



Ежегодно в мире совершается около 1 млн. самоубийств, примерно в 10 раз больше предпринимается суицидальных попыток. Самоубийство, как причина смерти, в возрасте 15-35 лет занимает в Европейском регионе второе место после дорожно-транспортных происшествий. Среднемировой уровень суицидов колеблется в пределах 14-16 человек на 100 тысяч населения. В нашей республике этот показатель выше - около 20 случаев на 100 тысяч.

**Уровень суицидов увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45-50 лет, хотя большинство суицидальных попыток приходится на молодой возраст - 20-29 лет.**

**Частота суицидальных попыток среди женщин выше примерно в 1,5 раза, чем у мужчин, но мужчины, наоборот, в 3-6 раз чаще совершают их, чем женщины.**

## ФАКТОРЫ РИСКА суицидального поведения

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ:** нарушенные детско-родительские и партнерские отношения, одиночество и другие.

**ТЯЖЕЛЫЕ КРИЗИСЫ:** смерть близких, развод, финансовые потери, уголовная ответственность, потеря работы, значительное снижение социального статуса, тяжелые конфликты и другие кризисы могут также стать пусковыми факторами суицидального поведения.

**ТЯЖЕЛЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,** приносящие массу страданий и социальных ограничений: онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, потеря органа или телесной функции и др.

### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.

Во многих случаях состояние человека на момент смерти в результате суицида соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства. Наиболее частые из них - депрессия, провоцирующая 45-70% суицидов; зависимость от алкоголя, наркотиков - 10-22%; расстройства личности и другие.



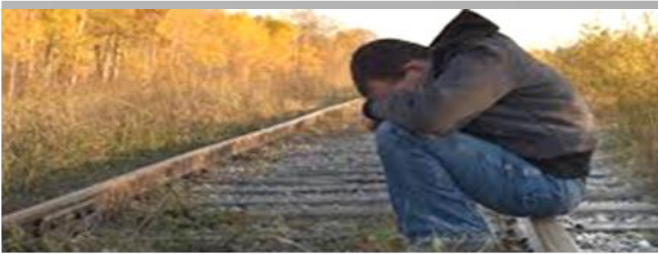
## Симптомы ДЕПРЕССИИ

- **Снижение настроения:** потухший взгляд, задержка дыхания, тяжелые 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 нужным, никчемным.
- **Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.** Свое 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, берет 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 тяжелым 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 удовлетворенности 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. Ущажение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжелых чувств.
- **Снижение полового влечения, уменьшение потребности в сексуальной сфере.**
- **Соматические симптомы:** задержка стула, сухость во рту, колебание артериального давления.



**БОЛЬШИНСТВО ИЗ ТЕХ, КТО УМИРАЕТ ПО СОБСТВЕННОЙ ВОЛЕ, К СОЖАЛЕНИЮ, НЕ ОБРАЩАЮТСЯ ПРИ ЖИЗНИ ЗА ПОМОЩЬЮ К ПСИХОЛОГУ, ПСИХИАТРУ ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТУ.**

# СУИЦИДЫ



# ВЫХОД ЕСТЬ ВСЕГДА!

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

И связано это с рядом причин. Во-первых, своевременному обращению к специалисту могут мешать опасения социального плана: стыд, страх предвзятого отношения друзей, родственников, коллег по работе. Во-вторых, те состояния, которые специалисты считают психическими расстройствами, часто не расцениваются в обществе как болезнь, а воспринимаются либо как вариант нормы, либо как проявления слабости характера.

Так, депрессия может рассматриваться больным и его близкими, как проявление слабодушия, лени и пр. Зависимость от алкоголя часто скрывается или оправдывается культурными нормами потребления. Расстройства личности могут восприниматься как дурной характер или невоспитанность. И хотя риск суицида при психических расстройствах является высоким, **большинство самоубийств совершают люди со значительно более адекватными, «привычными» формами поведения.**

**ЕСЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ТО ИЗ ВАШИХ БЛИЗКИХ ОКАЗАЛИСЬ В ТУПИКОВОЙ, БЕЗВЫХОДНОЙ, КАК ВАМ КАЖЕТСЯ, СИТУАЦИИ, НЕ ЗАМЫКАЙТЕСЬ В СЕБЕ - ОБРАЩАЙТЕСЬ К СПЕЦИАЛИСТАМ!**

**Экстренная ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ и ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ помощь в Бресте:**

**8 (0162) 26-10-69 (психотерапевт)  
8 (0162) 20-15-55 (психолог)**

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ (круглосуточно)  
8 (0162) 40-62-26  
короткий номер - 170**

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
УЗ "Брестский областной психоневрологический диспансер"  
ГУ "Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии  
и общественного здоровья"

