

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра  
\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть

\_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Регистрационный №

**ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**(для специалистов средств массовой информации)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Белорусская медицинская академия последипломного образования

АВТОРЫ:

Кандидат медицинских наук, доцент Ласый Е.В.

МИНСК 2009

## **ВВЕДЕНИЕ**

Суицидальное поведение является сложной философской, этической, социальной и медицинской проблемой. Ежегодно в мире совершается около 1 млн. самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. Самоубийство, как причина смерти, занимает второе место после ДТП в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе. Среднемировой уровень суицидов составляет около 14-16 на 100000 населения в год. В Республике Беларусь в 2008 г. этот показатель составил 27,5/100000. В абсолютных цифрах это обозначает, что более 2600 человек в Беларуси умерли в результате самоубийства в указанном году, что значительно превысило число погибших в ДТП (1954 человек) за тот же период.

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

### **1. ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

К суицидальному поведению принято относить самоубийство (суицид), суицидальные попытки (парасуициды), мысли и высказывания о самоубийстве. Причины суицидального поведения многообразны. Их не-

возможно свести только к психическому расстройству, соматическому заболеванию или тяжёлой жизненной ситуации, которую переживает человек. Однако, в многочисленных исследованиях выявлены факторы, которые увеличивают риск суицидов и суицидальных попыток. Их наличие не обозначает обязательного «вердикта» суицида, но их сочетание увеличивает его риск.

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

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

**Психические расстройства** также являются серьёзным фактором риска суицида. Результаты исследований ВОЗ демонстрируют, что во многих случаях состояние человека на момент смерти в результате суицида соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них - расстройства настроения (депрессия), зависимость от психоактивных веществ (алкоголизм и наркомания), расстройства личности и другие. Так, *депрессия* предшествует 45-70% суицидов; *зависимостью от алкоголя* страдает 10-22% умирающих в результате суицида. Почти в половине случаев имеет место сочетание нескольких из этих расстройств. Наиболее частой является комбинация зависимости от алкоголя или наркотиков и депрессии. К сожалению, большинство из тех, кто умирает от своих рук, не обращаются при жизни за помощью психолога, психиатра или психотерапевта. Можно предположить, что это связано с рядом причин. Во-первых, те состояния, которые специалисты считают психическими расстройствами, часто не расцениваются в обществе как «бо-

лезнь», а воспринимаются либо как вариант нормы, либо как проявления «слабости характера». Так, депрессия может рассматриваться индивидом и его близкими, как проявление «слабодушия», «лени» и пр. Зависимость от алкоголя часто скрывается или оправдывается культуральными нормами употребления алкоголя. Расстройства личности могут восприниматься только как «дурной характер» или «невоспитанность». Наиболее «узнаваемыми» и расцениваемыми как психическая патология даже специалистами, являются психозы с ярким бредом и галлюцинациями, эпизоды явно нарушенного поведения, которые часто свойственны шизофрении. И хотя риск суицида при этом расстройстве является высоким, *большинство самоубийств, как было сказано выше, совершают люди со значительно более «привычными» формами поведения.* Во-вторых, психиатрия и, в меньшей степени, психотерапия являются в сознании многих людей достаточно стигматизированными отраслями медицинской помощи. В связи с этим, своевременному обращению к специалисту могут мешать опасения социального ostracизма, стыд, страх предвзятого отношения родственников, друзей и коллег по работе.

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

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

Уровень суицидов в населении увеличивается с **возрастом**, и достигает максимума после 45-50 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 20-29 лет. Однако, это не снижает актуаль-

ности проблемы суицидов молодёжи, т.к. из года в год отмечается увеличение уровней суицидов в этой подгруппе населения.

## 2. ПСИХОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Несмотря на значимость психического расстройства как фактора риска, суицидальное поведение не является его прямым следствием.* Большая часть людей, даже с тяжёлыми психическими расстройствами, никогда не совершают суицидальных действий. В то же время, некоторые люди, ранее не страдавшие психическими расстройствами, но попавшие в тяжёлую социально-психологическую ситуацию, могут совершать суицидальные попытки и суициды. Обычно, провоцирующим фактором суицидальных действий, даже при наличии тяжёлой психической патологии, является конфликт или кризис. Например, для многих людей известие о диагнозе тяжёлого заболевания (онкология, СПИД) или смерти любимого человека может провоцировать мысли о суициде. Ситуации *межличностных конфликтов* являются источниками эмоций *страха, вины, стыда*, которые также тяжело переносятся. Суицидальный акт обычно совершается в состоянии «суженного» сознания, когда доминирует аффект, ощущение тупика или отсутствует способность к поиску иных выходов из ситуации.

**Стремление к смерти и воздействие на других.** Суицидальное поведение изначально имеет двойственную природу: с одной стороны, оно связано с идеей смерти или саморазрушения, с другой стороны, бессознательно направлено на изменение поведения окружающих и психологическое воздействие на них. В большинстве суицидальных актов присутствуют оба элемента. Первый компонент (лишение себя жизни или причинение страдания) часто связан с непереносимой ситуацией, тяжёлым страданием или чувством вины, которые испытывает человек. Движущей силой этого вектора аутоагрессии может быть потребность прервать страда-

ния или «наказать» самого себя. Второй компонент (воздействие на других) может быть обусловлен такими мотивами, как месть, протест, индукция чувства вины у значимого человека, попытка изменить чьё-либо поведение. Чем больше выражены мотивы «прервать страдание», тем выше риск того, что акт самоповреждения закончится смертью или будет иметь тяжёлые медицинские последствия. В то же время, очень немногие суицидальные акты, направленные «вовне», носят *только* манипулятивный характер. Часто те угрозы, которые воспринимаются окружающими как «шантаж», могут заканчиваться летально вследствие недоучёта обстоятельств или желания индивида «доказать» серьёзность своих намерений. В данном случае, сам способ манипуляции другими – с помощью самоповреждения – является признаком психологического неблагополучия и основанием для оказания психотерапевтической помощи.

**Двойственное отношение индивида к суициду.** Большинство людей не воспринимают собственные суицидальные намерения как «окончательное решение». Людям свойственно сомневаться, они часто испытывают колебания «за» и «против» определённых поступков. Это касается и ситуации кризиса. Человек колеблется между желанием «остаться живым и изменить ситуацию» и «желанием умереть или причинить себе боль». Эти колебания обычно проявляются в поведении и могут быть использованы окружающими для усиления тенденций к жизни.

**Отношение к суициду в обществе связано с культурным и религиозным контекстом.** Независимо от характеристик индивида, совершившего суицидальный акт, сама тема самоубийства вызывает ряд специфических ассоциаций и эмоциональных реакций, схожих у большинства представителей данной культуры. Например, в культурной среде, базирующейся на христианских традициях, суицид часто ассоциируется с понятиями греха, морального табу, духовной слабости. Частой реакцией яв-

ляется неоправданное моральное осуждение, как самого индивида, так и его близких, что стигматизирует семью и препятствует получению психологической помощи её членами.

**Суицидальный акт сильнейшим образом влияет на близких людей.** *Тяжёлая реакция горя* является обычным следствием суицида члена семьи, т.к. к переживанию утраты присоединяется чрезмерное чувство вины, связанное с ощущением собственной причастности к поступку умершего. Прижизненные конфликты или суицидальные записки обвиняющего содержания значительно усиливают ощущение «виновности» или являются причиной характерного для людей, переживших суицид близкого, «поиска виновного третьего». Стыд, страх общественного осуждения, сокрытие причины смерти, снижение социальной продуктивности также являются характерными компонентами этих переживаний. Суицидальные угрозы часто порождают *тревогу и опасения* их реализации. *Раздражение, гнев и недоверие* являются типичным ответом на ощущение манипулятивного давления, «суицидального шантажа». Возможным (и недопустимым) следствием этих чувств может стать провоцирование человека совершить суицидальные действия. *Презрение и обесценивание* связаны с традиционным «стигматизирующим» отношением к людям с психическими расстройствами, и с восприятием суицида как греха, нравственной слабости, неполноценности. Попытки «морализировать», «наставлять на путь истинный» обычно усиливают у индивида чувство вины и стыда, препятствуют открытому диалогу.

Несмотря на то, что суицидальный акт происходит в поле человеческих отношений и зачастую является своеобразным «аргументом» в противостоянии с эмоционально значимыми людьми, они не могут нести всю ответственность за суицидальные действия, так как индивид совершает их самостоятельно и полный контроль над его поступками невозможен. Оче-

видно также то, что любые проявления суицидальности являются индикатором, как неблагополучия семейных отношений, так и психологических проблем индивида и, возможно, его близких. Суицидальные высказывания, мысли и акты являются показанием для консультации соответствующего специалиста (психолог, психотерапевт, психиатр).

### **3. МОДЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОПИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ АКТОВ**

Для человека характерен феномен идентификации с определёнными значимыми для него фигурами, героями, персонажами. В своём поведении индивид может подражать их поступкам. Выбор объекта для подражания во многом зависит как от внутренних мотивов, так и от схожих (с объектом) психологических или социальных проблем, жизненных обстоятельств, судеб, человеческих отношений. Можно сказать, что существуют люди внутренне «готовые» к идентификации с определённым поведением. Например, находясь в ситуации кризиса (утрата, развод, разлука и пр.), человек может воспринять извне определённую модель поведения другого индивида, находящегося в схожей ситуации. Если сам переживающий кризис испытывал суицидальные мысли, информация о том, что некто (достаточно известный или уважаемый) совершил суицидальный акт, может послужить пусковым фактором для подражания его действиям. Объектом идентификации может стать как близкий человек, родственник или друг, так и некое известное лицо.

Продукция средств массовой информации и художественные произведения способны делать широко известными различные модели человеческого поведения. Копирование суицидального поведения по образу и подобию поступков героев литературы и репортажей СМИ получило название «эффекта Вертера». Известно, что после публикации в 1774 г. ро-

мана И. Гёте «Страдания юного Вертера», была зафиксирована волна самоубийств, когда предпринявшие их молодые люди копировали способ, обстоятельства и манеру одеваться героя, талантливо отображённые гениальным писателем. В связи с этим, в ряде стран Европы роман был запрещён к изданию. Начиная с 70-х годов 20-го века «эффект Вертера» был систематически исследован на примере влияния репортажей газет и телевидения, поведения героев ряда телесериалов на суицидальную активность населения, находящегося в зоне действия данных СМИ (Phillips D., 1980; Wassermann I., 1982; Gould M., 1990; Phillips D. et al., 1992 и др.). Во многих исследованиях, проведенных в США, Австрии, Германии, Венгрии, Австралии, Японии было достаточно чётко показана статистически положительная связь между регулярностью и характером освещения определённых суицидальных актов и частотой их повторов в «целевых» группах населения. Так, в 1984 и 1987 гг. газеты Вены печатали подробные и полные драматизма репортажи о суицидах на городской рельсовой дороге. После проведения кампании по снижению психологического «накала» данных репортажей и их частоты в 1987 г., количество суицидов заметно уменьшилось. Длительная демонстрация в Великобритании, Германии и США ряда телесериалов, где присутствовали сцены суицидов и суицидальных попыток (передозировок лекарств) сопровождалась копированием актов в молодёжной среде. Авторы исследований выявили ряд специфических характеристик журналистских репортажей, которые могут усиливать контагиозность («заразительность») суицидальных действий. Отмечено, что помещение репортажей о суициде на первые полосы изданий, использование крупного шрифта и указание на суицид в заголовке, дополнение репортажа фотографиями с места трагедии, регулярность освещения случаев конкретных суицидальных актов усиливают контагиозный эффект. Кроме того, романтизация суицида и представление его как

«неожиданного акта совершенно здорового человека», придание событию сенсационного оттенка, подробное описание суицидов известных лиц также усиливают вышеназванный эффект. Исследователи заметили также, что во многих случаях имеет место феномен половой и возрастной специфичности копирования суицидальных актов. То есть, частота схожих по способу суицидальных актов увеличивается среди лиц, пол и возрастная группа которых совпадает с соответствующими характеристиками персонажей репортажа или фильма. Наиболее уязвимой и склонной к копированию суицидальных актов группой населения являются подростки и молодые взрослые. Так, в одном из исследований, проведенных в США, было показана связь между снижением частоты суицидальных актов среди молодых женщин и фактом длительной забастовки сотрудников прессы, когда выпуск газет был временно прекращён.

В настоящее время обращает на себя внимание возможное влияние контента различных Интернет-ресурсов на суицидальное поведение их посетителей. Интернет-ресурсы с учётом их отношения к проблеме суицида можно условно разделить на три категории: 1. Ресурсы помощи, которые предоставляют объективную информацию о проблеме и предлагают поддержку и конкретные меры психологической помощи в кризисном состоянии. Часто имеют отношение к религиозным и общественным организациям. 2. Ресурсы, пропагандирующие или поддерживающие суицидальные намерения. Часто имеют антипсихиатрическую направленность и предлагают описание и «рекомендации» по выбору наиболее «эффективного» способа самоубийства. 3. Ресурсы нейтрального отношения к смерти. Как правило, характеризуют суицид как акт свободы воли и личного выбора. В то же время, могут предлагать альтернативные выходы из кризиса.

Систематических исследований по поводу влияния указанных источников на суицидальные действия пользователей пока недостаточно, хотя достаточно очевидно, что сайты, пропагандирующие суицид могут способствовать соответствующему выбору человека, находящегося в кризисе.

#### **4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОСВЕЩЕНИЮ ТЕМЫ СУИЦИДА**

Учитывая достаточную доказательную базу феномена модельного поведения и копирования суицидальных актов, а также большое значение СМИ и художественных произведений в процессе моделирования поведения определённых групп населения, современные стратегии предупреждения суицидального поведения включают предоставление рекомендаций для журналистов, редакторов, телевизионных продюсеров и других специалистов СМИ по снижению возможного вреда, связанного с информацией о суицидах. Кроме того, специалисты СМИ могут внести значительный вклад в распространение информации о преодолении кризисных ситуаций, доступности психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи, способствовать дестигматизации психических расстройств. Руководства по данной тематике для специалистов СМИ существуют во многих странах (США, Австралия, Австрия, Новая Зеландия, Канада, Германия, Япония, Швейцария), а также разработаны Всемирной организацией здравоохранения. Исследования, проведенные в Австрии и Швейцарии, показали, что выполнение указанных рекомендаций может приводить к снижению количества суицидов в определённых подгруппах населения.

##### **Чего следует избегать:**

1. Подумайте, является ли данный случай суицидального поведения «достойным» новостей. Суицид является достаточно частой причиной

смерти. Например, он является причиной большей доли смертей подростков, чем все естественные причины вместе взятые.

2. Избегайте представлений суицида в качестве «таинственного» поступка заведомо «здоровой» или «хорошо функционирующей» персоны.

3. Не представляйте суицид как разумный способ решения проблем.

4. Не описывайте суицид как героический или романтический поступок.

5. Избегайте использования изображения (фотографии) жертвы, его (её) близких и места суицидального акта, для того чтобы избежать чрезмерной идентификации.

6. Избегайте подробного описания способа и места суицидальных действий.

7. Ограничивайте остроту подачи информации, её объём и количество историй о конкретном суициде. Избегайте помещения репортажей о суициде на первой полосе издания.

8. Избегайте «поиска виновного» в суициде. Это одна из распространённых психологических защит людей, переживающих суицид близкого. Тщательное расследование обычно показывает, что, в большинстве случаев, причиной суицида является множество факторов, а не действия конкретного человека (родственника, врача, учителя, командира, сослуживца и пр.).

#### **О чём стоит писать:**

1. Предоставляйте сбалансированную картину жизни умершего, описывая проблемы наряду с успехами и победами.

2. Подчёркивайте, что суицид является следствием комплекса психологических и социальных проблем или психических расстройств (чаще всего депрессии), многие из которых поддаются лечению.

3. Не избегайте упоминания о психологических проблемах, психических расстройствах или зависимости от алкоголя или наркотиков при описании

суицидальных актов известных лиц, «кумиров» массовой культуры, политических деятелей и пр.

4. Очень важно предоставлять объективную информацию о том, что считается «психическими расстройствами». В современном понимании, к ним относят и те многие состояния, которые люди не привыкли рассматривать как психическую патологию: депрессию, злоупотребление алкоголем и наркотиками, кратковременные нарушения адаптации в стрессовых ситуациях, тревожные состояния и другие.

5. Важно избегать категоричности в оценке причин суицида и психической патологии. Необходимо информировать общество о том, что причиной психических расстройств (например, депрессии) является сложный комплекс социальных, семейных, воспитательных, психологических и биологических факторов. Соответственно, помощь должна быть тоже комплексной, основанной на взаимодействии специалистов социального сектора, психологов, психотерапевтов и психиатров.

6. Предоставляйте информацию о местных ресурсах социальной, психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

7. Описывайте проблемы людей с психическими расстройствами в спокойной манере, исключая стигматизацию.

8. Предоставляйте информацию о распространённости и закономерностях суицидального поведения.

9. Публикуйте истории о том, как индивиду удалось справиться с трудностями, избежав суицидальных действий, в том числе благодаря своевременной психологической и социальной поддержке и лечению.

10. Может быть полезной образовательная информация о симптомах депрессии, суицидальных знаках, мифах о суициде и законодательных актах, имеющих отношение к медицинской и психиатрической помощи.

11. Просматривайте заголовки. Некоторые ответственно написанные репортажи могут быть испорчены сенсационными и безвкусными заголовками.

### **Рекомендации к языку репортажей**

1. Избегайте использования ссылок на «суицид» в заголовках статей и репортажей. Информация о суицидальном акте может быть упомянута в тексте статьи.
2. Не рекомендуется делать суицид основной темой статьи о конкретном человеке.
3. Избегайте терминов «суицидент» и «совершивший самоубийство». Первый низводит всю сложность личности умершего и его прижизненных проблем до «человека, предпринявшего акт самоубийства». Второй имеет коннотацию к криминальному и морально осуждаемому поведению (сравните - «совершивший убийство»). Вместо указанных терминов рекомендуется применять оборот «умерший вследствие самоубийства».
4. Не рекомендуется использовать выражения «успешно завершил акт», «не удалось завершить», «не удавшаяся попытка суицида» и пр. Более предпочтительными являются термины «смерть в результате самоубийства» и «попытка самоубийства, не закончившаяся смертью».
5. Избегайте в описании распространённости суицидов термина «эпидемия» и определения «эпидемический». Предпочтительно говорить об «изменении», «увеличении» или «уменьшении» уровней суицидов.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Суицидальное поведение является сложным социально-психологическим явлением, которое может быть направлено, как на прерывание тяжёлых душевных и/или физических страданий путём самоуничтожения (самоповреждения), так и на привлечение внимания к про-

блемам или на изменение поведения значимых людей. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжёлый стресс ближайшим социальным окружением индивида. Социальные проблемы, психические расстройства, тяжёлые соматические заболевания и стрессовые ситуации представляют собой факторы риска суицида. Средства массовой информации и художественные произведения могут способствовать распространению в обществе определённых моделей поведения благодаря эффекту копирования действий их персонажей и героев. Манера освещения суицидальных актов в газетных и телевизионных репортажах может влиять на степень контагиозности подобного поведения. Следование определённым рекомендациям в подаче материала о суицидах может минимизировать вред, не приводя к отказу от освещения проблемы в целом. Специалисты СМИ могут способствовать как осознанию обществом проблемы суицидов, психического здоровья и стигмы психических расстройств в целом, так и распространению образовательной информации о депрессии, знаках суицидального риска, способах психологической помощи и лечения психических расстройств, в частности.

## Приложение 1

### Рекомендуемая литература

1. Закон РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», 1999.
2. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / Пер. с англ. М.: Смысл, 2000.
3. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005.
4. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
5. Превенция самоубийств. Руководство для специалистов средств массовой информации /Под ред. Х.М. Бертолотте и др./ Пер. с англ. – Одесса, Одесский Национальный Университет им И.И.Мечникова, 2005. – 14 с.
6. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Сост. А.Моховиков – М., «Когито-Центр», 2001.
7. Чхартишвили П.Г. Писатель и самоубийство. – М.: Новое литературное обозрение, 2000.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Пер. с англ. М.: Смысл, 2001.
9. American Foundation for Suicide Prevention. Annenberg School of Public Policy. 2001. Consensus workshop on media guidelines for coverage of stories about suicide. Jan. 16, 2001, New York, NY.
10. Gould, MS. 1990. Suicide clusters and media exposure. In *Suicide over the Life Cycle*. S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer, eds. American Psychiatric Press. Washington, D.C.
11. Hawton K et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. *British medical journal*, 1999, 318:972-977.
12. Philips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *American journal of sociology*, 1982, 87: 1340-1359.
13. Reporting on Suicide: Recommendations for the Media/ American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, Annenberg Public Policy Center, 2001.- 8 p.

## Приложение 2

### Мифы и факты о самоубийстве

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

## Приложение 3

## Симптомы депрессии

- *Сниженное настроение:* «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, необщительность, молчаливость, высказывания об отсутствии надежды, перспектив, смысла жизни.
- *Снижение интереса к обычным для данного человека занятиям, контактам и развлечениям.* Человек много времени проводит в постели, ничем не интересуется, избегает общения, просмотра телепередач, чтения и др.
- *Снижение работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за «слабость воли», считает «никому не ненужным», «никчёмным».
- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Своё прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.
- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.
- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*
- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжёлым заболеванием мозга. С уменьшением интенсивности депрессии эти симптомы проходят.
- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже - беспокойство, повышение двигательной активности.

- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, ранние пробуждения, отсутствие удовлетворённости ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.
- *Понижение или повышение аппетита.* Значительное понижение аппетита и потеря веса говорят о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить «компенсацией» отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжёлых чувств.
- *Снижение либидо,* уменьшение потребности в сексуальной сфере.
- *Соматические симптомы:* задержка стула, сухость во рту, колебание артериального давления.

#### Приложение 4

##### «Знаки» суицидального риска

- Человек испытывает фантазии и мысли о *самоповреждении, самоубийстве.* Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих явлений, а также способность контролировать их самостоятельно.
- Признаки *«прощания»:* раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.
- *Суицидальные угрозы.* Нередко высказывания носят *прямой* характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в *косвенных* угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...», «Я не в силах сам ничего предпринять...», «Нет мочи больше

терпеть все это...», «Я неудачник и являюсь для всех обузой...», «Всем будет только лучше без меня...» и др.

- *Суицидальные попытки ранее.* Чем больше количество и выше тяжесть совершённых попыток ранее, тем выше вероятность дальнейшего суицидального поведения.
- *Степень планирования суицида.* Наличие конкретного плана, чётких представлений индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.
- *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.
- *Признаки депрессии, тяжёлого страха, бред и галлюцинации*

## **Приложение 5**

### **Экстренная психологическая помощь в Минске**

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

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

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

### **Телефоны доверия в других городах Беларуси:**

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

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

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

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

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

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

Жодино – (8-01775) 3-48-46

(пн., ср., пт. – с 16.00 до 20.00; вт., чт. – с 8.00 до 12.00)

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

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

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

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

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

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