

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГУО «БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

Е.В. ЛАСЫЙ, О.И. ПАРОВАЯ

**ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ В ОБЩЕ-
МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО, 2011

УДК 616.89-008.441.44-07(075.9)

ББК 56.14я73

Л26

Рекомендовано Учебно-методическим Советом БелМАПО в качестве учебно-методического пособия, протокол №

Авторы:

Доцент кафедры психиатрии и наркологии БелМАПО, кандидат мед. наук

Е.В. Ласый

Аспирант кафедры психиатрия и наркология БелМАПО

О.И. Паровая

Е.В. Ласый, О.И. Паровая

Л26 Выявление пациентов с суицидальным риском в общей медицинской практике: Учеб. - метод. пособие / Е.В. Ласый, О.И. Паровая. Мн.: БелМАПО, 2012. – 34 с.

ISBN

Учебно-методическое пособие основано на современных литературных данных и клиническом опыте диагностики состояний с повышенным суицидальным риском у представителей различных социальных слоёв населения и пациентов с соматической патологией и психическими расстройствами разной тяжести и регистров. Представлены практические рекомендации по оценке риска суицида и поддержанию терапевтических отношений с пациентами, имеющими высокий риск самоубийства. Данные подтверждены сведениями из современных научных обзоров.

Предназначено для врачей лечебных специальностей.

УДК 616.89-008.441.44-07(075.9)

ББК 56.14я73

© Ласый Е.В., О.И. Паровая

© Оформление. Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2012

ISBN

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе [11]. Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий [7]. Предположительно в 10-20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире [12]. Показатель суицидов в Республике Беларусь составил 22,9/100000 в 2011 г., что значительно превышает среднемировой уровень (14,5/100000 в 2000 г.). Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу [6, 8], осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную стратегию.

К сожалению, среди медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов. Однако люди с психологическими проблемами и психическими расстройствами значительно чаще обращаются к врачам другого профиля. При этом они могут либо не осознавать своих проблем, либо просто опасаться обращения к психиатру и психотерапевту. По данным ряда исследователей 45-70% посещают врача терапевтического профиля за две недели до суицида или попытки. В среднем, врач общей практики сталкивается с суицидом среди своих пациентов каждые три с половиной года и с двумя суицидальными попытками ежегодно.

Предполагается, что более 60% людей, покончивших с собой, *никогда ранее не обращались к психиатрам* до суицида, хотя при ретроспективном анализе документации и биографии у многих из них выявляются признаки расстройств настроения, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), расстройств личности и другой психической патологии. В связи с этим, важным направлением

профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение (СП) – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти [22].

С точки зрения клинической практики СП принято подразделять на **внутренние** и **внешние** формы [1].

Внутренние формы:

- *Антивитальные переживания* – размышления об отсутствии ценности жизни без чётких представлений о своей смерти
- *Пассивные суицидальные мысли* – фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни
- *Суицидальные замыслы* – разработка плана суицида
- *Суицидальные намерения* – решение к выполнению плана

Внешние формы:

- *Самоубийство (суицид)* – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.
- *Суицидальная попытка (парасуицид)* – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий.

В настоящее время, считается рискованным деление СП на «истинное» и «демонстративно-шантажное», вследствие высокой вероятности гиподиагностики серьёзных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных интенций часто затрудняется следующими обстоятельствами:

- *диссимуляция* пациентом истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения);
- *защитное поведение* пациента (неосознаваемые психологические защиты), например, диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжёлых последствиях попытки и др.;
- неадекватные представления пациента (завышенные или заниженные) о *степени летальности* избранного способа парасуицида. Это характерно для действий детей, подростков или лиц с тяжёлыми психическими расстройствами;
- недоучёт пациентом *случайных внешних обстоятельств* (например, вмешательство посторонних).

При этом следует помнить, что даже изначально «манипулятивные» суицидальные попытки могут иметь серьезные медицинские последствия и даже завершиться смертельным исходом. Причиной этому может послужить случайное стечение обстоятельств, факторы, которые не возможно было учесть до совершения парасуицида.

Эти и другие обстоятельства приводят к тому, что далеко не всегда **степень травматичности** суицидального акта соответствует его **мотивам**. Кроме того, использование терминов «демонстративный», «шантажный», «манипулятивный» вносит морализаторскую, осуждающую коннотацию, что может оказать негативное влияние на процесс терапевтических отношений специалиста и пациента.

Из сферы суицидального поведения принято исключать: [15]

- *Несчастные случаи* - случайные, т.е. не намеренные самоповреждения и передозировки

Привычную аутоотравматизацию (ПА). Намеренное самоповреждение, не связанное с идеей смерти и суицида. ПА часто сочетается с суицидальными

действиями и вместе с ними может являться признаком серьёзной личностной патологии (пограничного расстройства личности).

2. МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается индивидуумом, во многом определяют **МОТИВЫ** суицидальных действий.

- **«Крик о помощи», призыв.** Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) – обретение помощи.
- **Протест, месть.** Провоцируется чувством «обиды», «несправедливости». Суицидальные действия (попытка или суицид) бессознательно направлены на индукцию чувства вины у значимого человека в ситуации конфликта.
- **Избегание непереносимой жизненной ситуации.** Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (развод, долги, перспектива выписки из отделения, уголовное наказание и пр.). С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.
- **Избегание страдания.** Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляется способом их прервать.
- **Наказание себя.** Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов.
- **Жертвоприношение.** Провоцируется потребностью «искупить вину» за реальные или фантазийные (в случае депрессии, бреда) действия.
- **Воссоединение.** Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжёлой утраты.

Как правило, суицидальный акт движется более чем одним мотивом. Например, депрессивный пациент может испытывать как потребность в самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи.

3. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Факторы риска суицида (ФР) – это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов. Факторы риска являются понятиями вероятностными, и их предиктивная сила носит относительный характер. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже одного из факторов. Тем не менее, их значимость усиливается при интеграции множества факторов.

К основным факторам риска принято относить социально-демографические, медицинские, биографические, индивидуально-психологические и др.

I. Социально-демографические факторы суицидального риска

1) **Пол.** Уровень суицидов у мужчин в 3-6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, выше примерно в 1,5 раза среди женщин. У мужчин в целом выше риск преждевременной смерти по сравнению с женщинами. Они в 5 раз чаще умирают от инфаркта миокарда, в 3 раза чаще от дорожных аварий и в 3 раза чаще становятся жертвами насилия. При этом они значительно реже обращаются за медицинской помощью, в том числе и психиатрической. Часто, в представлении мужчин обращение за помощью равноценно заявлению о собственной некомпетентности, зависимости от других и потере контроля над ситуацией. Известно, что к социально закреплённым ценностным характеристикам маскулинного поведения общественное сознание относит решительность и способность достигать поставленных целей. Кроме социально полезных результатов, следование данному культурному гендерному стереоти-

пу может способствовать закреплению ригидного, бескомпромиссного и импульсивного поведения, отрицанию психологических и соматических проблем, отказу от поиска помощи, что увеличивает риск смерти или тяжелого исхода при совершении суицидальных действий.

Тот факт, что мужчины из групп риска суицида реже, чем женщины, контактируют с медицинской службой и чаще попадают в поле зрения правоохранительных органов (милиция, ГАИ), может являться основанием для разработки специфических стратегий превенции суицида среди них. Так, среди мужчин целесообразно выделить несколько основных групп высокого относительного риска суицида и регулярно проводить скрининг суицидального поведения среди них. К этим группам относятся лица с асоциальным поведением, безработные, перенесшие тяжелые утраты, пожилые и заключенные.

2) Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45-ти лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 20-29 лет.

3) Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

4) Профессиональный статус. Нарушение профессионального стереотипа (листы нетрудоспособности на длительный срок, потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

5) Религия. Уровни суицидов выше среди атеистов, по сравнению с верующими. Среди основных конфессий, максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

II. Медицинские факторы суицидального риска.

б) Психическая патология.

Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Согласно результатам исследований ВОЗ (2002 г.), во многих случаях состояние человека на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них - расстройства настроения (РН), рас-

стройства личности (РЛ) и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), шизофрения и другие психозы. В 31-44% случаев самоубийств эксперты ставят более одного психиатрического диагноза, т. е коморбидность расстройств значительно увеличивает риск суицида [14].

Депрессия. По мнению ряда исследователей умеренный или тяжёлый депрессивный эпизод предшествует 45-70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким - 8-30%.

Синдром зависимости от алкоголя. От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках зависимых от алкоголя достигают 270 /100000, что почти в 20 раз превышает показатели общей популяции (14-17 /100000).

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героино-вых наркоманов значительно превышает популяционный и колеблется в диапазоне 82-350/100000.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов почти такой же, как среди страдающих депрессией и составляет 5-12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год.

Расстройства личности. Максимальный риск суицидального поведения (3-9%) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (ЭНРЛ) [17], для которого характерны быстрые смены настроения, напряжённые межличностные отношения, импульсивность, чувство «опустошённости» и «бессмысленности», мышление в «чёрно-белых тонах». Характерно то, что ЭНРЛ часто сочетается с расстройствами настроения и зависимостью от психоактивных веществ. Сочетание этих трёх клинических состояний является сильнейшим предиктором суицидального поведения.

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, предиктором суицида является не диагноз, а клиническое состояние пациента,

психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент (см. «Оценка суицидального риска»).

7) Соматическая патология.

Связь между соматической патологией и суицидальным поведением очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Около 50% из этой группы страдали сочетанием психического расстройства и соматического заболевания. Группу повышенного суицидального риска составляют больные *тяжёлыми хроническими заболеваниями*. Кроме физических страданий или хронического болевого синдрома, данные заболевания приносят массу негативных социально-психологических последствий для пациента. В связи с этим, соматические заболевания *часто сочетаются с депрессией или являются одной из её причин*.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологические и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулёз); врождённые и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжёлых операций и трансплантации донорских органов и тканей; хроническая почечная патология.

Постоянный приём определённых *лекарственных препаратов* может усугублять состояние депрессии у больных хроническими заболеваниями. К таким медикаментам относятся: препараты раувольфии и другие гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства.

Соматические заболевания часто сопутствуют тем или иным психическим расстройствам, обладающим высоким суицидальным риском. Депрессивные состояния часто сопровождаются снижением иммунитета и учащением инфекционно-воспалительных или респираторных заболеваний, больные алкоголизмом часто страдают хроническими заболеваниями печени и т.д.

Психическое расстройство может проявляться или маскироваться соматическими симптомами (вегетативная нестабильность, функциональные нарушения гастро-интестинального тракта, мигренеподобные головные боли могут быть симптомами тревожного расстройства, соматизированных расстройств или депрессии).

Психическое расстройство может быть следствием соматического заболевания (реактивная депрессия у пациента, узнавшего о наличии тяжёлого заболевания; тревога в связи с ожиданием операции; панические атаки во время приступов стенокардии и др.).

III. Биографические факторы суицидального риска

8) Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является наиболее значимых факторов риска суицида и повторного парасуицида. Согласно результатам метаанализа [18], факт суицидальной попытки (парасуицида) в прошлом, повышает ежегодный риск суицида до 0,549% и прижизненный – до 27,5%. Для сравнения, значение этих цифр в общей популяции равно 0,014% и 0,72%, соответственно.

9) Суицидальное поведение биологических родственников

Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано как с закономерностями наследования психических расстройств, так и определённых поведенческих особенностей личности (импульсивность).

10) Суицидальное поведение «значимых других»

В некоторых случаях большое значение имеет *копирование поведения эмоционально значимых лиц* (родных, партнёров, религиозных лидеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

11) Другие анамнестические факторы риска.

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников, воспитание в условиях отсутствия родительской привязанности и др.

IV. Индивидуально-психологические факторы риска

Данные факторы отражают не столько риск суицидального поведения, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (подростковый и пожилой возраст); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая способность к вытеснению фрустрирующего фактора; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

4. ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации. Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: специалист не просто «объективно» и бесстрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент «субъективизма» в оценку риска и дальнейшие действия врача. В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

- Особенности клинического интервью и отслеживание собственных эмоций врача при его проведении;
- Объективная клиническая оценка врачом состояния и поведения пациента.

4.1. Клиническая оценка

Включает в себя анализ факторов риска суицида и клиническую оценку психического статуса и суицидальных намерений пациента.

- **Относительные факторы риска суицидального поведения** указывают на принадлежность к группе риска и вероятность суицидальной дезадаптации (см. «Относительные факторы риска суицидального поведения»). Риск увеличивается при интеграции ряда факторов. Например, пожилой человек, проживающий в одиночестве, страдающий хроническим соматическим заболеванием и депрессией принадлежит к группе высокого суицидального риска.

- **Факторы текущего состояния.** В отличие от факторов риска, эти факторы описывают *актуальное* поведение и психический статус человека, и непосредственно указывают на степень суицидального риска [7]. Следует оценить:

1. Суицидальные намерения
2. Наличие депрессии, тревоги и других психопатологических симптомов
3. Степень безнадёжности и импульсивности
4. Тяжесть психосоциального стрессора
5. Наличие социальной поддержки
6. Желание пациента принимать помощь

Указанные параметры представляются наиболее важными, находятся в неразрывной связи друг с другом и оцениваются в совокупности.

1. Суицидальные интенции (намерения)

Обычно рекомендуется обращать внимание на следующие факты [7, 9]:

- * Необычное для данного индивида или социального контекста поведение; *смена стереотипа поведения*. Примеры: прерывание социальных контактов, эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса, неадекватное ситуации утраты «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение.

- * Признаки *«прощания»*: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.

- * Фантазии и мысли о *смерти, самоповреждении, самоубийстве*. Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность их контролировать* пациентом самостоятельно.

* *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...» и т.п.

* *Суицидальные попытки ранее.* Количество и тяжесть парасуицидов прогнозируют вероятность дальнейшего суицидального поведения.

* *Степень планирования суицида.* Чёткие представления 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.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (приложения 1, 2).

2. Наличие депрессии и тревоги

Риск суицида ассоциирован со многими психическими расстройствами и является максимальным среди пациентов, страдающих БАР, РДР, зависимостью от ПАВ, ЭНРЛ, шизофренией и близкими к ней психозами и значительно увеличивается при коморбидности этих состояний [4]. Особое значение связано с диагностикой синдрома депрессии.

Симптомы депрессии

Основные:

- *Заметное снижение настроения.* Характерные признаки: соответствующие жалобы, «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, избегание контактов, сниженная речевая продукция.
- *Снижение интереса к обычным для данного человека делам, контактам и развлечениям.* Утрата способности получать удовольствие от тех занятий, которые в обычных обстоятельствах приносят его.

- *Снижение энергичности, работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за слабость воли, неконкурентоспособность, несоответствие доминирующим социальным нормам.

Дополнительные:

- *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 гипертрофированно обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей. Часто сопровождается идеями о самонаказании, в т.ч. путём суицида.

- *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 органическим заболеванием мозга. С купированием симптоматики депрессии эти симптомы проходят.

- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.

- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже – тревожная ажитация, беспокойное повышение двигательной активности.

- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворённости ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше обычного) могут свидетельствовать об утяжелении депрессии. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.

- *Понижение или повышение аппетита.* Понижение аппетита с потерей веса на 5 и более процентов от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной 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 слизистых, снижение артериального давления.

Особенности проявления депрессии у мужчин

Как правило, клинические проявления депрессии у мужчин и женщин идентичны. Но в связи с социокультурными особенностями и традициями воспитания, в ряде случаев у мужчин депрессия на начальных этапах имеет некоторые особенности. Известно, что мужчины чаще не позволяют себе проявлять депрессивное настроение, безнадежность, уязвимость и пытаются справиться с проблемами самостоятельно, что искажает привычные симптомы депрессии.

Социально приемлемые для мужчин модели поведения включают в себя демонстрацию силы и доминирование, смелость, надежность, стремление к достижениям, конкурентоспособность, рациональность, успешность, активность, контроль и неуязвимость. Эта же модель маскулинного поведения включает в себя ограничение на проявление ряда эмоций. Такие переживания у мужчин как тревога, неуверенность, печаль, беспомощность не одобряются обществом. В то же время, такие проявления депрессии, как агрессивность, злость, враждебность и рискованное поведение в большей степени «принимаются» социумом как черты типично мужского поведения. *В связи с этим, именно они часто выходят на первый план при проявлении депрессии у мужчин.* Для мужчин также характерно «действие вовне», когда эмоции импульсивно выражаются посредством действий, как правило, агрессивных или сопряженных с опасностью [18-21].

Мужчины чаще видят причиной своего неудовлетворительного состояния внешние причины и отрицают наличие расстройства настроения или каких-либо внутренних конфликтов. В связи с этим можно выделить ряд различий течения депрессий у мужчин и женщин [23].

Симптомы депрессии у мужчин	Симптомы депрессии у женщин
<ul style="list-style-type: none"> • Обвинение других • Злость, раздражительность, «взвинчивание себя» • Подозрительность, ощущение внешнего контроля • Создает конфликты • Беспокойность, возбуждение • Поступки без обдумывания • Сон слишком короткий • Становится очень контролирующим • Стыд • Страх провала • Излишняя озабоченность статусом • Самолечение алкоголем • Излишнее использование Интернета/ТВ 	<ul style="list-style-type: none"> • Тенденции к самообвинению • Печаль, апатия, ощущение бесполезности • Тревога, ощущение запуганности • Избегает конфликтов • Нервозность • Замедленность в действиях • Сон слишком долгий • Сложности в удержании границ • Вина • Низкая успешность • Обесценивание своего положения • Самолечение едой • Отказ от развлечений

Тревога может быть симптомом невротических и психотических расстройств. Часто сопровождает депрессию. *Невротическая* тревога проявляется жалобами на беспокойство по любым, даже самым мелким причинам, двигательным беспокойством, вегетативной нестабильностью, нарушениями сна, беспокойством о здоровье. Тяжёлые приступы невротической тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Тревога и страх *психотического* происхождения сопровождаются параноидным бредом (бред преследования, воздействия), ипохондрическими идеями о наличии неизлечимого заболевания, галлюцинаторными голосами, симптомами открытости мыс-

лей. Как правило, проявляются нарушенным поведением (ажитация, возбуждение, избегание преследований), «странными» высказываниями о преследованиях, «издевательствах», «энергетических влияниях» и пр. Одной из форм избегания тревоги и страха может стать суицид. Слуховые галлюцинации при сочетании параноидного бреда и депрессивной симптоматики могут приобретать императивный суицидальный характер. Страх, сопровождающий психоз, связан с более высоким риском СП, чем невротическая тревога.

Вербальная и невербальная агрессия часто являются предшественниками аутоагрессивного поведения, что прослеживается и в анамнезе пациентов, совершающих суицидальные действия. Психологические механизмы суицида во многом сводятся к перенаправлению агрессии «на себя», *реализации чувства вины через самонаказание или предотвращении нанесения вреда окружающим*. Примеры: пациент, страдающий шизофренией, объясняет свой тяжёлый парасуицид путём падения с высоты, тем, что «спасал соседа по палате» от своей агрессии: «Слышал голоса, которые приказывали убить его»; пациент, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, обратился с жалобами на «мысли убить себя», появившиеся вслед за яркими навязчивыми фантазиями «схватить котёнка и швырнуть его о стену».

3. Злоупотребление ПАВ (алкоголь, опиаты, канабиноиды, психостимуляторы, летучие растворители и др.)

Злоупотребление алкоголем может являться маской мужской формы депрессии. В тех случаях, когда мужчинам зачастую трудно понять свои неприятные переживания и заявить о них, свой внутренний дискомфорт они могут пытаться заглушить алкоголем. При этом прием алкоголя не приносит желаемого облегчения. Попытки избавиться от психологической боли с помощью ПАВ могут привести к злоупотреблению ими, а в последующем и к зависимости.

Сам алкоголь является значимым фактором риска суицидального поведения. В состоянии алкогольной интоксикации снижается способность критически оценивать свои поступки, повышается импульсивность, что может привести к быстрому принятию решения о самоповреждении. Снижение болевого порога и

ухудшение координации движений увеличивает тяжесть медицинских последствий аутоагрессивных действий.

В связи с этим, важно выявлять лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, оценивать наличие у них депрессивной симптоматики и назначать лечение, основываясь на имеющихся симптомах [5].

Диагноз зависимости ставится при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, наблюдавшихся на протяжении определенного времени в течение 12 месяцев.

1. Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.

2. Сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.

3. Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.

4. Повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.

5. Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.

6. Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом, понимании природы и степени вреда.

Для скрининга можно использовать 4 простых вопроса, предложенных в скрининг-тесте (CAGE) (приложение 3).

4. Безнадёжность и импульсивность

Безнадёжность представляет собой психологический феномен депрессивно-го восприятия реальности, собственного «Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных тонах.

Импульсивность обычно определяют как поведение без адекватного обдумывания действий. Импульсивность может являться чертой характера, однако патологической выраженности достигает при таких психических расстройствах и патологических состояниях, как расстройства личности, зависимость от ПАВ, мания, интоксикация ПАВ и других. Оценивать выраженность импульсивности принято по таким особенностям личности как низкая толерантность к однообразной деятельности, неспособность довести действие до конца, нетерпеливость, низкая способность к концентрации внимания, частые смены работы, трата денег и пр. ***Предполагается, что именно сочетание высокого уровня импульсивности с симптомами депрессии и безнадёжностью является серьёзным предиктором суицидального поведения.***

5. Тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции

Под психосоциальными стрессорами понимается широкий круг событий, которые значительно нарушают удовлетворение базовых потребностей индивида и вызывают дезадаптацию. Реакция на такое воздействие зависит как от тяжести самого кризисного события, так и от способности человека справиться с его эмоциональными, физическими и социальными последствиями. Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные триггеры СП: постановка диагноза тяжёлого заболевания; ожидание оперативного вмешательства; разлука/разрыв с партнёром; утраты; семейные конфлик-

ты; изменения рода деятельности или материальной обеспеченности; отвержение значимым человеком; ситуации обвинения индивида.

6. Наличие социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнёров, друзей, сослуживцев, социальных служб является протективным фактором. В некоторых случаях важным антисуицидальным фактором может быть наличие домашнего животного, за которым требуется уход. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

7. Желание пациента принимать помощь

Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие и диссимуляция суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадёжности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее

окружение

- Нежелание пациента принимать помощь /недоступность терапевтических интервенций /сожаления о том, что «остался жив»
- Доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадёжность, идеализация или обесценивание пациента

5. КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТОМ С РИСКОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

5.1. Особенности проведения клинического интервью

В беседе с пациентом рекомендуется придерживаться следующих принципов [3, 7]:

- **Неотложность.** Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким пациентом не может быть «отложена». Возможно, ему придётся уделить больше внимания, чем другим пациентам.
- **Эмпатическое отношение.** Эмпатия – это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает искренность врача и сопереживание
- **Баланс открытых и прямых вопросов.** Беседу всегда следует начинать с «открытых» вопросов, подразумевающих возможность ответа в виде рассказа, монолога (например, «Расскажите о себе», «Что Вас беспокоит?»). По ходу интервью увеличивается доля «прямых», «закрытых» вопросов, требующих конкретных ответов («Вы испытывали чувство тоски?», «У Вас были мысли о самоповреждении?»).
- **Избегание моральных оценок.** Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространённой общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение, либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виновного»). Смысл клиниче-

ского интервью заключается в профессиональной безоценочной помощи пациенту.

- **Разделение ответственности.** Специалист несёт ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи пациенту, оценку суицидального риска и психического статуса, организацию консультативной помощи, предоставление рекомендаций пациенту и его родственникам. Специалист не может нести *всей* ответственность за результат терапевтических мероприятий. Иными словами, при адекватном выполнении названных выше обязанностей, врач не может быть ответственным за совершение суицидальных действий пациентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между пациентом, близкими ему людьми и помогающими специалистами.

- **Избегание невыполнимых обещаний.** В коммуникации с пациентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру врача и переоценивать его возможности. Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать пациента о них.

- **Нейтральность к психопатологии.** В обязанности врача входит первичная оценка психического статуса и постановка предварительного диагноза. Однако какой бы серьёзной не была патология, рекомендуется помнить, что любые психопатологические симптомы являются лишь частью переживаний и особенностей человека и не должны низводить его до статуса «психически больного». Например, наличие галлюцинаторных «голосов» и бред преследования сопровождаются сильным страхом; осознание факта психического расстройства – чувствами вины, стыда, социальной неполноценности; депрессия – ощущением бесконечности страданий, безнадёжностью и др.

- **Избегание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи и односложных ответах. Специалист «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

- **Неоднократное прояснение информации.** По ходу интервью некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы в разных формулировках.

5.2 Особенность коммуникации с мужчинами, имеющими повышенный риск суицидального поведения

При беседе с пациентом мужского пола, имеющим депрессивное расстройство или другие факторы риска суицидального поведения важно создать эмоциональный контакт, мотивировать его на сотрудничество с врачом. В беседе необходимо придерживаться следующих принципов:

1) ***Ориентировать на усиление заботы о себе.*** Необходимо сообщить пациенту, что забота о своем здоровье поможет получать больше удовольствия от жизни, быть физически активным и успешным.

2) ***Предлагать помощь, основанную на логических доводах, а не эмоциях.*** Рациональные объяснения необходимости работы с текущим эмоциональным состоянием часто будут более охотно приняты мужчиной, чем только эмоциональное сопереживание его проблемам. Можно предложить их к рассмотрению, как последовательность задач, требующих решения.

3) ***Предлагать сотрудничество, а не контроль.*** Это поможет избежать возникновения чувства зависимости со стороны пациента-мужчины и разделить с ним ответственность за результат лечения. Таким образом, пациент будет осознавать свою большую значимость в процессе лечения и будет активной выполнять разработанный совместно план лечения (рекомендации).

4) ***Рассматривать проблемы как внешние.*** Не всегда следует переубеждать пациента в том, что его неблагоприятное эмоциональное состояние связано с наличием расстройства настроения, а не внешними причинами. В этом случае у пациента может возникнуть ощущение потери контроля и неуправляемости имеющейся ситуации. Это увеличивает риск импульсивного поведения. Лучше поддержать точку зрения пациента, что ситуация обусловлена внешними причинами. При этом необходимо подчеркнуть, что успешно справиться с

возникшими сложными внешними обстоятельствами поможет внутреннее спокойствие, которое нужно поддержать адекватными медицинскими мерами.

5) *Оценивать индивидуализированное поведение как мужское.* Это может принести облегчение и снять внутреннее напряжение, которое в ином случае может проявиться опасными действиями вовне. Мужчины часто не позволяют себе испытывать эмоции и признавать наличие проблем, которые они отнесли к «немужским». Необходимо пояснить, что эти переживания также являются «мужскими» и их проявление допустимо.

6) *Фокусироваться на выгодах от обращения за помощью.* В заключение беседы, необходимо снова перечислить выгоды, которые пациент получает в связи с обращением за медицинской помощью. Они должны быть максимально рациональны.

5.3. Последовательность задаваемых вопросов

Следование изложенным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность пациенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?

- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РИСКА СУИЦИДА

При обнаружении у пациента (обследуемого) признаков суицидального риска (прямые или косвенные суицидальные высказывания, суицидальная попытка, информация от родственников) необходимо [10]:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за пациентом. Для этой цели привлекается дополнительный медицинский персонал; в стационарных условиях осуществляется перевод в отделение с возможностью круглосуточного наблюдения.

2. Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска. При проведении клинического интервью врач осуществляет первичную оценку суицидального риска и диагностику психического статуса (предварительный диагноз). При выявлении признаков суицидального риска пациенту рекомендуют и организуют консультацию психиатра. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24-26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г. [2]. Как правило, психиатрическое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия гражданина (в возрасте до четырнадцати лет - по просьбе или с согласия родителей либо иного законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя). В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его *непосредственную опасность для себя и (или)*

окружающих. *Решение о проведении психиатрического освидетельствования в данном случае принимается врачом-психиатром [7].*

3. Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести психического расстройства [13]. Уже первичная беседа, проводимая в эмпатической недирективной манере, без избегания темы суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента. Руководствуясь предварительным диагнозом психического расстройства, врач может назначить медикаментозное лечение на этапе до консультации психиатра. Для терапии депрессии используются антидепрессанты (сертралин, пароксетин, флювоксамин, флуоксетин и др.). Следует помнить, что эффект этих препаратов развивается через 2-4 недели, поэтому они не обладают непосредственным (экстренным) «антисуицидальным» действием. В случае тревоги, агитации, возбуждения возможно назначение бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, лоразепам) внутрь или парэнтерально. Психотическое поведение (бред, галлюцинации) предполагает назначение антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, рисперидон и др.). Назначая психотропные препараты пациенту с депрессией и суицидальным риском, важно помнить, что одним из самых частых способов суицидальных действий является передозировка этих средств. В связи с этим, необходимо назначать препараты в небольшом количестве и рекомендовать родственникам (объяснить медперсоналу) необходимость контроля над их хранением и приёмом. Также желательно избегать назначения препаратов, с передозировкой которых связан риск летального исхода (например, трициклические антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин и др.). Большинство антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС: флуоксетин, сертралин, эсциталопрам и др.) обладают низким индексом фатальной токсичности и поэтому более безопасны. Корректировка лечения, уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром, с учётом статей 24-44 Главы 4

«Порядок оказания психиатрической помощи» Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [2].

4. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях пациента. Во многих случаях они могут привлекаться для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдения за ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием мотивов и направленным на реализацию изменения поведения «значимых других» или облегчение (прерывание) тяжёлых душевных и/или физических страданий пациента. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжёлый стресс родственниками пациента и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства и соматические заболевания представляют собой фактор высокого риска суицида. Большинство тех, кто совершает самоубийство, никогда до этого не обращаются к психиатру. В связи с этим, ранняя диагностика психических расстройств и оценка суицидального риска на этапе первичного звена здравоохранения является важной предпосылкой снижения риска суицида. Успешность оценки риска суицида зависит, как от полноты объективной регистрации врачом предикторов суицидального риска в поведении пациента, так и от внимательного наблюдения за собственными чувствами в процессе коммуникации. Клиническое интервью базируется на эмпатичном, вне моральных оценок принятии пациента и его эмоций вне зависимости от тяжести психопатологии и характера психического расстройства.

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)

Приложение 2

Готландская шкала мужской депрессии (В. Рютц, З. Ример 1995)

Замечали ли Вы или окружающие следующие изменения у себя в поведении в течение последнего месяца?

	Совершенно не согласен (0 баллов)	Скорее нет (1 балл)	Скорее да (2 балла)	Полностью согласен (3 балла)
1. Большая подверженность стрессам				
2. Большая агрессивность, сложности с самоконтролем				
3. Ощущение выгорания и пустоты				
4. Постоянная необъяснимая усталость				
5. Большая раздражительность, неусидчивость				
6. Сложности с ведением обычных повседневных бесед				
7. Сложности со сном (слишком долгий или слишком короткий сон, сложности с засыпанием, ранние пробуждения)				
8. Усиление тревоги, беспокойства по утрам				
9. Чрезмерное употребление алкоголя, увеличение активности на работе, длительные физические нагрузки, пере или недоедание для достижения спокойствия				
10. Эти изменения в поведении настолько изменили Вас, что Вы сами и Ваши близкие не могут Вас узнать и ваше общение значительно усложнилось				
11. Замечали ли Вы или близкие люди, что Вы иногда становитесь мрачным или испытываете ощущение безнадежности?				
12. Замечали ли Вы тенденцию жалеть себя или много жаловаться?				
13. В вашей семье были ли случаи депрессивного расстройства, злоупотребления алкоголем или лекарственными средствами, суицидов или склонность к рискованному поведению?				

Интерпретация шкалы

От 0-13 баллов – отсутствие признаков депрессии

13-26 баллов – депрессия возможна. Вероятно направление пациента на психотерапию.

26-39 баллов - достоверные признаки депрессии. Необходима специфическая терапия, включающая психотерапию.

Приложение 3

Скрининг алкогольной зависимости (CAGE)

Название опросника составлено из первых букв английских ключевых слов четырех следующих вопросов (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

Варианты ответов:

- Да
- Нет

Тест

- Вы думали когда-нибудь о том, чтобы уменьшить количество употребляемого алкоголя (наркотических веществ)? (Cut down)
- Испытываете ли Вы раздражение, когда люди критикуют Вас за пьянство (употребление наркотиков)? (Annoyance),
- Вы испытывали когда-нибудь чувство вины по поводу чрезмерного употребления алкоголя (наркотиков)? (Guilt)
- Вы когда-нибудь употребляли алкоголь (наркотические вещества) для поднятия тонуса утром или с похмелья (Eye Opener)?

Обработка и интерпретация результатов теста

За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Общая сумма 2 балла или больше означает клинически значимое злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами

Список литературы:

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980.
2. Закон РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», 1999.
3. Инструкция МЗ РБ от 09.03.2006 «Порядок оказания внестационарной психиатрической помощи». МЗ РБ, Минск, 2006.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии: Пер. с англ. – М., «Медицина», 1994, - Т. 1 – 2.
5. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)/ Сост. Дж.Э.Купер. Пер. с англ. Д.Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
6. Ласый Е. В. Анализ распространенности суицидов в Республике Беларусь // Медицина. – 2004. - № 3. – С. 6–10.
7. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профиля суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля): утв. М-вом Здравоохранения Респ. Беларусь 16.07.2009. – Минск, 2009. – 24 с.
8. Ласый Е. В. Проблема профилактики самоубийств в Республике Беларусь / Е.В. Ласый // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы науч. - практ. конф. (Минск, 28 июня 2007 г.). – Минск, 2007. – С. 305–309.
9. Ласый Е. В. Степень осознания стремления к смерти в аутоагрессивном акте//Актуальные вопросы психотерапии. – Минск, 1998.
10. Ласый Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: место системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов // Медицина. – 2007. - № 3. – С. 6–10.
11. 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.
12. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ, 2006. – 185 с.
13. Приказ МЗ РБ от 24.09.2003 № 152 «О дальнейшем развитии психотерапевтической службы», МЗ РБ, Минск, 2003.
14. Приказ от 19.08.05 № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь». Под ред. проф. Р.А. Евсегнеева. Минск, 2005. – 196 с.
15. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2005 / Минстат Республики Беларусь. – Минск, 2005. - 592 с.
16. Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. APA Practice Guideline. – NY. – 2003. – 184 p., part A, p. 16.

17. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe/Eds. A. J. F. M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache, D. Deleo, J. Lonnquist. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
18. Harris, E. Suicide as an outcome for medical disorders / E. Harris, B. Barraclough // *Medicine*. – 1994. - № 73. – P. 281–296.
19. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm and attempted suicide. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.
20. Moller-Leimkuhler M., Bottender R., Straub A., Rutz W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? // *J. of Affective Disorders*.—2004. - №80. – p. 87-93.
21. Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. // *J. of Affective Disorders*. – 1995. №35. – p.147-152.
22. Rutz W., Knorring L., Pihlgren H., Rihmer Z., Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study // *The Lancet*. – 1995. – Vol. 345. – p.524.
23. Rutz W., Preventing suicide and premature death by education and treatment. // *J. of Affective disorders*. – 2001. - №62. p.123-129.
24. Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients/Eds. S. J. Blumenthal, D. J. Kupfer. – American Psychiatric press, inc., 1990.
25. Zierau F., Bille A., Rutz W., Bech P. the Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder // *Nord J Psychiatry*. – 2002. - №56. - p. 256-