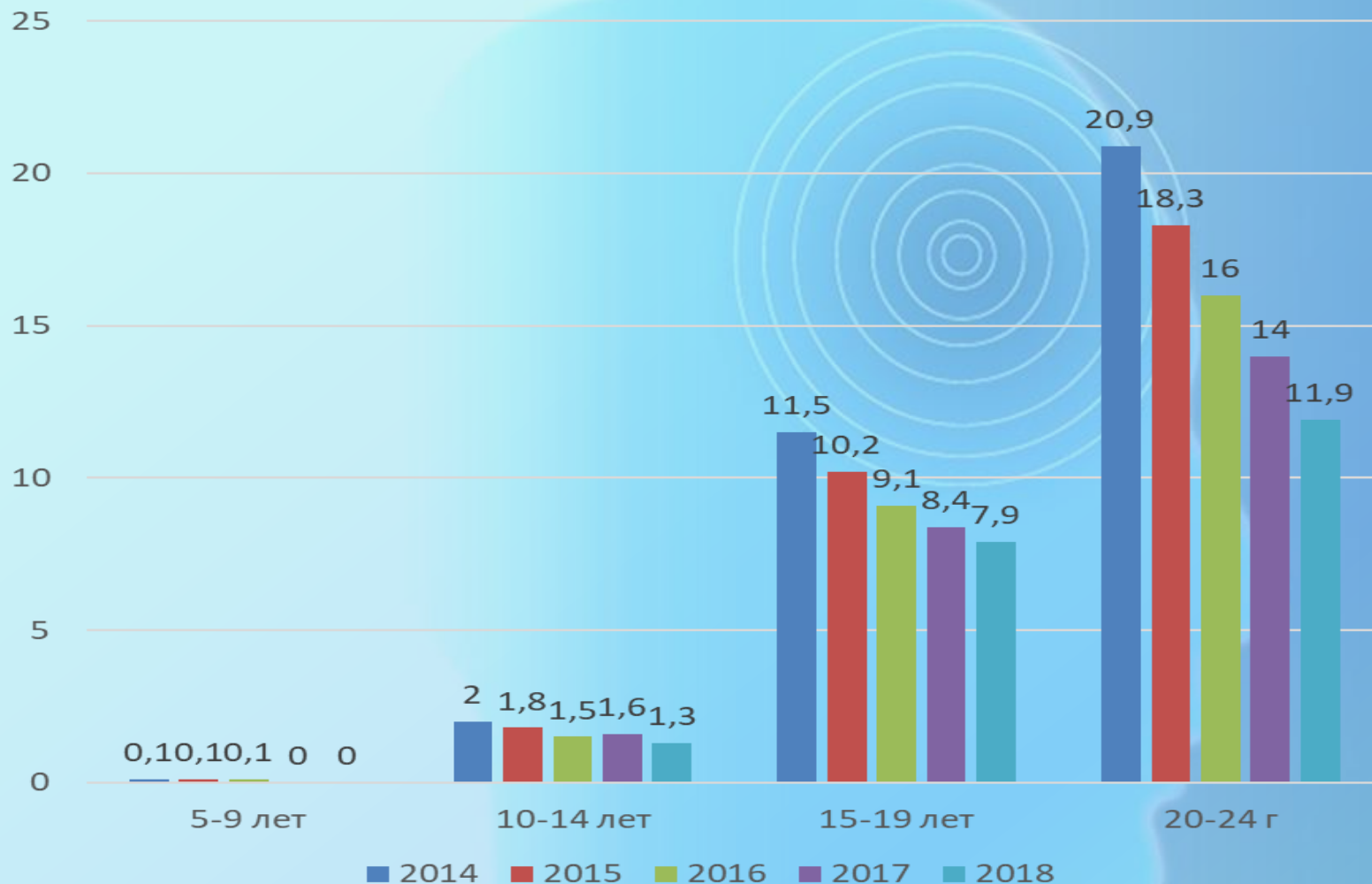
**США**

• 2012г. - 56 млн. \$

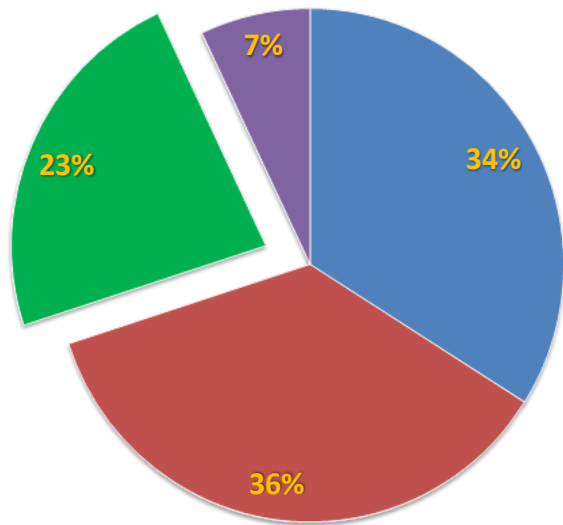
• 2013г. - около 14 млн. \$

**ИЗРАИЛЬ**

# Возрастные коэффициенты смертности от самоубийств (Росстат)

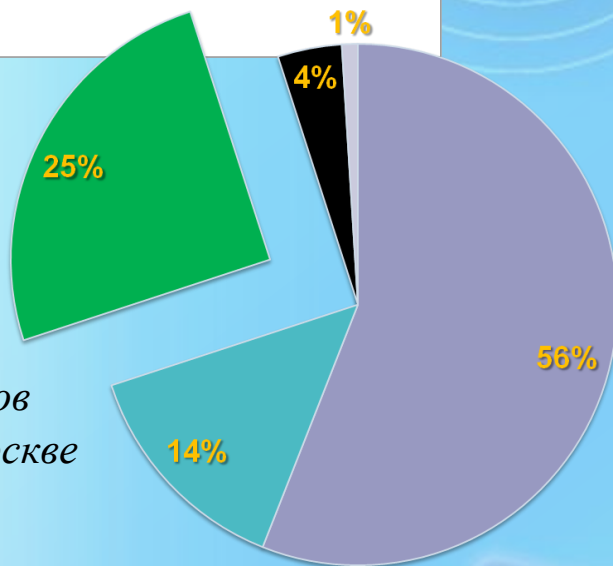


# Основные мотивы самоубийств (по классификации А.Г. Амбрумовой) среди подростков и молодежи в период 2015-2018 (155 случаев)\*



- протест (мечь) - 34%
- призыв - 36%
- избегание - 23%
- самонаказание - 7%

## Основные причины самоубийств среди подростков и молодежи в период 2015-2018 (155 случаев)\*



- конфликты в семье - 56%
- влюбленности - 14%
- сочетание факторов - 25%
- причина неизвестна - 4%
- тяжелое соматическое заболевание - 1%

\* В т.ч. по данным анализа материалов Следственного комитета РФ по г. Москве



# Почему подростки лишают себя жизни? Современные теории развития суицидального поведения

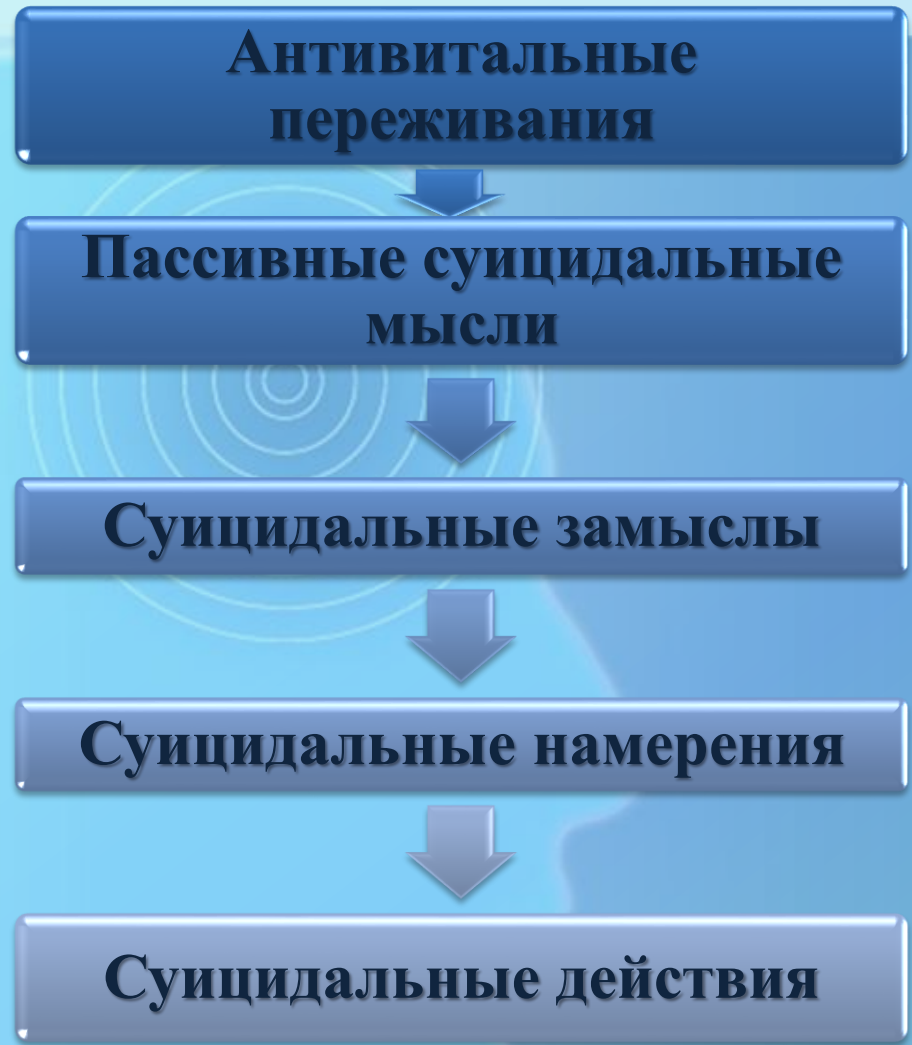




# Определение основных понятий

➤ Суицид представляет собой преднамеренные действия человека в отношении себя самого, приводящие к гибели

➤ Суицидальный континуум в диапазоне от суицидальных идей, отдельных действий, намерений до условных попыток самоубийства, серьезных попыток и завершения суицида Plutchik and van Praag (1989)





# Современные теории и модели объясняющие механизмы развития суицидального поведения

- **теория социально-психологической дезадаптации**  
*А.Г. Амбрумовой, В.А. Тихоненко, Е.М. Вроно и др.*
- **диатез-стресс модель суицидального поведения**  
*J.J. Mann*
- **модель развития суицидального поведения у подростков**  
*J.A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent*
  - **интерперсональная модель Joiner T.E.**
  - **когнитивная теория суицидального поведения**  
*A. Spirito, J.D. Matthews, A. Wenzel, A.T. Beck*
- **мотивационно-волевая модель суицидального поведения**  
*C. O'Connor*
- **модель самоповреждения и самоубийства подростков**  
*K. Hawton, R. C. O'Connor, K. Saunders*
  - **теория трех шагов (Three-Step Theory — 3ST)**  
*E.D. Klonsky*
- **нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения**  
*I. Galynker 2017*



# Био-психо-социальный подход



Melchert, Timothy P. Foundations of professional psychology: the end of theoretical orientations and the emergence of the biopsychosocial approach. London: Elsevier, 2011. Print.



# Биологические факторы риска

- Новорожденные с **низкой массой тела при рождении (<2500 г)** имеют повышенный риск развития большой депрессии, сопровождаемой суицидальными мыслями (*Nomura et al., 2007*).
- Девочки, **рожденные недоношенными** (менее 36 недель), достигнув подросткового возраста, имеют более высокий риск возникновения появления суицидальных тенденций, тогда как для подростков мужского пола указанная связь не выявлена (*Stene-Larsen et al., 2016*).
- Изменения гормонального уровня у женщин в генезе суицидального поведения: **выявлена связь между приемом гормональных контрацептивов и суицидальным поведением** в подростковом возрасте (*Hughes and Majekodunmi, 2018; Owens and Eisenlohr-Moul, 2018; Skovlund et al., 2018*).

# Нейробиологические и нейрохимические исследования

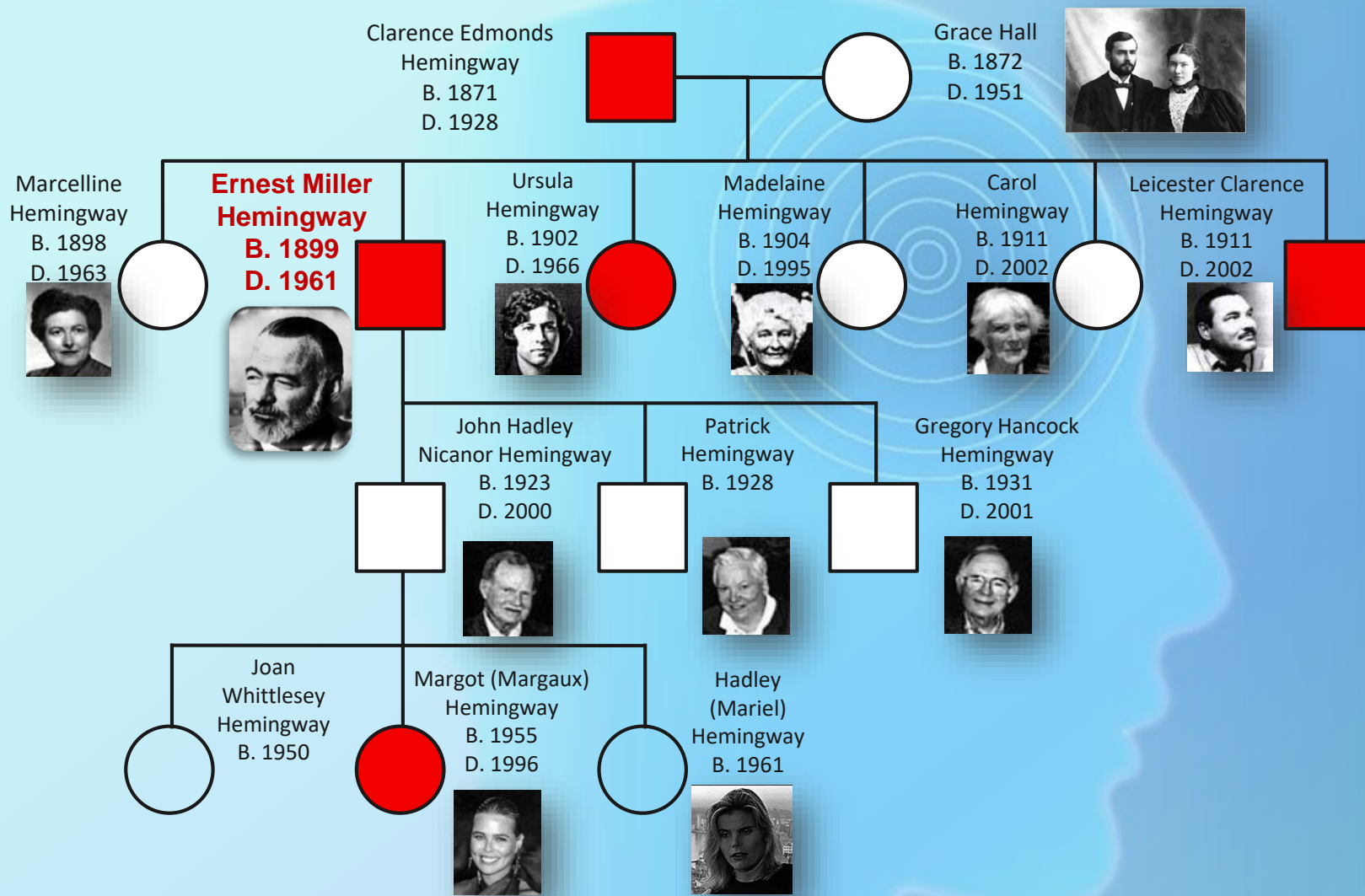
- Устойчивая связь между дисфункцией **дофаминергической** системы и суицидами (*Fitzgerald et al., 2017; Ho et al., 2018; Pizzagalli et al., 2019*).
- К биомаркерам суицида может быть отнесен **транспортер серотонина 5-НТТ** (*Miller et al., 2016; Oquendo et al., 2016*). Биохимический анализ аутопсийного материала тканей головного мозга показал снижение 5-НТТ в лобной коре, гиппокампе жертв суицида (*Purselle, Nemeroff, 2003; Steinberg et al., 2019*).
- Дисфункция **норадренергической** нейротрансмиссии ассоциирована с риском депрессии и суицида (*Benn and Robinson, 2017; Sasamori et al., 2019*).

# Генетика и эпигенетика суицидальности

В масштабном ( $n = 85000$ ) исследовании близнецов, проведенном в Швеции, выявлено, что уровень конкордантности составляет 5,8% MZ и 1,8% DZ. Однако, когда показатели **конкордантности** были изучены отдельно для женщин и мужчин, оказалось, что **показатели для женщин составили 11% MZ / 0% DZ**, а показатели для мужчин - 3% MZ / 2% DZ (Pedersen, Fiske, 2010).

Таким образом, пол может рассматриваться в качестве значимого модератора наследуемости суицидальных паттернов и в дальнейшем может способствовать прояснению неоднозначных выводов в этой области.

# Генетический фактор (Семья Хэмингуэев)



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ  
СУИЦИДОВ И ОПАСНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (2019-2020)  
N=150 (СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ 15,6 ЛЕТ)

**Наследственность отягощена** в 27% наблюдений

- Алкоголизм 11,5%;
- Аффективные расстройства 7%;
- Расстройства шизофренического спектра 1,7%;
- Сочетание 5,3%;
- Суицид близких 1,7%;





# В какие времена года и дни недели совершаются самоубийства среди несовершеннолетних?

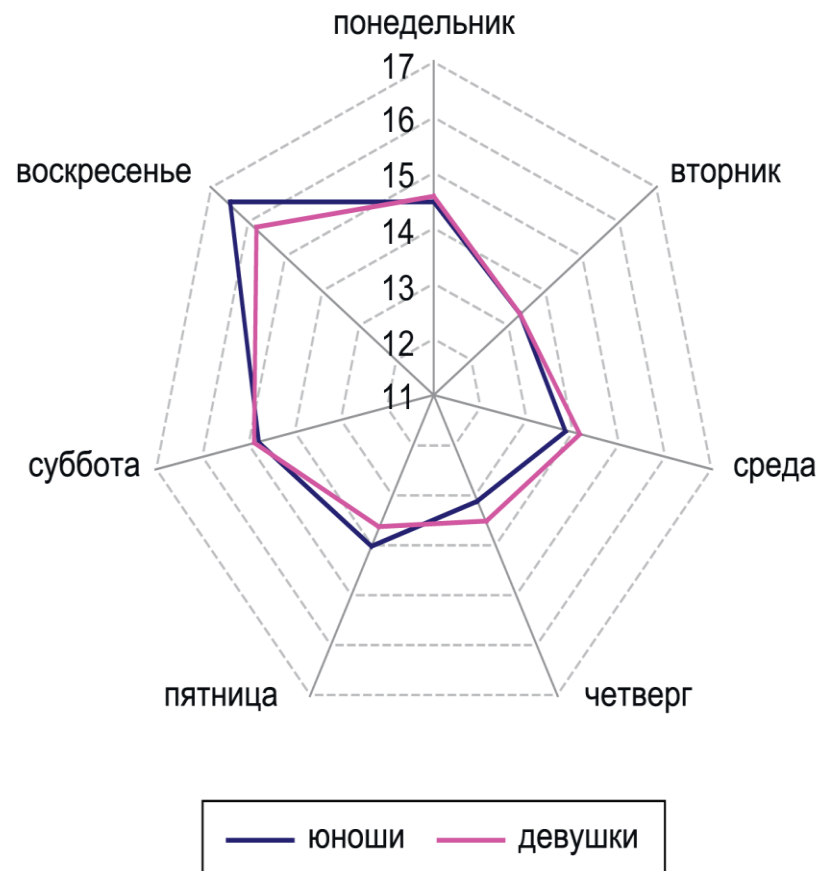
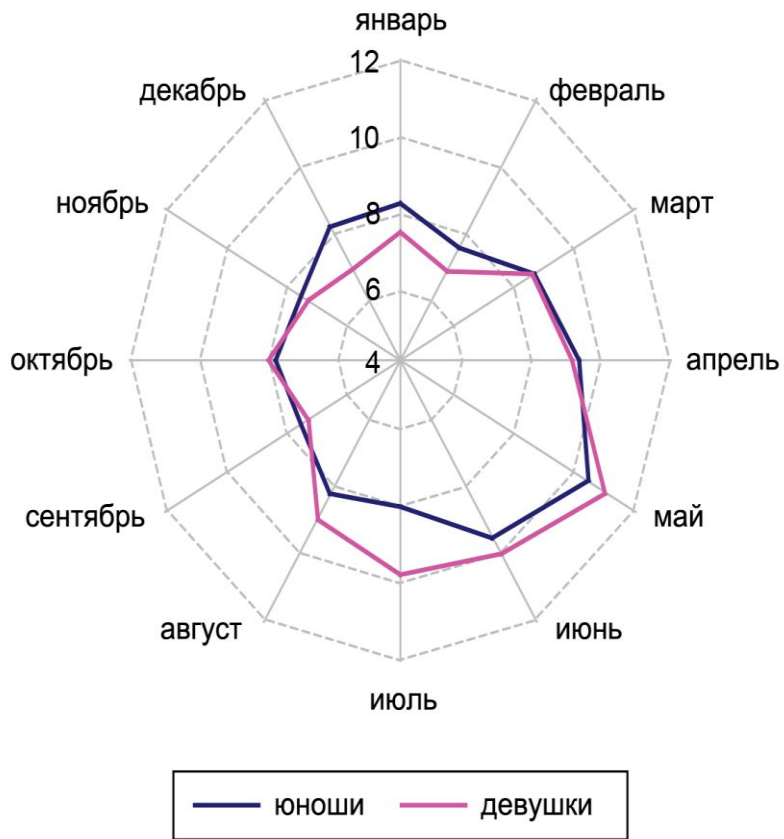


Рисунок 13. Распределение суицидов по сезонам года за период 2000-2009 г., %.

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ).  
Смертность российских подростков от самоубийств, 2011.





# Распределение суицидов среди обучающихся в зависимости от времени года и дня недели (2015-2018 гг.; на примере 158 случаев)



# Психо-социальные факторы риска

Нарушение регуляции серотонинергической системы в сочетании с **ранней травмой в анамнезе** может привести к суицидальному поведению:

- **Физическое и/или сексуальное насилие**, которому подросток подвергался в детстве (Холмогорова, Воликова, 2012; Злова Т.П., Пичиков, 2015; Cha et al., 2018; Jobes et al., 2019; Rajalin, Hirvikoski, Jokinen, 2013; Lanzillo et al., 2018; Rufino, Patriquin, 2019).
- **Дисфункциональность родителей** (Холмогорова, Воликова, 2012; Mann, 2003)
- **Родительский перфекционизм** (Холмогорова, Воликова, 2012)
- **Буллинг** со стороны сверстников (Cha et al., 2018; Jobes et al., 2019).
- **Кибербуллинг** имеет в ряде случаев более сильную связь с суицидальным поведением, чем традиционные формы буллинга (Bauman, Toomey, & Walker, 2013; Cha et al., 2018; Hinduja & Patchin, 2010; Van Geel, Vedder, & Tanilon, 2014).

# Микросоциальные факторы

## Предполагаемые мотивы суицидальных попыток\*

- **Семейные конфликты** при формально благополучной семье. Конфликты, связанные с *перфекционизмом* родителей по отношению к ребенку – ребенок не выполняет требований семьи/родителей – за этим следует реакция избегания наказания трансформирующаяся в суицидальные действия.
- **Семейные конфликты** с элементами *психологического/физического насилия*, сочетанные с трудностями, проблемами в школе. Нарастает внутреннее напряжение, за которым следует импульсивная разрядка (часто усиливающаяся на фоне употребления ПАВ) – суицидальные действия с мотивами протеста, мести.
- Хронические депрессивные состояния (часто не диагностированные) с переживаниями душевной боли, невыносимости, которая приводит к суицидальным действиям с мотивами самонаказания.
- **Буллинг** детей со стороны одноклассников при недооценке тяжести психического состояния, со стороны родителей – мотив призыв.

\* по результатам анализа 20 случаев СК по г. Москве (2014-2015 гг.), 50 случаев – ЦЭПП МГППУ (2014-2016 гг.)





# Макросоциальные факторы:

- ❖ Согласно социологической теории самоубийств Дюркгейма, *общество с низкой степенью социального сцепления и с не пользующимися всеобщим признанием культурными ценностями* относится к мощному генератору самоубийств, независимо от экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов.
- ❖ Устойчивые закономерности самоубийств в России: - преобладающий «аномический» тип самоубийств – как следствие **разобщения** отдельных индивидов по отношению к социальным группам; - значительная **вариация частоты самоубийств на региональном уровне и по типам поселений** (столичные, «периферийные» города и село), которая определяется вариациями культурно-этнических и социально-экономических вариантов уклада жизни населения.

Детский фонд ООН (**ЮНИСЕФ**). *Смертность российских подростков от самоубийств, 2011.*

Дюркгейм Э. *«Самоубийство (социологический этюд)»*. – М.: Мысль, 1994. – 412 с.

# Клинико-психологическая модель

А.Г. Амбрумовой



Суицидальное поведение отнесено к разновидностям **общеповеденческих реакций** человека в экстремальных ситуациях по всему континууму индивидуальных вариаций — **от безусловной психической нормы до выраженной патологии.**

- *По данным А.Г. Амбрумовой на психически нездоровых людей приходится только 1/3 суицидентов*
- «При наличии психической патологии не существует непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных симптомов, какими бы глубокими они ни были».

# «Предотвращение подростковых суицидов»

Е.М. Вроно

Важная информация	Пояснение
Суицид - следствие не одной неприятности, а многих.	<b>Обычно люди не совершают самоубийство из-за одной какой-то неприятности.</b> Большею частью они пытаются уйти из жизни не из-за одной неудачи, а из-за серии неудач.
Самоубийство может совершить каждый.	Предотвращать суицид было бы проще всего, если бы его совершали только определенные подростки. <b>К сожалению, тип "суицидоопасного подростка" установить невозможно.</b> Суицид совершают не только те подростки, которые плохо учатся и ни с кем не ладят, но и молодые люди, у которых нет проблем ни в школе ни дома.
Суицид можно предотвратить.	Большинство из них представляют опасность для самих себя лишь в продолжение короткого промежутка времени - от 24 до 72 часов. <b>Если же кто-то вмешается в их планы и окажет помощь, то больше покушаться на свою жизнь они никогда не будут.</b>
Разговоры о суициде не наводят подростков на мысли о суициде.	Разговаривая с подростком о суициде, мы вовсе не подталкиваем его суицид совершить. Если ваша подопечная, словно бы невзначай, заводит разговор о самоубийстве, это значит, что она давно уже о нем думает, и ничего нового вы ей о нем не скажете.
Суициденты, как правило, психически здоровы.	Да, суициденты могут вести себя как "психи", однако их поведение не является следствием психического заболевания. Их поступки и мысли неадекватны лишь в той степени, в какой неадекватным оказалось их положение.
Тот, кто говорит о суициде, совершает суицид.	Из десяти покушающихся на свою жизнь подростков семь делились своими планами. Поэтому большинство подростков, которые говорят о суициде, не шутят.
Чем лучше настроение у суицидента, тем больше риск	Вид у него при этом совершенно счастливый, ведь про себя он думает: "Ничего, скоро все это кончится".

# Что переживает подросток:

Е.М. Вроно

Проблемы трёх «Н»:

- Непреодолимость трудностей;
- Нескончаемость несчастья;
- Непереносимость тоски и одиночества.

Борьба с тремя «Б»:

- Беспомощностью;
- Бессилием;
- Безнадёжностью.





# Различие между депрессией у лиц с суицидальной попыткой и без

(Войцех В.Ф. 2008)

Факторы	Депрессия без СП	Депрессия с СП
Наследственность не отягощена	87,2%	59,4%
Патология беременности	17%	33%
Неполная или дисгармоничная семья	8,5%	39%
Деструктивное воспитание	25%	65%
Раннее появление патохарактерологических черт	38%	73%
Экзогенные влияния (алкоголизация)	21%	42%
Акцентуация личности	38%	80%

К суицидальным переживаниям относятся как к симптому депрессии, тогда как на самом деле она бывает сосуществующей с ней проблемой.





# Основные факторы риска в рамках медицинской модели

- Психические расстройства повышают риск суицида на 8%-30% (*Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.*), (*Moller 2001*) (*Hawton et al. 2005*), (*Oldham JM. 2006*), **90%** (*Chang, Gitlin, & Patel, 2011*).
- Суицидальная попытка в раннем возрасте повышает риск ее повторения на 30%. (*Wasserman u Culberg 1989; Wasserman 2001*)
- От 15% до 50% несовершеннолетних суицидентов при жизни страдали зависимостью от алкоголя и наркотиков (*Varnik et al. 2007*).

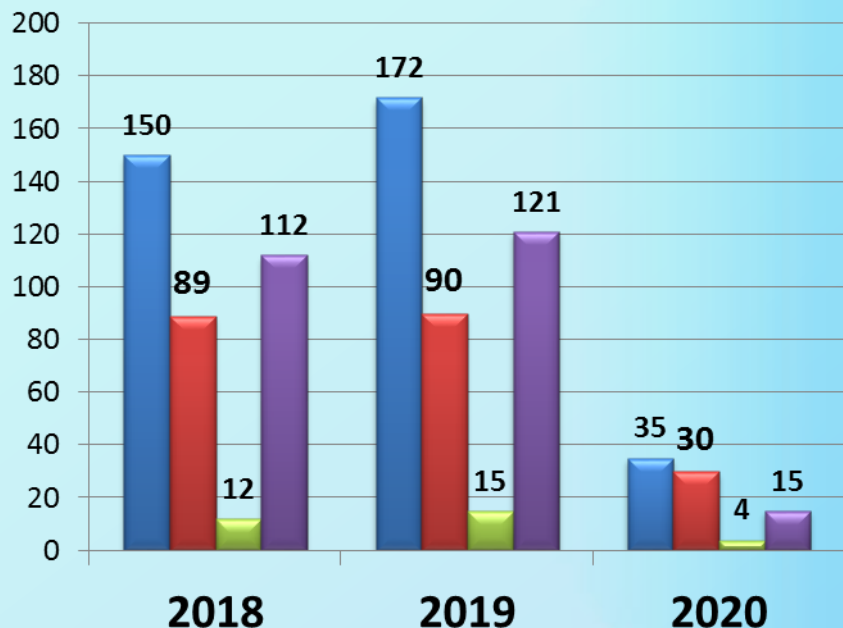
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ  
СУИЦИДОВ И ОПАСНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (2019-2020)  
N=150 (СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ 15,6 ЛЕТ)**

- Наследственность отягощена – 27%
  - Отягощённость детскими заболеваниями – 15%
  - Стрессовое событие в последние полгода – 46%
  - Начало заболевания:
    - до 1 года – 43%;
    - до 2 лет – 35%;
    - свыше 2 лет – 22%.
- Суицидальные попытки в анамнезе -28% из них у 40% повторные.



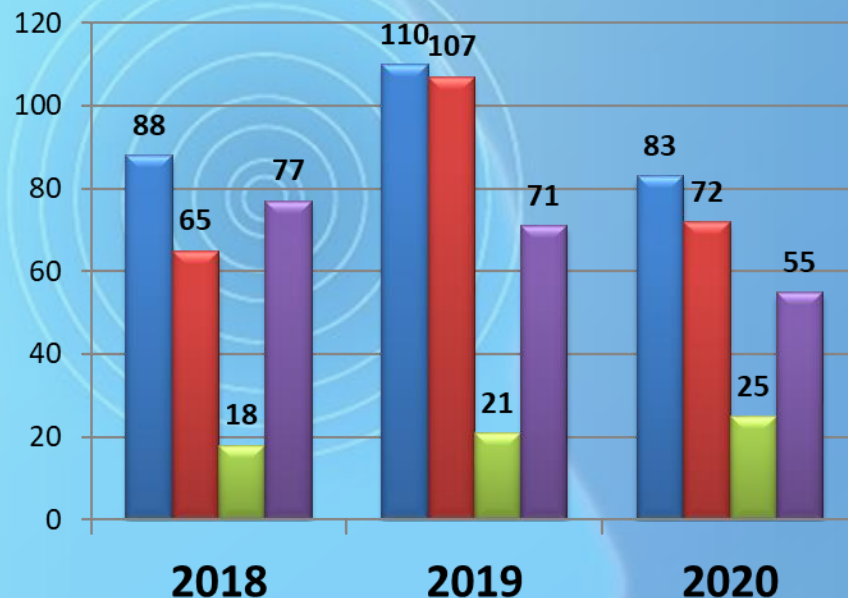
# Динамика обращений за медицинской помощью в ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ И ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НМИЦ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П.СЕРБСКОГО

## Амбулаторное звено n=357



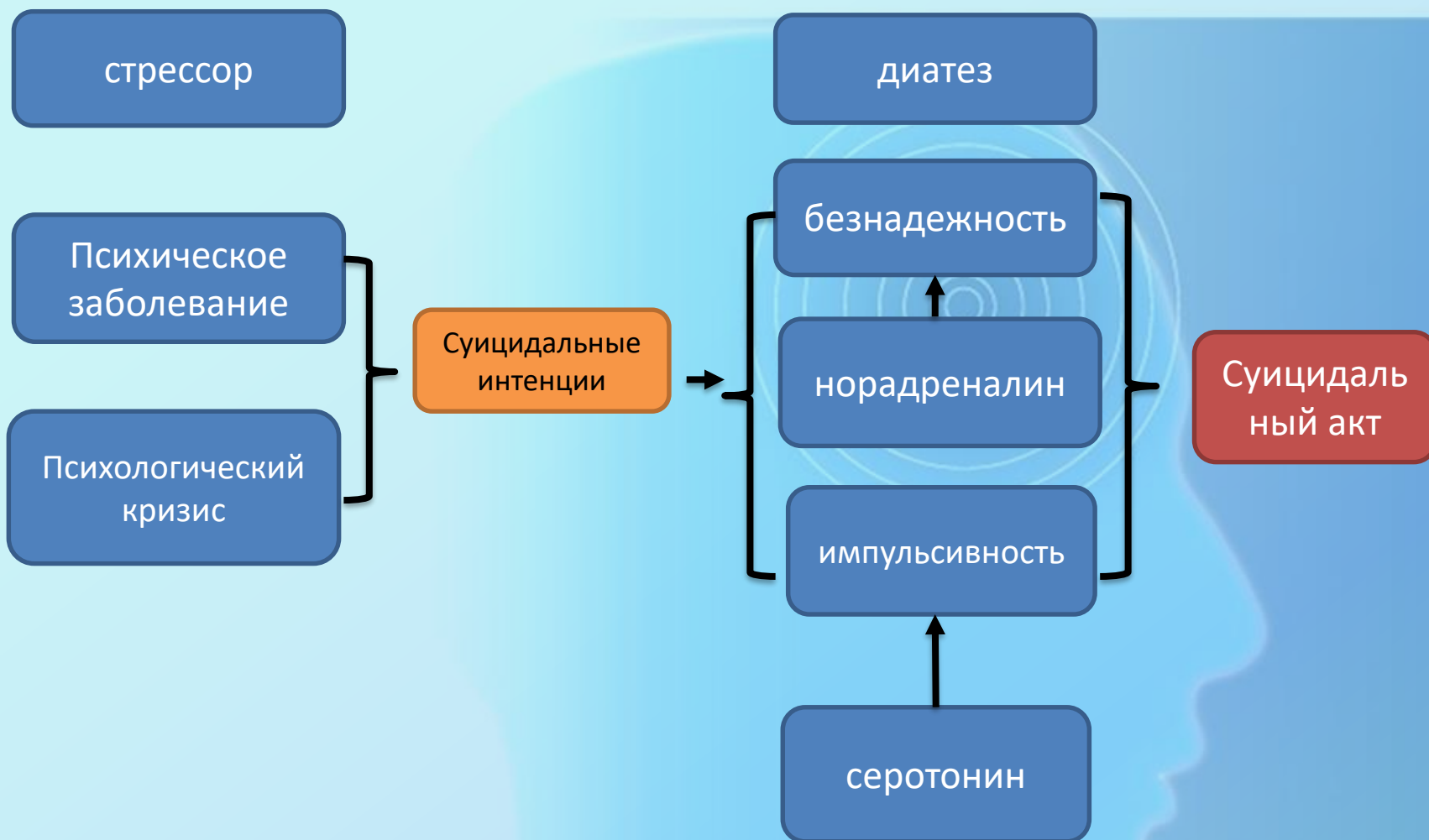
- на базе Центра и на базах ОО
- с суицидальными интенциями
- с суицидальными попытками
- акты самоповреждения

## Стационарное звено n=271



- Всего на базе Центра
- только с суицидальными мыслями
- с суицидальными мыслями и попытками
- с суицидальными мыслями и актами самоповреждения

# Модель стресса-диатеза (Mann et al., 2005)



# Модель стресса-диатеза (Mann et al., 2005)

- Модель предполагает, что жизненные стрессоры приводят к самоубийству только в сочетании с уязвимостью.
- Манн широко определяет стрессоры **как психиатрическое заболевание или психосоциальные факторы**, в то время как этот **диатез заключается в низком уровне серотонина и норадреналина**. Модель основана на клиническом феномене импульсивной агрессии, который является склонностью импульсивно реагировать на расстройства с гневом и агрессией (Apter et al., 1991).
- Брент и Манн (2006) предположили, что уязвимость к суицидальному поведению является **биологической с сильным семейным компонентом, как генетическим, так и экологическим**. Генетический компонент коренится в родительском расстройстве настроения и / или импульсивности и агрессии, тогда как жестокое обращение с детьми и пренебрежение к ним добавляют компонент окружающей среды.



## Модель стресса-диатеза (Mann et al., 2005)

Теория, однако, не объясняет суицидальное поведение, а другие исследования не обнаружили существенной связи между импульсивностью и суицидальным поведением (Horesh, 2001).

Кроме того, пациенты, которые предпринимали импульсивные попытки самоубийства, имели такой же уровень импульсивности, как и пациенты, которые планировали свои попытки (Baca-Garcia et al., 2005).



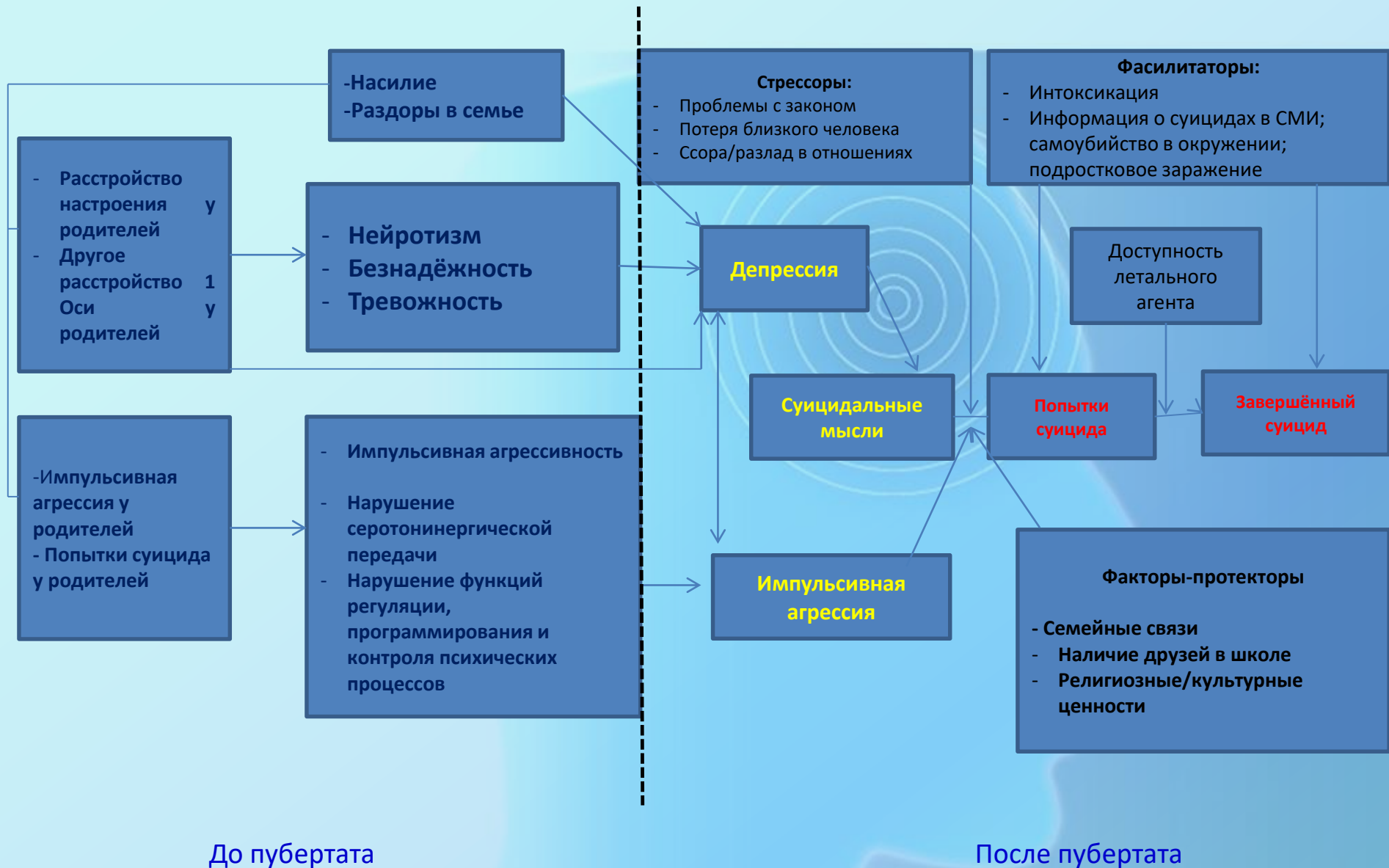
# Модель развития суицидального поведения у подростков

*(Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент)*

Модель построена на эпидемиологических данных и рассматривает суицид как совокупность:

- социо-культурных;
- психиатрических;
- психологических;
- семейных;
- биологических факторов.

# Модель развития суицидального поведения у подростков (Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент)

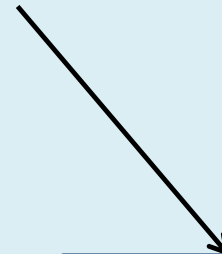
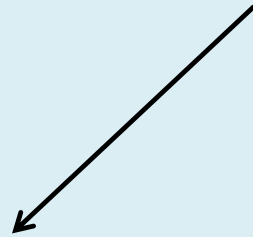




# Интерперсональная теория суицида

*Т. Джойнер, К. Ван Орден*

- Почему люди умирают от суицида?
- Потому что могут и хотят это сделать.



Приобретённая сниженная чувствительность к боли

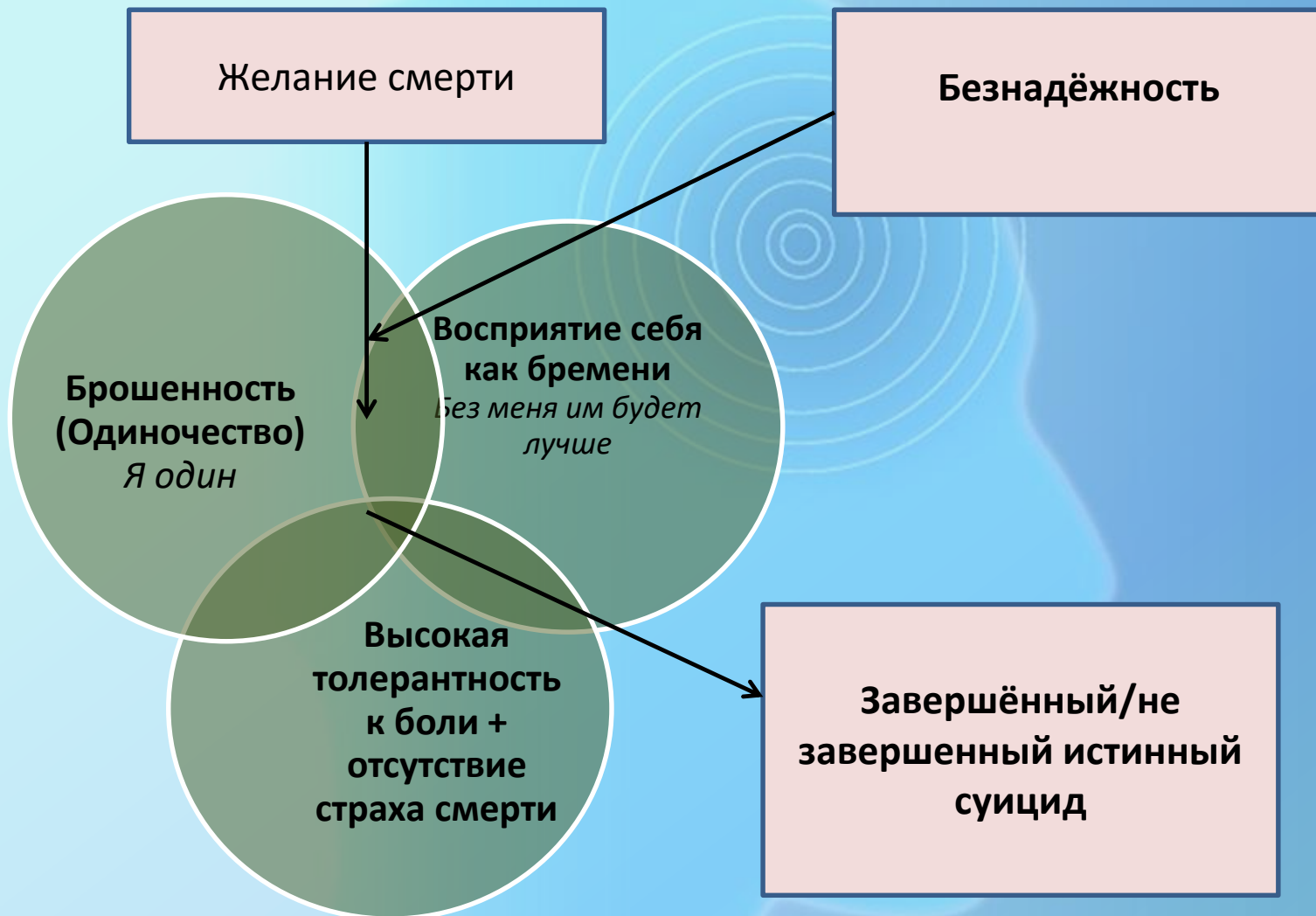
Одиночество (отсутствие принадлежности к какой-либо группе людей)

Восприятие себя как бремени для окружающих («для других будет лучше, если я умру»)



# Интерперсональная теория суицида

Т. Джойнер, К. Ван Орден







# Интерперсональная теория суицида

**Брошенность** (фрустрированная принадлежность, одиночество)

- Одиночество: «Я чувствую себя отгороженным от других людей».
- Отсутствие взаимной поддержки: «У меня нет людей, на которых я мог бы опереться в тяжёлые времена», «Я не могу поддержать близких мне людей».

**Восприятие себя как бремени**

- Убеждение о себе, что я как индивид настолько плох/бесполезен, что не может быть поддержкой для других. «Я причиняю близким людям только вред».
- Ненависть к себе: низкая самооценка, самообвинение и стыд. «Я ненавижу себя», «я бесполезен».

**Приобретённая высокая переносимость боли и сниженный страх смерти**

- Практически любой опыт перенесения сильной боли и/или страха (травмы, несчастные случаи, насилие, самоповреждающее, рискованное поведение)
- Сцены насилия и жестокости в СМИ, компьютерные игры связанные с убийством и насилием.



# Когнитивная модель суицидального поведения

*Э. Венцель, А. Бек*

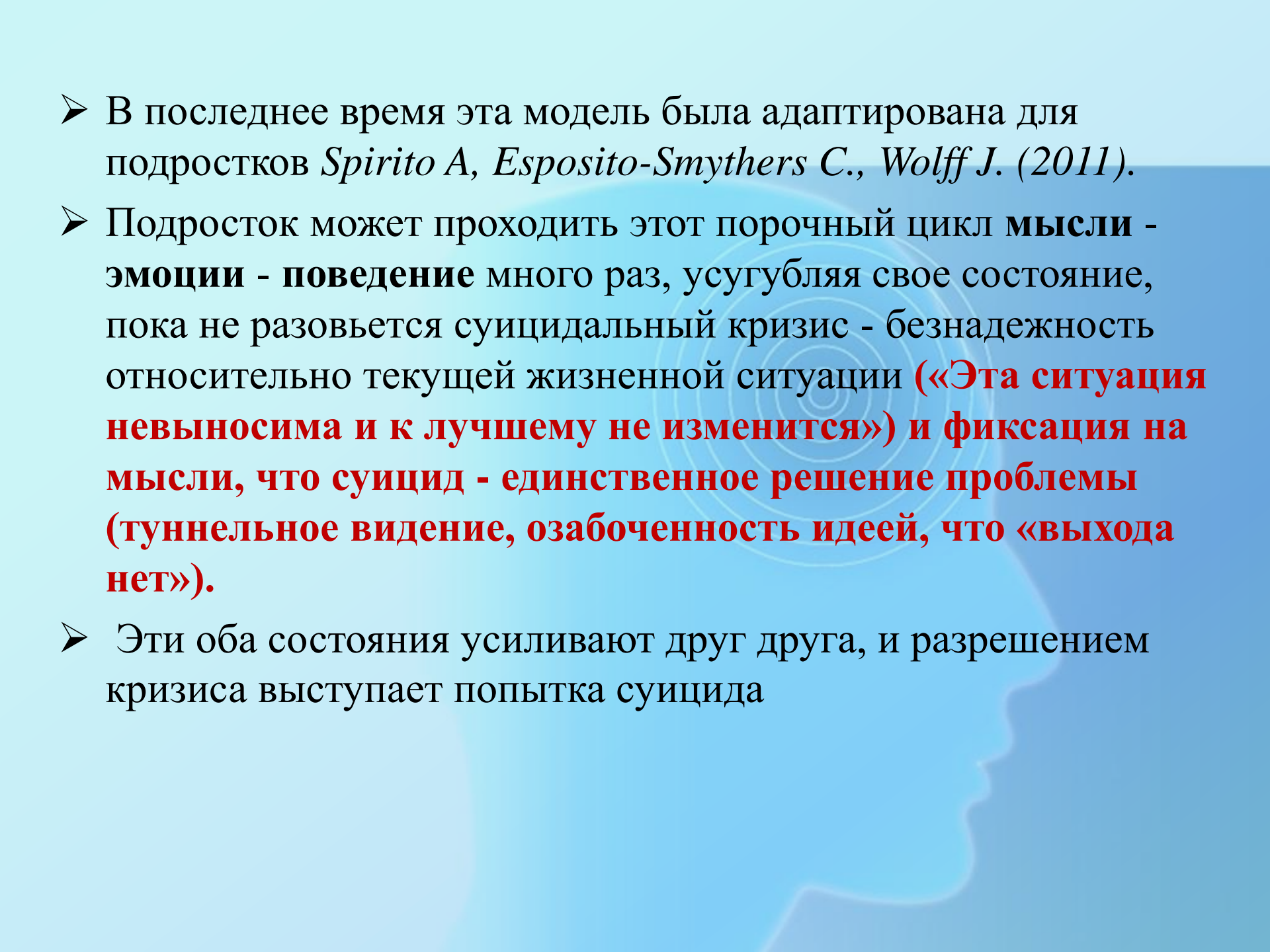


# Когнитивная модель суицидального поведения

Wenzel и Beck (2008) предложили когнитивную модель суицидального поведения, основанную на попытках различить долгосрочный и краткосрочный риск суицида, разделив факторы диспозиционной уязвимости (диатез) и искаженные когнитивные процессы, которые характеризуют суицидальный кризис.

Бек определил пять основных диспозиционных факторов уязвимости: импульсивность,

- дефицит в решении проблем,
- общий стиль памяти,
- дезадаптивный когнитивный стиль и
- личность.

- 
- В последнее время эта модель была адаптирована для подростков *Spirito A, Esposito-Smythers C., Wolff J. (2011)*.
  - Подросток может проходить этот порочный цикл **мысли - эмоции - поведение** много раз, усугубляя свое состояние, пока не разовьется суицидальный кризис - безнадежность относительно текущей жизненной ситуации (**«Эта ситуация невыносима и к лучшему не изменится»**) и фиксация на **мысли, что суицид - единственное решение проблемы (туннельное видение, озабоченность идеями, что «выхода нет»**).
  - Эти оба состояния усиливают друг друга, и разрешением кризиса выступает попытка суицида



# Когнитивная модель

## суицида

Негативные представления о  
-себе  
-других  
-своём будущем

Черно-белое мышление

Неспособность видеть разные пути решения проблем

Фиксация внимания

Недостаток навыков решения проблем

Безнадёжность

Ощущение неизбежной невыносимой бесконечной боли

Самоубийство







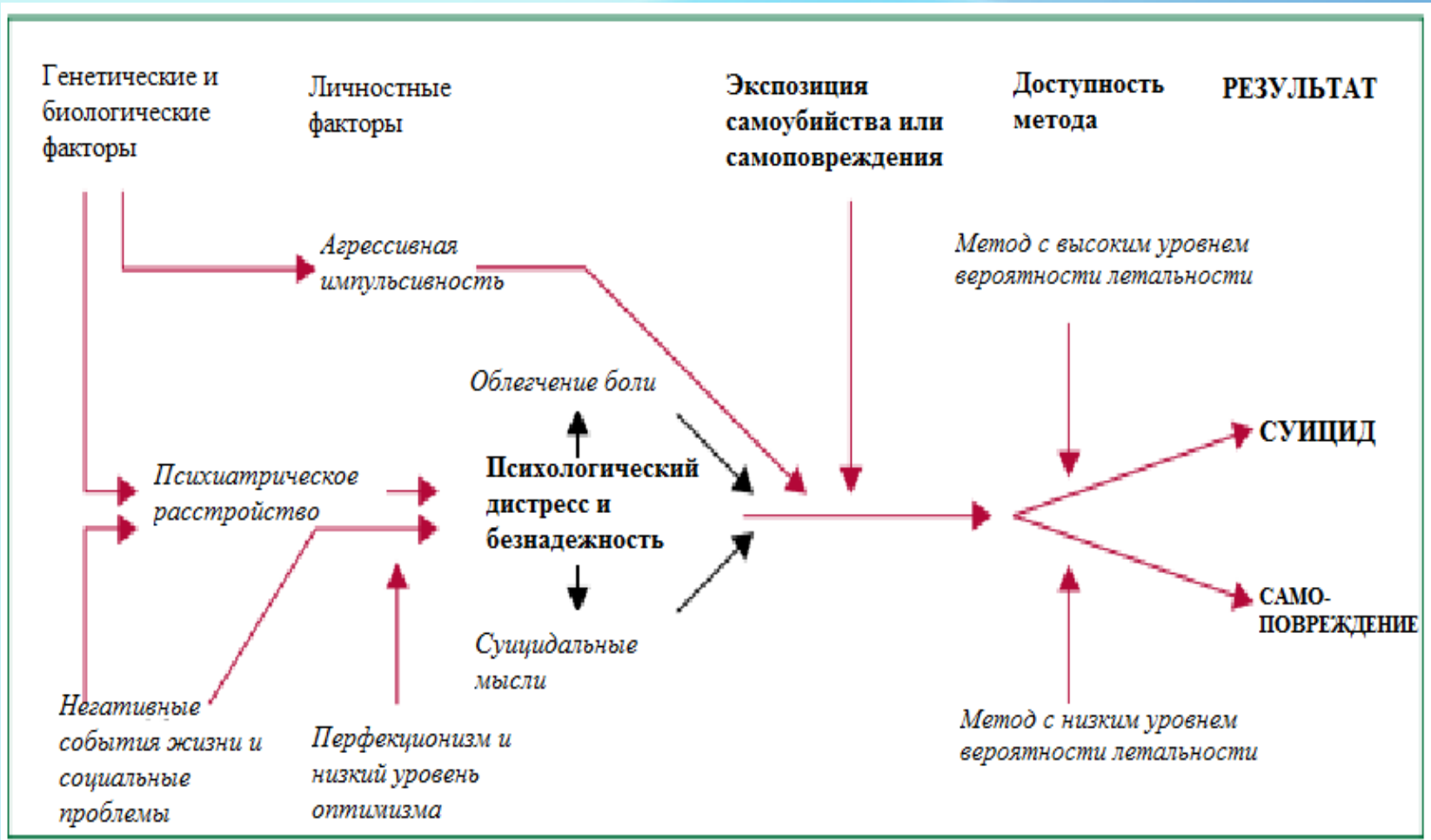
# Интегративная мотивационно-волевая модель суицидального поведения (R. O' Connor 2011)



# Интегративная мотивационно-волевая модель суицидального поведения (R. O' Connor 2011)

- Рассматривает самоубийство как волевое, а не импульсивное действие
- Процесс самоубийства рассматривается в соответствии с временной шкалой, начиная с биопсихосоциальной основы, также как и в модели стресс-диатез, и затем следуя модели «арестованного полета» (Williams & Pollock, 2001), прежде чем перейти от идеи к действию.
- Акцент в интегрированной модели делается на проксимальном предикторе самоубийства - суицидальное намерение, а не на идеи
- Модель исследует этапы суицидального мышления от фоновой установки (премотивационная фаза) до идеи (мотивационная фаза) **через переход от простого мышления к намерению** и в конечном итоге суицидальное поведение (волевая фаза).

# Теория самоубийства и самоповреждения Кейт Хаутон



(Hawton, Saunders, O'Connor, 2012)

# Модель развития суицидальных намерений

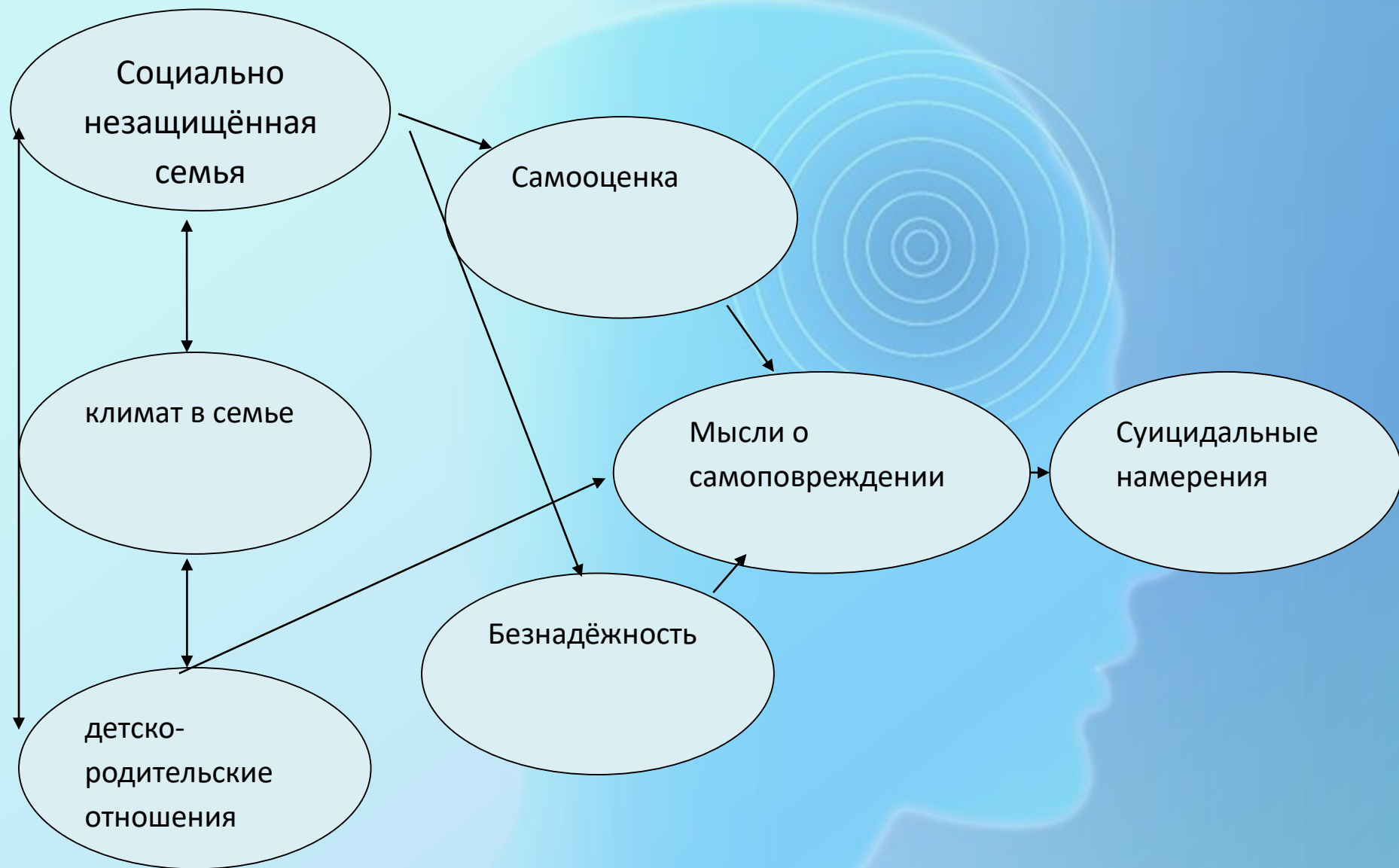
R. McGee, S. Williams, S. Nada-Raja.

**На выборке девочек низкий социоэкономический статус семьи сказывался на самооценке, а жёсткий авторитарный стиль воспитания являлся предиктором чувства безнадёжности.**

Неблагоприятный психологический климат в семье вызывал мысли о самоповреждении.



Для мальчиков наиболее важным фактором являлось воспитание в социально незащищённой семье, так как этот параметр вызывал значительное понижение самооценки и усиление безнадёжности, а жёсткий, авторитарный стиль воспитания являлся предиктором возникновения мыслей о самоповреждении.





# Теория трех шагов (Three-Step Theory — 3ST)

*E.D. Klonsky (2017)*

1. Вы испытываете боль и безнадежность?



2. Ваша боль сильнее, чем Ваши внешние связи?



3. Имеется ли у Вас возможность совершить суицид?



- Разделяет формирование суицидальных мыслей и переход от мыслей к суицидальному действию.
- По мнению авторов, суицидальные мысли возникают в результате сочетания психической боли с безнадежностью. Теория трех шагов предполагает специфические цели для снижения суицидального риска:
  - (а) снижение боли;
  - (б) усиление надежды;
  - (в) улучшение межличностных отношений с другими и/или
  - (г) уменьшение возможности совершения самоубийства (например, через контроль за оружием, установление ограждений на мостах и железной дороге и т. д.).

# Ограничения модели

- Модель 3ST точнее предсказывает риск появления суицидальных мыслей, чем другие модели, сфокусированные на таких триггерах суицида, как ощущение изоляции и обременительности.
- Но данная теория не отвечает на вопрос, каким образом суицидальные мысли превращаются в действия, и не верифицирована в разных возрастных группах, в том числе и в группах подростков.

# ТЕОРИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ *J. Zhang Университет штата Нью-Йорк в Буффало, США*

Предполагается, что суициду предшествует напряжение, вызванное конфликтующими, разнонаправленными стрессорами в жизни человека. Теория суицидального напряжения (ТСН) предлагает четыре источника напряжения, которые ведут к самоубийству:

- ценностное напряжение, проистекающее из конфликта ценностей;
- напряжение стремлений, проистекающее из зазора между стремлениями и реальностью;
- напряжение лишений, происходящее из относительных лишений, включая бедность;
- напряжение совладания, происходящее из недостаточных навыков совладания перед лицом кризиса.



# Нерешенные теоретические вопросы

1. Несмотря на годы исследований, вопрос об оперативном предсказании неизбежного самоубийства по-прежнему остается открытым
2. Накоплены многочисленные данные о потенциальных факторах риска, в первую очередь связанных с развитием суицидальных мыслей и в меньшей степени намерений и действий
3. Нужны эмпирически проверенные модели, в которых учитываются как потенциальные, так и актуальные факторы риска суицидального поведения





# Нерешенные практические вопросы

1. Авторы (Large et al., 2016; Large & Ryan, 2012) показали, **неэффективность принятой типологизации суицидального риска по принципу «низкий, средний, высокий».**
2. Систематический обзор и мета-анализ способности оценочных шкал прогнозировать суицид, акты самоповреждений показал, что **ни одна из них не предоставляет достаточных доказательств, подтверждающих ее эффективное использование в прогнозировании самоубийств** (Chan et al., 2016).
3. Кроме того, **«использование оценочных шкал или чрезмерная опора на выявление факторов риска в клинической практике может привести к ложным результатам и, следовательно, быть потенциально опасными»** (Chan et al., 2016)



# Краткосрочный риск самоубийства

В этой связи Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает актуальным разработку, внедрение и оценку инновационных стратегий профилактики самоубийств (*World Health Organization, 2018*).

В частности, **необходим инструментарий для оценки острых, краткосрочных, а не хронических суицидальных рисков** (*National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014*).

1. World Health Organization, 2018. *National Suicide Prevention strategies: progress, Examples and Indicators*. World Health Organization, Geneva, Switzerland. [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/national\\_strategies\\_2019/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/).
2. National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014 . *A Prioritized Research Agenda For Suicide prevention: an Action Plan to Save Lives*. National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force, Rockville, MD



# Суицидальный кризисный синдром

- 90% из тех, кто завершает самоубийство, имеют психиатрический диагноз  
(*Chang, Gitlin, & Patel, 2011*)
- 50-70% из них посещали врача в течение месяца, предшествующего их попытке и не высказывали суицидальных интенций (*Chang et al., 2011*).
  - 24,4% высказывали суицидальные намерения и планы вне психиатрических расстройств и суицидальных попыток (*Stone et.al., 20018* )
- *Необходимо дополнительно изучить острое суицидальное состояние в краткосрочном риске самоубийства* (*Fawcett et al., 1990 Rudd et al. 2006*)
  - Первый шаг сделан Е. Ringler (1953) который ввел понятие «пресуицидального синдрома», который предшествует, вне зависимости от основной психиатрической, соматической патологии или типа личности, всякому суицидальному действию.
  - Появилась концепция «кризиса самоубийства», «суицидальный кризис» - острое, высокоинтенсивное состояние негативного аффекта, **не обязательно как симптом психического расстройства, которое может послужить пусковым механизмом для самоубийства** (*Hendin, Maltsberger u Szanto (2007), Wenzel A. 2009,2012*).
- Психическое состояние кризиса самоубийства представляет собой особый синдром, синдром суицидального кризиса, который назван «триггерным состоянием самоубийства» (*Galynker et al, 2017; Cohen et al, 2017, 2018*)

# Дальнейшее направление развития изучения суицидального поведения

- В настоящее время появляется все больше работ, рассматривающих суицидальное поведение как отдельное психическое расстройство (María A. Oquendo, Enrique Baca-García (2014)), указывая на то, что **данное состояние встречается как при всем спектре психических расстройств, так и вне его.**
- Joseph H. Obegi (2018) предполагает, что ведение диагноза суицидального расстройства поведения **будет способствовать становлению новых когнитивных, аффективных и поведенческих критериев, которые смогут более полно будут отражать феноменологию суицидального поведения.**
- С точки зрения ряда исследователей (Posner K., Oquendo M.A, Gould M. et al. 2007) **суицидальное поведение соответствует тем же критериям обоснованности и надёжности, что и другие психические расстройства.**
- В настоящее время DSM-5 – включило рубрику суицидальное расстройство поведения, как **«состояние для дальнейшего изучения», которое является первым шагом для понимания феноменологии состояния для выделения в отдельный диагноз.**



# Нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения

## Подобно другим

- Включает элементы межличностной теории самоубийства, мотивационно-волевой модели и модели стресс-диатез

## Отличается от других

- Различает долгосрочные и краткосрочные факторы риска, включает историю жизни, лежащую в основе самоубийства
- Включает критерии психического состояния, характерного для самоубийства: суицидальный кризисный синдром
- Суицидальные мысли не являются краткосрочным фактором риска (они могут быть, а могут и не быть)





# Нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения







**«Судя по всему, самое простое - предположить душевную болезнь; бывало, каждого самоубийцу объявляли душевнобольным. Тогда снимается вопрос о мотивах... Но это не так».**

*К. Ясперс. "Философия". (Гейдельберг. 1-е издание: 1931. Перевод по: 2-е издание. 1948). С.552-564.*

**«Не существует единого объяснения тому, почему люди совершают самоубийства»**

*Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.*

***Не существует единой теории, объясняющей причины самоубийств, поскольку это «... социальное явление, связанное с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития отдельных сообществ»***

*Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения. // В сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984, с. 62-77.*

В одном гарвардском исследовании врачам раздали подредактированные истории болезни самоубийц и попросили поставить диагноз.

Если врачам не говорили, что это самоубийцы, они диагностировали душевные заболевания лишь в 22% случаев,

а если в документах значилось самоубийство — в 90%.

Ясно, что суицидальность подсказывала им неоспоримый медицинский диагноз

*Соломон Э. Демон полуденный. Анатомия депрессии — М.: ООО “Издательство “Добрая книга”, 2004. — 672 с. 2004*



Дева Иматра –  
единственный в мире памятник посвященный  
самоубийцам . Финляндия, г. Иматра,  
«Парк Короны» (Kruununpuisto) .





**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»  
Минздрава России**

**С П А С И Б О    З А    В Н И М А Н И Е !**

Горячая линия помощи при ЧС. Круглосуточно [+7\(495\) 637-70-70](tel:+74956377070)  
Горячая линия по вопросам домашнего насилия [+7\(495\) 637-22-20](tel:+74956372220)  
Контактный E-mail по вопросам COVID-19 [covid-19@serbsky.ru](mailto:covid-19@serbsky.ru)