

За день в мире убивают себя 2300 человек, за год – 800 тысяч человек. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, самоубийства привели в 2000 г. к 814000 смертельных исходов, из которых около 20% пришлось на юношеский и подростковый возраст (для сравнения, в автокатастрофах ежегодно гибнет около 840 тысяч человек в год).

По разным данным, еще от 8 до 30 миллионов людей неудачно покушаются на свою жизнь. При этом каждый второй, пытавшийся покончить с собой, в течение года повторяет свою попытку, обычно в более тяжелой форме. Каждый третий покончивший с собой совершал суицидальную попытку в прошлом.

Беларусь занимает 6 место по распространенности самоубийств после европейских стран. Ее показатели по данному параметру: 1990г.-20,5 самоубийств на 100 тыс. населения в год; 1996 – 35,3 на 100тыс. в год; 2004 – 33,3 на 100 тыс. в год. При этом самоубийство является 5 причиной смерти наиболее работоспособного населения (между 15 и 45 годами) после сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований, болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения. Что касается суицидальных попыток, то показатели здесь таковы: 1997г. – 42,3 на 100 тыс.; 2000 – 45,6 на 100 тыс.; 2001 – 46, 2 на 100 тыс. в год.

Следует помнить, что много случаев смерти часто не удается точно классифицировать. Например, никогда нельзя точно утверждать, какая часть автомобильных аварий, утоплений, падений с высоты и, особенно, использования чрезмерных количеств наркотиков и алкоголя являются преднамеренными, а какая – несчастными случаями. Это же касается суицидальных попыток, – их реальное число по сравнению со статистикой скорой помощи и больниц существенно различается, поскольку многие случаи остаются без внимания или скрываются. Однако проблема остается, и игнорировать ее, не обращая внимания на реальность, нельзя.

ПРЕДРАССУДКИ И ФАКТЫ О СУИЦИДЕ.

К сожалению, знания о самоубийстве среди населения являются недостаточными. Сознание многих людей заполнено предрассудками о самоубийстве, которые мешают позитивным действиям при выявлении суицидального поведения и не позволяют принимать необходимые меры в отношении суицидального человека.

Ниже приводятся наиболее распространенные заблуждения о самоубийстве, неверные выводы, которые вытекают из них (рационализации) и правильные, истинные факты, проверенные многолетними наблюдениями и подтвержденные специальными исследованиями. Это полезно знать молодым людям и их родителям.

Предрассудок: Большинство самоубийств совершается почти или совсем без предупреждения.

Факт: Большинство людей подают предупреждающие сигналы о своих реакциях или чувствах из-за событий, подталкивающих к самоубийству. Эти сигналы (или призывы о помощи) могут подаваться человеком в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений. Они сообщают о возможности выбора самоубийства как средства избавления от боли, снижения напряжения, сохранения контроля или преодоления утраты.

Предрассудок: Не следует говорить о самоубийстве с человеком, подверженным, по вашему мнению, его риску, поскольку можно подать ему идею о совершении этого действия.

Факт: Беседа о самоубийстве не порождает и не увеличивает риска его совершения.

Напротив, она снижает его. Лучший способ выявления суицидальных намерений - прямой вопрос о них. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства, вызванного наличием у человека мыслей о самоубийстве, является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предотвращении непосредственной опасности самоубийства. Избегание в беседе этой темы может стать дополнительной причиной для сведения счетов с жизнью. Риск увеличивается, поскольку, попытавшись обсудить эту тему с одним собеседником и получив отказ, человек почувствует себя еще более одиноким, и проявит в последующем еще меньше энергии в поисках другого человека, способного ему помочь.

Предрассудок: Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.

Факт: Люди, сводящие счеты с жизнью, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком. Отказ от серьезного отношения и участия в этих разговорах способствует наступлению смерти от самоубийства.

Предрассудок: Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания.

Факт: Суицидальные формы поведения или "демонстративные" действия некоторых людей представляют собой призыв или просьбу о помощи, посылаемую другим людям. Если никто не откликнется, то очень легко происходит переход от отчаянного крика о помощи к выводу, что никто уже никогда не поможет – и, соответственно, от отсутствия серьезных намерений умереть, к отчетливому стремлению покончить собой. Наказание за суицидальное поведение и его оценка как "недостойного" способа призыва о помощи может привести к чрезвычайно опасным последствиям. Наказание нередко производит действие, противоположное желаемому. Оказание помощи в разрешении проблем, установление контакта является эффективным методом предотвращения суицидальных форм поведения.

Предрассудок: Самоубийца определенно желает умереть.

Факт: Намерения большинства суицидальных людей остаются двойственными вплоть до момента наступления смерти. Очень немногие сохраняют уверенность в своих желаниях или однозначном решении покончить с жизнью. Большинство людей являются открытыми для помощи других, даже если она навязывается им помимо воли. Преобладающее большинство лиц, обнаруживавших суицидальные тенденции в то или иное время своей жизни, находят способ продолжения жизни.

Предрассудок: Те, кто кончают с собой, психически больны.

Факт: Действительно, наличие психического заболевания является фактором высокого риска самоубийства. Однако многие, очень многие совершающие самоубийство люди не страдают никаким психическим заболеванием. Для них это всего лишь временная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

Предрассудок: Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит.

Факт: Хотя большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, обычно не переходят к самоубийству, однако многие из них повторяют эти попытки. Частота самоубийств у лиц, ранее совершавших суицидальные попытки, в 40 раз выше, чем среди населения.

Предрассудок: Злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийствам.

Факт: Зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения. Пьянство и наркотики, особенно, в состоянии отмены, могут существенно способствовать сведению счетов с жизнью.

Предрассудок: Самоубийство представляет собой чрезвычайно сложное явление, помочь самоубийцам могут только профессионалы.

Факт: Причин суицидального поведения так же много, как и людей, проявляющих его. Действительно, поиск общих закономерностей, применимых ко всем людям, показывает, что суицид - чрезвычайно сложное явление. Вместе с тем, понимание и реагирование на суицидальное поведение у конкретного человека не требует глубоких познаний в области психологии или медицины. Требуется лишь проявление внимания к тому, что человек говорит, ПРИНЯТИЕ ЭТОГО ВСЕРЬЕЗ, оказание поддержки и обращение за соответствующей помощью. Многие люди погибают в результате самоубийства лишь потому, что им не была предложена или оказалась недоступной неотложная первая помощь и поддержка.

Предрассудок: Если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.

Факт: Большинство суицидальных кризисов являются преходящими и устраняются при соответствующей помощи. Однако если эмоциональный стресс продолжается, облегчение не наступает, а помощь не оказывается, то сохраняется риск суицидального поведения. После получения профессиональной помощи человек чаще всего способен возобновить свою обычную жизнь деятельность.

Предрассудок: Самоубийство - явление наследуемое.

Факт: Это сложный вопрос. Действительно, в последнее время ученые интенсивно ищут гены, которые могут иметь отношение к формированию суицидального поведения. Однако наличие некоторой генетической основы не означает, что человеку нельзя оказать реальную помощь, ведь речь идет о поведении человека, которое важно заметить, а после этого – обратить на него внимание врачей или психологов.

Предрассудок: Если не оставлена записка, то случившееся нельзя считать самоубийством.

Факт: Только четвертая часть из всех лиц, совершающих самоубийство, оставляют записки.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ.

Существуют социально-психологические факторы, относящиеся к подросткам и молодым людям, которые могут сыграть роль стрессоров (негативных раздражителей) и способствовать суицидальным проявлениям. Среди них встречаются:

- Серьезные проблемы в семье;
- Отвержение сверстниками;
- Смерть любимого или значимого человека;
- Разрыв отношений с любимым человеком;
- Межличностные конфликты или утраты значимых отношений;
- Проблемы с дисциплиной или законом;
- Давление, оказываемое группой сверстников, прежде всего, связанное с подражанием саморазрушающему поведению других;
- Длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- Разочарование успехами в школе или неудачи в обучении;

- Высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзаменам);
- Проблемы с трудоустройством и плохое экономическое положение, финансовые проблем;
- Нежелательная беременность, аборт и его последствия (девушки);
- Заражение СПИД или болезнями, передающимися половым путем;
- Серьезные телесные болезни;
- Чрезвычайные внешние ситуации и катастрофы

Так как нахождение в школе-интернате усугубляет переживания, связанные с разрывом с семьей, важностью эффективного взаимодействия со сверстниками-совоспитанниками и многими другими факторами, должны быть приняты меры по сохранению уровня доверия для продолжения диалога и своевременного предупреждения суицидального поведения.

Личностные защитные факторы (у подростка):

- Хорошие навыки общения, умение общаться со сверстниками и взрослыми;
- Уверенность в себе, своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей;
- Умение искать и обращаться за помощью при возникновении трудностей, например, в школе;
- Стремление советоваться с взрослыми при принятии важных решений;
- Открытость к мнению и опыту других людей;
- Открытость ко всему новому, способность усваивать новые знания;

Культуральные и социо-демографические факторы:

- Участие в общественной жизни (например, в спортивных соревнованиях и событиях, клубах, обществах и т.д.);
- Хорошие, ровные отношения со сверстниками в школе;
- Хорошие отношения с учителями и другими взрослыми;
- Поддержка со стороны близких людей.

СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ И ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ.

Существуют некоторые черты личности подростка или молодого человека, часто сочетающиеся с суицидальным поведением. К ним относятся:

- Нестабильность настроения или его чрезмерная изменчивость;
- Агрессивное поведение, злобность;
- Антисоциальное поведение;
- Склонность к демонстративному поведению;
- Высокая степень импульсивности, склонность к необдуманному риску;
- Раздражительность;
- Ригидность мышления;
- Плохая способность преодоления проблем и трудностей (в школе, среди подростков, и т.д.);
- Неспособность реальной оценки действительности;
- Тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»;
- Идеи переоценки собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности;
- Легко возникающее чувство разочарования;
- Чрезмерная подавленность, особенно при несущественных недомоганиях или неудачах;
- Излишняя самоуверенность;
- Чувство унижения или страха, скрывающееся за проявлениями доминирования, отвержения или демонстративного поведения по отношению к школьным друзьям или

взрослым;

- Проблемы с определением сексуальной ориентации;
- Сложные, неоднозначные отношения со взрослыми, включая родителей.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ РИСКА СУИЦИДА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Любые неожиданные или драматические изменения, повлиявшие на поведение подростка или молодого человека, любые изменения в поведении, словесные и эмоциональные признаки следует принимать всерьез. К ним относятся:

- Потеря интереса к обычным видам деятельности;
- Внезапное снижение успеваемости;
- Необычное снижение активности, неспособность к волевым усилиям;
- Плохое поведение в школе;
- Необъяснимые или часто повторяющиеся исчезновения и прогулы;
- Увеличение потребления табака, алкоголя или наркотиков;
- Инциденты с вовлечением правоохранительных органов, участие в беспорядках.

Признаки депрессии у детей и подростков

Дети:

- Печальное настроение
- Потеря свойственной детям энергии
- Внешние проявления печали
- Нарушения сна
- Соматические жалобы
- Изменение аппетита или веса
- Ухудшение успеваемости
- Снижение интереса к обучению
- Страх неудачи
- Чувство неполноценности
- Самообман - негативная самооценка
- Чувство «заслуженного отвержения»
- Заметное снижение настроения при малейших неудачах
- Чрезмерная самокритичность
- Сниженная социализация
- Агрессивное поведение

Подростки:

- Печальное настроение
- Чувство скуки
- Чувство усталости
- Нарушения сна
- Соматические жалобы
- Неусидчивость, беспокойство
- Фиксация внимания на мелочах
- Чрезмерная эмоциональность
- Замкнутость

- Рассеянность внимания
- Агрессивное поведение
- Непослушание
- Склонность к бунту
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками
- Плохая успеваемость
- Пропуски в школе, институте

ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ.

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков группы риска относится к одной из важных задач воспитателей и школьных психологов. Вот некоторые формы профилактики подростковой суицидальности:

- Соблюдение педагогической тактики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя;
- Освоение знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-психологического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;
- Раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;
- Неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах;
- Рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;
- Проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- Формирование у учащихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;
- Повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей.
-

КАК ВОСПИТАТЕЛЯМ ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОДРОСТКОМ.

Если у вас возникают опасения относительно состояния ребенка или если в его семье уже имела место суицидальная попытка, следует предпринять меры по предупреждению суицидального кризиса. Эти действия включают две основных стратегии – постоянную работу по улучшению взаимоотношений в классе, повышению самооценки, самоуважения у ребенка.

Повышение самооценки.

Позитивная самооценка защищает подростков и молодых людей от психологического стресса и подавленности, а также помогает им лучше справляться со стрессовыми ситуациями в жизни. Для повышения самооценки можно использовать следующие подходы:

- Всегда старайтесь подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще ребенку. Ощущение успешности, достижения в чем-то, в том числе, прошлые успехи улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее.

- Не следует оказывать постоянное давление на подростка или молодого человека или предъявлять чрезмерные требования в отношении все лучших и лучших результатов (в учебе, в жизни и т.д.)
- Детей важно принимать такими, какие они есть.
- Поддерживайте самостоятельные устремления ребенка. Не судите его слишком строго. Вообще стремитесь поменьше оценивать. Самостоятельность и собственные умения – эти строительный материал для повышения самооценки.
- Самооценка во многом зависит от физического развития, навыков общения среди сверстников. Поощряйте занятия спортом, успехи среди друзей

Если существует суицидальный риск или уже произошла попытка.

Чаще всего подростки и молодежь в состоянии стресса или суицидального риска, а также после совершенной попытки испытывают главную проблему – проблему общения, т.е. неспособность или невозможность обсудить с кем-то возникшие проблемы. Поэтому диалог с человеком в это время является бесценным.

Первым шагом в предупреждении самоубийства всегда бывает установление доверительного общения. Если его достичь не удастся, возникает ситуация, в которой молчание и нарастающее напряжение в отношениях не позволяет осуществить никаких полезных действий для подростка. Страх взрослых спровоцировать суицидальное поведение разговором о самоубийстве, обсуждением суицидальных мыслей и сигналов приводят к отсутствию эффективной коммуникации.

Что делать дальше?

1. Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.
2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка.
3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве. Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение может служить основанием для тревоги..
4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным жалобам и обидам ребенка. Не пренебрегайте ничем из сказанного.
5. Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он (она) о самоубийстве. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы.

Следующие вопросы помогут завести разговор о самоубийстве и определить степень риска в данной ситуации:

- Похоже, что у тебя что-то стряслось. Что тебя мучает?
- Ты думал когда-нибудь о самоубийстве?
- Каким образом ты собираешься это сделать? (Этот вопрос поможет определить степень риска: чем более подробно разработан план, тем выше вероятно

сть его осуществления).

Помощь лицам с суицидальными тенденциями или отчаявшимся:

1. Вы должны оставаться самим собой. Остальное воспринимается как обман, пусть и непреднамеренный, звучит фальшиво и не является искренним для вас или ребенка

2. В вашу задачу входит вступить с воспитанником в доверительные отношения, чтобы он смог рассказать вам правду о том, что у него на уме.
3. Что именно вы говорите (или не говорите) - не столь важно. Важно, КАК вы это говорите. Если вы не можете найти нужных слов, но переживаете искреннюю заботу, ваш голос, интонация передаст ее.
4. Имейте дело с человеком, а не «Проблемой». Говорите как равный; а не как старший. Если вы попытаетесь действовать как учитель или эксперт, или прямолинейно разрешать проблемы, это может оттолкнуть ребенка.
5. Сосредоточьте свое внимание. Вслушивайтесь в чувства, а не только в факты, и в то, о чем умалчивается, наряду с тем, о чем говорится. Позвольте человеку, не перебивая, излить душу.
6. Не думайте, что вам следует что-то говорить каждый раз, когда возникает пауза. Молчание дает каждому из вас время подумать.
7. Проявите искренне участие и интерес, не применяйте допроса с пристрастием. Простые, прямые вопросы («Что случилось?», «Что произошло?») для собеседника будут менее угрожающими, чем сложные, «расследующие» вопросы.
8. Направляйте разговор в сторону душевной боли, а не от нее.
9. Постарайтесь увидеть и почувствовать ситуацию глазами ребенка. Будьте на его стороне, не принимайте сторону людей, которым он может причинять боль или которые причиняют боль ему.
10. Дайте возможность ребенку найти свои собственные ответы, даже если вы считаете, что знаете очевидное решение или выход.
12. Во многих случаях решения просто не существует, и ваша роль заключается в том, чтобы оказать дружескую поддержку, выслушать, быть с ребенком, который страдает.
13. И последнее. *Когда вы не знаете, что сказать, не говорите ничего. Но будьте рядом!*

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

К суицидальным покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако выпесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К суицидальным проявлениям относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Что такое суицид?

Что такое суицид?

Это вирус, словно грипп?

Это свет, рожденный бредом?

Или может быть победа?

Или девочка с глазами

изнасилованной лани?

Кто-то может разберется,

надо ли нам с ним бороться!

Ну а мы всегда с ним дружим

Суицид нам очень нужен.

Как последняя надежда,

как любимая одежда

И когда нам очень больно,

думаем о нем с любовью

И никто не объяснит,

что ж такое суицид.

Зигмунд Фрейд в свое время ввел понятие "инстинкт смерти" - иначе он не мог объяснить многое из того, что способен сотворить с собой человек. Стремление к саморазрушению, очевидно, заложено в нем от природы - если все живое вокруг изо всех сил борется за существование, то отдельные человеческие индивиды, наоборот, вкладывают недюжинную энергию в то, чтобы полностью испортить себе жизнь, а иногда и расстаться с нею. Поистине человек - странное создание: только он способен на самоуничтожение, лишь ему присуще загадочное влечение к смерти - никакому другому живому существу это не свойственно.

Для начала следует определить, что же такое **самоубийство**. В русском языке это слово означает "намеренное лишение себя жизни". В научной литературе исследователи также говорят, что самоубийство - деяние умышленное. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям. Что же лежит в основе существования такого явления, как самоубийство?

Амбрумова А.Г. и ряд других исследователей выдвигают концепцию о том, что **суицид** - это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятия для данного явления - социально-психологическая адаптация и дезадаптация.

Под **адаптацией** вообще понимается приспособление - соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин **адаптация** и **дезаптация**; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой - сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека, служит его поведение в обычной и экстремальных ситуациях.

Авторы различают **лимитирующую и трансформирующую адаптацию**.

В условиях экстремальной ситуации разные личности неодинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из них за счет пластичности и резервов сохраняют прежний общий уровень адаптации. Другая часть характеризуется временным снижением этого уровня, но без слома основных направлений адаптации. В этом случае дезадаптация носит лишь количественный характер, она лимитирована и не выходит за пределы качественной определенности адаптационного процесса, т.е. дезадаптация не привела к болезни, не породила патологических форм адаптации.

В тех случаях, когда экстремальные нагрузки падают на почву, измененную конституционально (как это имеет место при психопатиях и некоторых неврозах). Тогда вероятность полома значительно возрастает. В таких случаях социально-психологическая дезадаптация влечет за собой качественную трансформацию приспособительного процесса, появление патологических форм адаптации. Этот вариант характерен для пограничных расстройств, при которых наиболее подвержены срыву ценностно-ориентационная и коммуникативная деятельность при общем снижении интенсивности и пластичности процесса приспособления.

Психические расстройства представляют собой глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый уровень патологического реагирования.

Рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, выделяются **две фазы**: предиспозиционная и суицидальная.

Предиспозиционная фаза дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную имеет конфликт. Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую - тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Конфликт при этом может быть внешним и внутренним.

Напряженность и сила конфликта зависят от силовых соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, приобретающим черты экстремальности, считается конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. В случае их слабости, т.е. в условиях предиспозиционной дезадаптации, и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, подменяющей собой все другие типы, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что **суицид** есть "следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта".

Факторы и признаки риска суицида

Факторы повышенного **суицидального риска** можно разделить на экстра- и интроперсональные.

- К экстраперсональным факторам суицидального риска следует отнести:
 - психозы и пограничные психические расстройства;
 - суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицид;
 - подростковый возраст;

- экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия жизнедеятельности;
- утрату престижа;
- конфликтную психотравмирующую ситуацию;
- пьянство, употребление наркотиков.
- Среди интроперсональных факторов суицидального риска можно выделить:
 - особенности характера;
 - сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам;
 - неполноценность коммуникативных систем;
 - неадекватную (завышенная, заниженная или неустойчивая) самооценку;
 - отсутствие или утрату целевых установок или ценностей, лежащих в основе жизни и т.д.

В процессе анализа релевантных суициду факторов нельзя не остановиться на так называемом "**эффекте Вертера**" — совершении самоубийства под влиянием чьего-либо примера. Эпидемии самоубийств, особенно в молодежной среде, может породить талантливое произведение искусства. Так, доказательно установлено, что появление в 1744 г. "Страданий юного Вертера" И. Гете — гениального описания жизни и смерти юноши от несчастной любви — вызвало целую волну самоубийств среди молодежи, подражавшей любимому герою. Примерно такой же эффект на русское общество начала XIX в. оказала "Бедная Лиза" Н.М. Карамзина. Сотни американцев в свое время последовали примеру Мэрилин Монро, версия об отравлении которой широко обсуждалась в печати. Тот же эффект наблюдался после смерти Сергея Есенина. Вероятно, описанный феномен кроется в перенесении положительного отношения к герою на все его действия и в "подсказке" потенциальному суициденту способа решения возникшей острой конфликтной ситуации, из которой сам суицидент не видит выхода. В связи с вышесказанным среди суицидологов возник спор о целесообразности "рекламы" подобных "рецептов" решения конфликтов на страницах печати.

Но вернемся к факторам, определяющим реальный суицидальный риск. Постановка суицидологического диагноза (а он, по мнению многих исследователей, так же правомочен, как и другие) должна осуществляться с учетом как суицидальных, так и **антисуицидальных факторов**. К последним можно, очевидно, отнести следующие:

- выраженную эмоциональную привязанность;
- родственные обязанности;
- чувство долга, понятие о чести;
- зависимость от общественного мнения (в том случае, если общественные нормы не допускают суицида);
- наличие планов, определяющих цель в жизни;
- внимание к собственному здоровью;
- представление о неиспользованных возможностях;
- наличие эстетических критериев мышления;
- экзистенциальное осмысление конфликта;
- утраченная когда-то вера возвращает свое бывшее влияние, в том числе и на решение потенциального суицидента. Таким образом, это позволяет рассматривать веру как важный антисуицидальный фактор.

Учитывая актуальность профилактики суицида, многие авторы задаются вопросом: нельзя ли заранее распознать суицидента и помешать его намерению? Абсолютно точных **признаков суицидального риска** нет, но наиболее общими являются:

- **Признаки замысливаемого суицида.** К ним относятся: разговоры на темы самоубийств, смерти, сны с сюжетами катастроф, сны с гибелью людей или собственной гибелью, повышенный интерес к орудиям лишения себя жизни, рассуждения об утрате смысла жизни, письма или разговоры прощального характера.
- **Наличие опыта самоубийства в прошлом,** наличие примера самоубийств в близком окружении, особенно родителей и друзей; максималистические черты характера, склонность к бескомпромиссным решениям и поступкам, деление мира на белое и черное.
- **Объективная тяжесть жизненных обстоятельств:** детство, прошедшее в неблагополучной семье; плохие отношения с близкими в данный период; потеря дорогого человека, общественное отвержение; тяжелое заболевание и т.д.
- **Снижение ресурсов личности,** позволяющих противостоять трудностям: депрессия, стрессовые состояния, беспомощность, болезни, насилие в близком окружении, истощенность физического или психического плана, неопытность и неумение преодолевать трудности.
- Фазы суицида
- Выделяется **пресуицид**, когда у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жить не стоит, устал от такой жизни» и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, а имеется само отрицание жизни.
- Такие суицидальные формы бывают свойственны и нормальным людям в тех или иных ситуациях.
- Но если процесс продолжается, то на следующем этапе пресуицида мы видим **пассивные суицидальные мысли**, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например: «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться» и тому подобное, которые выражают внутреннюю готовность человека к суициду.
- На следующем этапе возникают **суицидальные замыслы**. Это активные формы суицидальности. Идет разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия.
- Следующий этап - это **суицидальные намерения**: когда принято решение о самоубийстве - непосредственно суждение, возникает суицидальные действия. То есть все эти этапы характеризуют подготовку человека к совершению самоубийства в той или иной форме.

Признаки суицида

- **Уход в себя.** Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.
- **Капризность, привередливость.** Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение человека

чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

- **Депрессия.** Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый разговор с человеком.
- **Агрессивность.** Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.
- **Нарушение аппетита.** Отсутствие или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности.
- **Раздача подарков окружающим.** Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.
- **Психологическая травма.** Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слому может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.
- **Перемены в поведении.** Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни.
- **Угроза.** Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.
- **Активная предварительная подготовка:** собирание отравляющих веществ и лекарств, оставление боевых патронов, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни.
- **Причины суицида**
- **Причины суицида** очень сложны и многочисленны. Причины можно искать в биологических, генетических, психологических и социальных сферах человека.

Несмотря на то, что люди обычно совершают суицид в экстремальных ситуациях, таких, как развод, потеря работы или учебы, большинство экспертов предполагает, что это скорее повод для совершения суицида, чем его причина.

- Большинство людей, убивающих себя, страдают от депрессии, которая часто не диагностируется и не лечится. Так как депрессия часто лежит в основе суицида, изучение причин депрессии может помочь ученым понять **причины суицида**. Другие психические болезни, такие как биполярное расстройство, шизофрения и тревожные расстройства могут также способствовать суицидальному поведению.
-
- **Биологические причины суицида.**
- Исследователи, указывая, что уровень суицидального поведения выше в определенных семьях, предполагают, что генетические и социальные факторы играют определенную роль в повышенном риске суицида. Среди одной общины баптистов в Пенсильвании, почти три четвертых всех суицидов, которые произошли за 100 лет, случились только в четырех семьях. Если один из близнецов совершил попытку суицида, то у второго риск самоубийства резко повышается. Этот факт также указывает на генетическое влияние при повышенном риске суицида.
-
- **Генетические причины суицида.**
- Некоторые могут наследовать генетическую предрасположенность к психическим болезням, таким как шизофрения и алкоголизм, которые, в свою очередь, увеличивают риск суицида. Исследования выявили пониженный уровень серотонина в головном мозге людей, у которых отмечаются приступы неконтролируемой агрессии.
-
- **Социальные причины суицида.**
- Большинство ученых, работающих в области социологии, верят, что социальная структура и жизненные ценности могут оказывать существенное влияние на рейтинг суицида. Французский социолог Дюркгейм доказал, что рейтинг самоубийств напрямую связан с социальной интеграцией человека — то есть степенью, согласно которой индивид чувствует себя частью большой группы. Durkheim считал, что самоубийство более вероятно, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, особенно, когда такая проблема встает перед ним внезапно, например, при потере работы. Значение фактора одиночества при анализе причин суицида видно и из того, что рейтинг суицида среди взрослых ниже у женатых, чем у разведенных, вдовых или одиноких людей.
- Ученые обнаружили, что лица, склонные к суициду, по-видимому, не испытывают больших стрессов в своей жизни, чем другие; они, скорее, имеют некоторую патологию личности, которая не позволяет им полноценно справляться с жизненными проблемами. Кроме этого, лица, склонные к суициду, изначально имеют проблемы в жизни, такие как потеря семьи, или плохие отношения между родственниками, отдельное проживание родителей и несовершеннолетних детей, плохое обращение с детьми или плохое воспитание. Обследуемые, которые пытались совершить суицид, имеют более высокий уровень психических расстройств в популяции, а также часто злоупотребляют психоактивными веществами. Однако, суицид происходит во всех семьях, включая и те, которые внешне выглядят благополучными.

Мотивы суицидального поведения

Для более полного и глубокого анализа природы самоубийства большое значение имеет понимание **мотивов**, лежащих в основе **суицидальных действий**.

Н.В. Конончук выделяет следующие основные **мотивы суицидального поведения**:

- сексуальная почва (71,4%);
- конфликты с родственниками (10,2%);
- бытовые конфликты (2%).

В 55,7% случаев конфликт затрагивал несколько сфер.

С.В. Бородиным и А.С. Михлиным была предпринята попытка **классификации основных суицидальных мотивов**, в числе которых выделялись следующие:

- Лично-семейные:
 - семейные конфликты, развод (для подростков — развод родителей);
 - болезнь, смерть близких;
 - одиночество, неудачная любовь;
 - половая несостоятельность;
 - оскорбление со стороны окружающих и т.д.
- Состояние здоровья:
 - психические заболевания;
 - соматические заболевания;
 - уродства.
- Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:
 - опасение уголовной ответственности;
 - боязнь иного наказания или позора.
- Конфликты, связанные с работой или учебой.
- Материально-бытовые трудности.
- Другие мотивы.

Вместе с тем, следует иметь в виду, что мотивировки самих суицидентов редко совпадают с истинными мотивами суицида. Поэтому иногда оставляемые суицидентами **предсмертные записки** не могут дать представление об истинной картине самоубийства. Э. Шнейдман, исследовавший предсмертные записки, утверждает, что они оказывались, за редким исключением, совершенно неинформативными, иногда просто банальными и скучными. Таковы, кстати говоря, и выводы многих других исследователей.

Психологическую бессодержательность большинства предсмертных записок суицидентов Э. Шнейдман объясняет тем, что они написаны в момент переживания субъектом особого внутреннего состояния, характеризующегося отрешенностью от прошлого, чувством духовной пустоты и, главное, концентрацией внимания на мысли о предстоящем самоубийстве. Это состояние исключает возможность для субъекта анализировать противоречивые детали его драмы.

Как показывают опыт и результаты исследований, **предсмертные записки** оставляет каждый шестой суицидент, причем не обнаруживается существенных расхождений между теми, кто пишет, и теми, кто не пишет, по полу, возрасту, семейному положению и наличию психических заболеваний. Сходство записок по их содержанию свидетельствует о стереотипности мышления суицидентов. И наконец, суицид является следствием действия нескольких факторов, дезадаптирующих личность, и их осмысления субъектом. В записке же может прозвучать только один из мотивов.

Десять общих черт самоубийств

- **Общей целью для суицида является поиск решения.** Прежде всего суицид не является случайным действием. Он никогда не бывает бессмысленным или бесцельным. Он является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому-либо

вызова, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Он является ответом — единственно доступным для человека ответом на труднейшую задачу, жизненную головоломку: как из всего этого выбраться, что делать? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему интенсивные страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен.

- **Общей задачей суицида является прекращение сознания.** Своеобразным и парадоксальным образом суицид является одновременно движением к чему-то и бегством от чего-либо; то, к чему движется человек, общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении сознания невыносимой душевной боли как решении актуальных болезненных жизненных проблем. (Как таковая "смерть" становится при этом побочным продуктом.) У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как ответе или достойном выходе из невыносимой ситуации при наличии у него чрезмерного душевного волнения, сильного уровня тревоги и высокого летального потенциала — трех обязательных составных частей суицида, — после этого возникает иницирующая искра, которая провоцирует начало активного суицидального сценария.
- **Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль.** Если прекращение своего потока сознания — это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль — это то, отчего он стремится убежать. Детальный анализ показывает, что суицид легче всего понять как сочетанное движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от психической боли и невыносимого страдания. Никто не совершает суицида от радости: его не может вызвать состояние блаженства. В данном случае речь идет именно о психической боли, метаболи, боли от ощущения боли. В клинической суицидологии является правилом: снизьте интенсивность страдания — подчас весьма незначительно — и человек выберет жизнь.
- **Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.** Суицид следует понимать не как бессмысленный и необоснованный поступок — любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем кажется логичным человеку, который его совершает, — а как реакцию на фрустрированные психологические потребности человека. Прежде всего суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей. Как известно, они представляют собой окраску или текстуру нашей внутренней психической жизни. Встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает бессмысленных и безосновательных самоубийств. Удовлетворите фрустрированные потребности, и суицид не возникнет.
- **Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.** Для начала человеческой жизни наиболее характерно чувственное переживание в виде беспорядочного всеохватывающего интереса и возбуждения. В суицидальном же состоянии возникает преобладающее чувство беспомощности-безнадежности: "Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)". Традиционно считалось, что враждебность является доминирующей эмоцией при суициде. Но сегодня суицидологи знают и о других, имеющих к нему отношение, глубоких, базисных эмоциях: стыде, чувстве вины, фрустрированной зависимости. За ними находится сильное чувство внутренней опустошенности, беспомощности-безнадежности. Эта генерализированная эмоция проявляется в смятении и тревоге. Из клинического опыта известно, что при работе с человеком в состоянии душевного смятения, с

выраженными летальными тенденциями нецелесообразно и бесполезно воздействовать на них непосредственно путем увещаний, разъяснительных бесед, порицания, оказания давления или каким-нибудь другим аналогичным образом. (При суицидальных тенденциях это воздействие имеет не больше результативности, чем при алкоголизме.) Наиболее эффективным путем снижения их интенсивности является не прямое воздействие посредством уменьшения эмоционального напряжения и смятения. Психотерапевт по отношению к пациенту в этой ситуации играет роль опекуна, прежде всего защищая его интересы и благосостояние. Целью его вмешательства является снижение давления, оказываемого на человека реальными жизненными обстоятельствами и вызывающего у него эмоциональное напряжение. Основным принципом терапии является следующий: для уменьшения интенсивности летальных тенденций следует предпринять меры по снижению эмоционального напряжения и волнения, что, в свою очередь, повлечет за собой их дезактуализацию¹.

- **Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность².** Зигмунд Фрейд обратил наше внимание на примечательную психологическую истину, которая противоречит формальной логике Аристотеля. Нечто может одновременно являться Я и не-Я. Один и тот же человек может нам в одночасье нравиться и не нравиться; мы можем в один и тот же момент любить и ненавидеть супруга или ребенка. У нас часто имеются два противоположных мнения по одному и тому же вопросу. Для самоубийства типичным бывает состояние, при котором человек одновременно пытается перерезать себе горло и взывает о помощи, и оба эти воздействия являются истинными и непритворными. Амбивалентность является наиболее характерным отношением человека к суициду: он чувствует потребность совершить его и одновременно желает (и даже планирует) спасение и вмешательство других. Психотерапевт обычно использует эту амбивалентность в своих целях и какое-то время играет на ней с тем, чтобы разрядилось эмоциональное напряжение, а не пистолет самоубийцы.
- **Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.** Суицид не совсем правильно считать проявлением психоза, невроза или психопатии, точнее, его можно охарактеризовать как преходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей. Синонимом слова "сужение" является "туннельность", резкое ограничение вариантов выбора поведения, обычно доступных сознанию данного индивида, когда он не находится в состоянии паники, доводящей его до дихотомического мышления: либо какое-то особое (почти волшебное) разрешение всей ситуации в целом или прекращение потока сознания. Все или ничего. Цезарь или ничто. Варианты выбора снизились до двух — не очень-то большое разнообразие. Обычно поддерживающие человека в жизни фигуры любимых людей не игнорируются: хуже, они просто входят в рамки того, что происходит в сознании человека. Таким образом, любая попытка помочь самоубийце должна, в первую очередь, исходить из наличия у него патологического сужения когнитивной сферы.

Тот факт, что самоубийство совершается людьми, находящимися в особом суженном состоянии сознания, может привести нас к предположению, что никто и никогда не должен был бы совершать самоубийство, испытывая эмоциональное напряжение или суицидальную настроенность. Казалось бы, для того чтобы принять столь важное решение об отнятии собственной жизни, требуется ум, способный оперировать несколькими вариантами, а не только двумя, остающимися в его распоряжении. В реальности, как оказывается, наоборот, важно противодействовать именно сужению мыслей суицидального человека, предпринимая попытку раздвинуть психические шторы и увеличить число

вариантов выбора за пределы только двух: либо волшебное разрешение проблем, либо смерть.

- **Общим действием при суициде является бегство (агрессия).** Бегство отражает стремление человека удалиться из зоны бедствия. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы, дезертирство из армии. Суицид в таком ряду поступков является предельным, окончательным бегством. Мы должны видеть различия между безобидным желанием уйти и потребностью покончить со всем, уйти навсегда. Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций: действием, приводящим к этому, и является бегство. Мы предотвращаем его, захлопывая выходы, например, отбирая у человека пистолет или уменьшая потребности человека к бегству.
- **Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.** Возможно, наиболее интересным результатом ретроспективного изучения большого числа психологических аутопсий³ в случае смерти от самоубийства является наличие почти в каждом случае явных улик приближающегося летального события. Люди, намеривающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи, ищут возможности спасения, причем обычно ситуация напоминает театр двух актеров, составляющий существенную часть суицидальной драмы. Печально и парадоксально, что общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Все люди, работающие сегодня в области суицидологии, знают о характерных признаках такого сообщения как вербальных, так и невербальных. Их распознавание является незаменимым способом превенции⁴ суицидов.
- **Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.** Когда мы сталкиваемся с самоубийством, то нас поначалу сбивает тот факт, что оно по своей природе представляет собой поступок, которому нет аналогов и прецедентов в предшествующей жизни человека. И все же ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере поведения человека в течение всей жизни. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному или дихотомическому мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства.

Исходя из этой точки зрения, можно дать следующее **определение суицида**: в настоящее время суицид является сознательным действием самоуничтожения, которое можно понять как многомерное патологическое состояние человека, сталкивающегося с непереносимой проблемой, лучшим решением которой, по его мнению, является суицид. Все, о чем говорилось выше, касается именно суицида, то есть завершеного самоубийства. Парасуицид является темой особого разговора, он имеет свои собственные социально-психологические характеристики, показания к лечению, реабилитации и особые реакции окружающих на этот поступок.

Помощь людям с высоким суицидальным риском ставит своей целью оказание дружеской помощи (бифрендинга) и кризисной интервенции: главное не пытаться переделать структуру личности человека и не стараться излечить его нервно-психические расстройства, а просто удержать человека в живых. Это

первое и необходимое условие, без которого все остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи не смогут быть действенными.

Большинство людей, безусловно, согласились бы, что лучшей превенцией суицида должна быть первичная профилактика: унция профилактики, несомненно, стоит фунта лечения. Первичная профилактика суицида прежде всего заключается в повышении образовательного уровня. Ее задачей является обучение друг друга и той большой аморфной группы, которая известна под названием население, тому, что суицид может произойти с кем угодно, что существуют вполне различные, достаточно распознаваемые признаки самоубийства (если только у человека хватает проницательности увидеть и услышать их) и что помощь при этом доступна многим. Основной задачей первичной профилактики является распространение информации, особенно касающейся признаков самоубийства, в школах, на работе или в средствах массовой информации. В конце концов эффективное предупреждение самоубийства является делом каждого.

1. Дезактуализация - (лат. dys — расстройство + actualis — деятельный, важный, значимый) — уменьшение важности какого-либо фактора, ранее имевшего высокую степень значимости для пациента.
2. Амбивалентность - (от лат. ambo — оба и valentia — сила) - двойственность чувственного переживания, выражающаяся в том, что один и тот же объект вызывает к себе у человека одновременно два противоположных чувства.
3. Аутопсия - (от гр. auto — сам и orpsis — видение) - вскрытие трупа для установления причины смерти.
4. Превенция - (от лат. praeventio - опережаю, предупреждаю; англ. prevention) - предупреждение, предохранение, предотвращение.

Кто подвержен суициду

Более всего восприимчивы к суициду следующие группы:

- Предыдущая (незаконченная) попытка суицида (парасуицид).
- Суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- Тенденции к самоповреждению (аутоагрессия).
- Суициды в семье.
- Алкоголизм.
- Хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов.

Наркотики и алкоголь представляют собой относительно легальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

- Аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии (психопатологические синдромы).
- Хронические или смертельные болезни.
- Тяжелые утраты, например смерть супруга (родителя), особенно в течение первого года после потери.
- Семейные проблемы: уход из семьи или развод.
- Финансовые проблемы - потеря работы, банкротство, утрата фермы.

Суицидально опасная референтная группа:

- Молодежь с нарушением межличностных отношений, "одиночки", злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие.
- Люди, находящиеся в расцвете своей карьеры, сверхкритичные к себе, но часто злоупотребляющие наркотиками или страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат.
- Люди зрелого возраста, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.
- Люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.
- Гомосексуалисты.
- Заключенные.
- Ветераны войн и локальных конфликтов.

Специалисты, сталкивающиеся с этими группами населения, друзья и их семьи должны остерегаться упрощенного подхода или чрезмерно быстрых заключений. Люди могут попасть в группу риска, что еще не означает их склонности к суициду. Необходимо подчеркнуть, что не существует какой-либо одной причины самоубийства. Тем не менее, ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. С особой бдительностью следует принять во внимание сочетание опасных сигналов, если они сохраняются в течение определенного времени. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Как заметить суицид

Признаками эмоциональных нарушений являются:

- Потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней.
- Частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость).
- Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду.
- Постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти.
- Ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие.
- Уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека одиночку.
- Нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы.
- Погруженность в размышления о смерти.
- Отсутствие планов на будущее.
- Внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

<p>Внешний вид и поведение</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Тоскливое выражение лица ○ Гипомимия ○ Амимия ○ Тихий монотонный голос ○ Замедленная речь ○ Краткость ответов ○ Отсутствие ответов ○ Ускоренная экспрессивная речь ○ Патетические интонации ○ Причитания ○ Склонность к нытью ○ Общая двигательная заторможенность ○ Бездеятельность, адинамия
--------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Двигательное возбуждение
Эмоциональные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скука ○ Грусть ○ Уныние ○ Угнетенность ○ Мрачная угрюмость ○ Злобность ○ Раздражительность ○ Ворчливость ○ Брюзжание ○ Неприязненное, враждебное отношение к окружающим ○ Чувство ненависти к благополучию окружающих ○ Чувство физического недовольства ○ Безразличное отношение к себе, окружающим ○ Чувство бесчувствия ○ Тревога беспредметная (немотивированная) ○ Тревога предметная (мотивированная) ○ Ожидание непоправимой беды ○ Страх немотивированный ○ Страх мотивированный ○ Тоска как постоянный фон настроения ○ Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности ○ Углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг
Психические заболевания	<ul style="list-style-type: none"> ○ Депрессия ○ Неврозы, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой ○ Маниакально-депрессивный психоз ○ Шизофрения
Оценка собственной жизни	<ul style="list-style-type: none"> ○ Пессимистическая оценка своего прошлого ○ Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого ○ Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния ○ Отсутствие перспектив в будущем
Взаимодействие с окружающими	<ul style="list-style-type: none"> ○ Нелюдимость, избегание контактов с окружающими ○ Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью ○ Склонность к нытью ○ Капризность ○ Эгоцентрическая направленность на свои страдания
Вегетативные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> ○ Слезливость ○ Расширение зрачков ○ Сухость во рту (“симптомы сухого языка”) ○ Тахикардия ○ Повышенное АД

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха ○ Ощущение комка в горле ○ Головные боли ○ Бессонница ○ Повышенная сонливость ○ Нарушение ритма сна ○ Отсутствие чувства сна ○ Чувство физической тяжести, душевной боли в груди ○ То же в других частях тела (голове, эпигастрии, животе) ○ Запоры ○ Снижение веса тела ○ Повышение веса тела ○ Снижение аппетита ○ Пища ощущается безвкусной ○ Снижение либидо ○ Нарушение менструального цикла (задержка)
Динамика состояния в течение суток	<ul style="list-style-type: none"> ○ Улучшения состояния к вечеру ○ Ухудшение состояния к вечеру

Предотвращение суицида

Диагностика преуицидального синдрома имеет важное профилактическое значение. Лица, находящиеся, а в преуицидальном периоде, нуждающиеся в индивидуальной, групповой и (или) семейной психотерапии. Особую практическую значимость имеет анализ факторов, удерживающих детей от самоубийства. К их числу относят: отсутствие психических заболеваний, протекающих с депрессивными расстройствами; лучшая интегрированность в семье; когнитивные функционирование, не достигшее уровня конкретного или формального мышления; наличие культуральных и духовно-религиозных факторов, делающих суицид менее приемлемым или табуирующим его; проведение индивидуализированной терапии, направленной на купирование травматизации и избирательно адресующейся к слабым сторонам акцентуированной или психотической личности (сенситивность, склонность к депрессивным состояниям у шизоидов и циклоидов).

Депрессия.

Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии. Ее основным симптомом является потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Поступки и настроение как бы выдыхаются и становятся безвкусными. Психика лишается сильных чувств. Человеком овладевает безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Заметно ослабевают двигательная активность или, наоборот, возникают приступы громкой, быстрой, порой беспрестанной речи, наполненные жалобами, обвинениями или просьбами о помощи. Часто бывают нарушения сна или волнообразная усталость. Соматические признаки тревоги проявляются дрожанием, сухостью губ и учащенным дыханием. Появляются ничем не обусловленные соматические нарушения в виде болей в голове, боку или животе. Больные постоянно ощущают свою нежеланность, греховность и бесполезность, в силу чего приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла.

Психогенные **причины депрессии** часто связаны с потерей: утратой друзей или близких, здоровья или работы. Она может наступить в годовщины утраты, причем человек может не осознавать приближающейся даты.

Если человека постигает утрата, то это, естественно, порождает не только депрессию, но и гнев. Если нет возможности выразить свои чувства, то они вытесняются в бессознательное, в результате чего внутреннее напряжение и фрустрация осложняют процесс горя. Важно помнить, что почти всегда можно найти физиологическое и психологическое объяснение депрессии. Депрессия не обязательно обозначает, что человек находится в состоянии психоза или испытывает суицидальные намерения.

Подавляющее большинство этих больных не утрачивают связей с реальностью, заботятся о себе и далеко не всегда поступают на стационарное лечение. Однако, когда они решаются на попытку самоубийства, ими овладевает отчаяние. Несмотря на это, существует достаточно «нормальных» людей с депрессивными переживаниями, которые не заканчивают жизнь самоубийством.

Интересен суицидологический аспект и других психических расстройств. Существует три основные группы этих заболеваний. Во-первых, **невроты**, которые характеризуются беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой. Невротик не утрачивает связи с окружающей действительностью, но у него отсутствует доверие к миру, в силу чего он становится подозрительным и тревожным. Характерологические или личностные проблемы возникают из-за дефицита моральных норм, здравомыслия или сложных взаимоотношений с окружающими. Эти люди не страдают собственно душевным расстройством, однако склонны к совершению антисоциальных поступков без возникновения чувства вины.

Психозы протекают тяжелее, чем невроты. Человек, страдающий психозом, обычно неадекватно реагирует на большинство ситуаций окружающей жизни. К ним относится маниакально-депрессивный психоз с глубокими изменениями настроения от мании к депрессии, которая часто сопровождается суицидальными мыслями.

Широко распространенным заболеванием является **шизофрения**, при которой возникают бредовые расстройства и обманы восприятия: голоса и видения. Для этих больных «ночные кошмары становятся реальностью». Окружающее причудливо изменяет свои очертания, а значение, которое придается определенным фактам, не имеет каких-либо реальных оснований.

Среди страдающих психозами, шизофренией и маниакально- депрессивным психозом частота суицидов достаточно велика: к ним относятся не менее, чем 1/4 суицидентов. Необходимо подчеркнуть, что больные, страдающие психотической депрессией, часто совершают суицидальные действия в начале и при затухании психоза. Среди больных шизофренией, как показывают различные исследования, от 3 до 12% совершают самоубийства. Причем риск суицида на протяжении их жизни колеблется от 15 до 20%. Больные шизофренией часто совершают суициды из-за отчаяния, если внезапно осознают неспособность контролировать свою судьбу или в силу бредовых переживаний и постоянных галлюцинаторных расстройств.

Затянувшаяся депрессия и одиночество становятся опасными, если:

- Вы чувствуете враждебность к людям, к которым раньше относились хорошо
- У вас нет интереса к чему бы то ни было
- Ваше здоровье существенно подорвано
- Вы попадаете в зависимость от лекарств или алкоголя
- Вы избегаете общества и большую часть времени проводите в одиночестве
- Вы думаете о самоубийстве

Сегодня существует Международная **ассоциация по предотвращению самоубийств**, по рекомендации которой во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения и, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными.

Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получат огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями - подразделение службы не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет.

Службы могут быть укомплектованы как добровольцами, так и специалистами-психотерапевтами. Главное преимущество службы состоит в том, что ее основные звенья действуют не автономно, а объединены в систему. Структурные подразделения - "телефон доверия", кабинеты социально-психологической помощи, кризисные стационары - имеют преемственную связь и координируются центром.

Основным звеном в деле предотвращения самоубийств является анонимная телефонная служба ("телефон доверия"), которая была основана в 1953 г. в Лондоне священником Чад Вара и стала быстро распространяться во всех государствах Европы и Америки. Цель телефонной службы - стремление предложить любому человеку, находящемуся в кризисной ситуации и помышляющему о самоубийстве, телефонный контакт с сотрудником, готовым выслушать его как друг, способным помочь абоненту преодолеть кризисную ситуацию, с которой он столкнулся. Среди принципов службы особое место занимает доверительность, абсолютная секретность, запрет требовать вознаграждения за услуги и запрет оказания любого давления. Принципы работников служб - "не судить, не критиковать и даже не удивляться", а помочь абоненту самостоятельно прийти к правильному решению. Население широко информируется о наличии "телефонов доверия", но самоубийства при этом не упоминаются, сообщается только, что оказывается "помощь в беде, безнадежности и депрессии".

Во многих учебных заведениях происходит внедрение программ по обучению студентов и преподавателей выявлению предполагаемых суицидентов. Однако, эти новые программы еще не доказали своей эффективности среди молодежи.

Другой превентивной мерой является ограничение доступа предполагаемых суицидентов к средствам, с помощью которых можно легко убить себя. Такие методы, как барьер, который не позволяет людям легко спрыгнуть с моста, а также ограничение доступа к огнестрельному оружию, доказали свою эффективность в снижении уровня суицидов в обществе. Такие методы позволяют создать препятствия на пути немедленного суицида, вследствие чего суицидальные мысли могут измениться и решимость совершить суицид исчезнет. Препятствия также позволяют в некоторых случаях случайному спасателю физически вмешаться в совершаемый суицид.

Тем не менее, острые медико-социальные проблемы не решаются сами собой. Многолетний опыт суицидологической работы свидетельствует о том, что оснований для самоуспокоения в этом вопросе чрезвычайно мало. Поэтому необходимо продолжать работу в этом направлении, как научную, так и практическую.

Профилактическая беседа при суициде

Беседа с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, — дело чрезвычайно тонкое, специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но

порой обстоятельства складываются таким образом, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Как показывает опыт работы с суицидентами, для того чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Но прежде чем изложить основные **правила профилактической беседы**, сделаем несколько предварительных замечаний. Они касаются деталей, частности, однако следует помнить, что для человека, находящегося в состоянии психологического кризиса, мелочи, детали играют порой не менее важную роль, чем веские логические доводы.

Приглашение на беседу

Ни в коем случае нельзя вызывать к себе человека на беседу через третьих лиц. Приглашение необходимо сделать обязательно лично, желательно с глаза на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

Место беседы

Можно, конечно, провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее организовать его не в столь «формальном» месте. Главное — отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговор, сколько бы он не длился.

Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не поглядывайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Начальный этап беседы

Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта с суицидентом, взаимоотношений «сопереживающего партнерства», которые характеризуются высокой степенью доверительности.

Необходимо убедить индивида в том, что его проблемы будут поняты, что вы искренне разделяете его заботы и трудности. Этим вы предоставляете ему возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях.

Ваш собеседник должен быть выслушан терпеливо и сочувственно, без высказывания сомнений и критики. Даже если вы не разделяете высказанных собеседником оценок, по-иному смотрите на окружающих его людей, на сложившуюся ситуацию, не спешите противоречить, опровергать, высказывать свои взгляды. На первом этапе необходимо только внимательное эмпатическое слушание, доброжелательность, искреннее (не показное!) стремление понять собеседника. Даже ваши вопросы, уточнения не должны на этом этапе нести в себе элементов сомнения в правомерности его мнений и представлений. В результате вы будете восприниматься как человек понимающий, чуткий и заслуживающий доверия.

В процессе беседы формируется более полное представление о личности суицидента, его потребностях, интересах и ценностях. Необходимо уточнить также сведения о близких ему людях, так как именно они (родственники, друзья и т.д.) часто являются теми резервными источниками помощи и поддержки, которые будут способствовать преодолению человеком существующего кризиса.

Слушая собеседника, не только обращайтесь внимание на его слова, но и старайтесь выявить подтекст, замечайте недомолвки, оговорки, следите за манерой общения и поведения, особенностями речи, жестов, мимики, они не меньше слов помогут вам

определить, установлен ли тот взаимный контакт, когда можно будет переходить ко второму этапу беседы.

Второй этап беседы

В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась кризисная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние человека. Один из наиболее существенных моментов этого этапа — снятие у суицидента ощущения безвыходности его ситуации.

Установив причины и последовательность развития кризиса, необходимо преодолеть имеющееся у суицидента представление об исключительности его неблагоприятной ситуации, убедить в том, что подобные ситуации возникают и у других людей, что положение дел вполне поправимо и причины могут быть устранены.

С этой же целью можно использовать вопросы, сформулированные таким образом, что сам ответ на них будет предполагать изменение позиции человека по отношению к его проблемам и трудностям. При этом необходимо помнить золотое правило психотерапии: «Если не можешь изменить обстоятельства, измени отношение к ним».

В атмосфере искреннего эмпатического выслушивания человек, рассказывая о своей жизни, сообщает об успехах и достижениях, о трудностях, с которыми ему приходится сталкиваться. Необходимо тактично подчеркнуть эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению жизненных невзгод. Следует отметить, что такая поддержка, будучи методом косвенного внушения, является очень эффективным приемом психологической помощи и должна неоднократно применяться на протяжении всей беседы.

В ходе этого этапа необходимо также использовать приемы, поддерживающие и углубляющие содержание беседы. К ним относятся высказывания, направленные на внесение последовательности в рассказ. В результате переживаемой эмоциональной напряженности собеседник может забегать вперед в своем рассказе или пропускать некоторые моменты, иногда весьма существенные. В то же время суициденты в ходе беседы часто фиксируются на психотравмирующих эпизодах. Эту тенденцию необходимо решительно преодолевать, в противном случае негативные переживания будут усиливаться.

Установление последовательности фактов, приведение их в определенную систему во многих случаях приводит человека к изменению оценки ситуации, к осознанию того, что неблагоприятная ситуация, принимаемая им как непреодолимая и безнадежная, вполне поправима. Следует учитывать, что и сам процесс рассказа о своей ситуации и переживаниях способствует снятию отрицательных эмоций.

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно повторять некоторые факты, которые вам сообщили ранее, тем самым проявляя заинтересованность в собеседнике, оказывая ему внимание.

В завершение второго этапа беседы целесообразно четко сформулировать ситуацию, переживаемую суицидентом. Точная формулировка ситуации создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете.

Третий этап беседы

Данный этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда ваш собеседник играет ведущую роль в планировании.

Основываясь на знании личности суицидента, его отношениях с окружающими в настоящей неблагоприятной ситуации, необходимо предложить определенный вариант

поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи; для решения ближайших задач предполагается несколько предварительных решений.

Советы необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не настаивать на их «истинности в последней инстанции», апеллируя к собственному опыту. Каков бы ни был ваш собственный жизненный и профессиональный опыт, дать 100-процентный хороший совет просто невозможно, поскольку жизненные ситуации каждого человека строго индивидуальны и уникальны. Наиболее приемлемыми будут те рекомендации, которые опираются на систему ценностей самого суицидента, в противном случае он будет механически отвергать навязываемые ему взгляды, недоверчиво и без необходимого внимания относиться к вашим словам.

В некоторых случаях в ходе планирования действий суициденты занимают пассивную позицию, пытаются вернуться к обсуждению проявления своего эмоционального состояния. В этом случае необходимо вернуть собеседника к обсуждению конкретных планов.

В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы придаст индивиду уверенность в собственных силах, повысит его самооценку.

Четвертый (завершающий) этап беседы

Это этап окончательного формирования решения, активной психологической поддержки и придания индивиду уверенности в своих силах и возможностях. Необходимо призвать его проявить максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда индивид выражает сомнения относительно каких-либо моментов намеченного плана, на них следует остановиться особо, при этом проявить решительность, настойчивость, подобрать веские аргументы и доказательства.

Если в ходе беседы индивид активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Однако может сложиться ситуация, когда в силу различных обстоятельств невозможна срочная госпитализация для оказания специализированной помощи. В этом случае беседа должна быть направлена на коррекцию суицидогенных личностных установок.

С этой целью необходимо убедить суицидента в следующем:

- тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, является временным; другие лица в аналогичных ситуациях чувствовали себя так же тяжело, а со временем их состояние полностью нормализовалось;
- его жизнь нужна родным, близким, друзьям, и его уход из жизни станет для них тяжелой травмой (актуализация антисуицидальных факторов);
- он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни в силу его крайней важности лучше отложить на некоторое время, спокойно его обдумать. (Подчеркивание права индивида распоряжаться собственной жизнью повышает его самооценку, увеличивает ответственность за свое поведение, уменьшает актуальность суицидальных переживаний.)

Важнейшим условием профилактической и психокоррекционной беседы является ее анонимность. Это значит, что любая информация, сообщенная индивидом, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в его окружении. Нарушение этого принципа подрывает основу доверия, что в итоге делает дальнейшую профилактическую и психокоррекционную работу чрезвычайно затруднительной, а порой и просто невозможной.

После беседы необходимо тщательно осмыслить ее результат, сделать необходимые записи и продумать основные направления последующей работы.

Дальнейшая работа будет складываться, исходя из анализа беседы с учетом личностных особенностей индивида и сложившейся ситуации. Поэтому любые детализированные рекомендации на этот счет весьма затруднительны. Однако **основные советы** могут состоять в следующем:

- учитывая повышенную вероятность неадекватных реакций, необходимо создать для индивида на какой-то период более спокойные условия деятельности вплоть до освобождения его на некоторое время от выполнения основных обязанностей;
- не следует оставлять индивида на этот период без контроля и внимания. Эту задачу целесообразнее поручить его родным и друзьям;
- при необходимости следует продумать возможность госпитализации индивида.

Таким образом, для проведения профилактической беседы с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, можно предложить определенное ее построение с выделением основных этапов. Однако возможно, что беседа пойдет в другом направлении, этапы могут меняться местами, совмещаться и т.п., так как любая схема несет в себе элемент условности. Творческое применение методики, искреннее желание помочь человеку в беде, удержать его от рокового шага должно быть главным ориентиром в работе.

Концепции суицида

Несмотря на то, что на протяжении веков ученые стремились дать теоретическое обоснование суицидальному поведению, в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств. Среди множества концепций выделяются **три основные концепции суицида**: психопатологическая, психологическая и социологическая.

1. Психопатологическая концепция суицида.
2. Психологическая концепция суицида.
3. Социологическая концепция суицида.

Психологическая концепция

Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы (от фрейдовского "танатоса" до современных представлений о природе психологической дезадаптации).

Фрейд рассматривал самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и, как частный случай, — аутоагрессией¹. Сторонники этой концепции считают, что **самоубийство** — это преобразованное (направленное на себя)

убийство, а в подтверждение правильности своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение самоубийств во время войн.

Необходимо отметить, что современные суицидологи не разделяют многие положения Фрейда, в частности его подход к аутоагрессии только как к проявлению агрессивных инстинктов, но тем не менее среди причин самоубийств ведущее место отводят психологическим. Так, Э. Шнейдман выделяет несколько общих логических защитных механизмов и делает суицидальную попытку более вероятной.

Н.В. Конончук, В.Г. Мягер выделяют **три основных свойства, характеризующих личность суицидента:**

- повышенную напряженность потребностей, выражающуюся в необходимости непереносимого достижения поставленной цели;
- повышенную потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, когда собственное "я" растворяется и воспринимается лишь в паре, а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях;
- низкую способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

А.Г. Амбрумова, рассматривая роль личности в проблеме суицида, отмечает, что суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую. Исходя из этого положения и обосновывая его практическую значимость, автор выделяет несколько **типов личности.**

Интегрированный тип. Представители этого типа не отдают предпочтения ни профессиональной, ни интимной сфере. Спокойны и уравновешены, терпимы и внимательны, привычки, потребности определены, устойчивы. Проблемы подчинения и руководства принимают. Это, как правило, специалисты высокого или среднего класса. Этот тип не суицидоопасен.

Компенсаторно-адаптированный тип характеризуется резким предпочтением либо профессиональной, либо интимной сферы. При этом более " сильная" компенсирует более " слабую" . Суицидоопасен в кризисные периоды (особенно в 18—25, 50 и 60 лет).

Дискордантно-адаптированный тип. Различий в значимости сфер нет: если в одной из них недостаточно социализации, то вторая не компенсирует, а, напротив, дезорганизует ее еще больше. Потребности в этой сфере фрустрируются², каждый провал переживается очень болезненно, что в свою очередь расшатывает адаптацию. Человек либо "уходит" в одну сферу, либо принимает характер "маятника" . Рассмотренный тип личности очень суицидоопасен.

Ригидно-конформный тип. Представители этого типа формальны. Высшая ценность для них — собственный статус и самоутверждение. Самооценка завышена. Тяжело переносят смену стереотипов. Суицидоопасны лишь при крахе карьеры (суицид в этом случае продуман).

Ограниченно-конформный тип. Для этого типа характерна личность, имеющая твердо усвоенный набор правил, установок (скорее, важна форма, а не содержание). Отсутствуют установки на самостоятельное принятие решений. Представители данного типа дисциплинированы, подчиняемы, часто ипохондричны, в стрессе теряются, у них ухудшается настроение. Чувствительны к перегрузкам и переменам стереотипов. В эти моменты их поведение суицидоопасно, хотя риск суицида невысок.

Тип социально ведомых. Среди представителей этого типа выделяются социально одобряемые и социально порицаемые. Правила не представляют для них ценности, хотя иногда служат средством достижения личного благополучия. Для них характерны недостаточная волевая активность, отсутствие самолюбия. С раннего возраста такие люди приобретают себе ведущего, на которого перекладывают ответственность за все решения,

копируют его социальный облик. Такой тип суцидоопасен при потере или резкой смене ведущего.

Тип патологически дезадаптированных. Дефекты социализации у этих лиц изначально вследствие психической патологии.

1. Аутоагрессия — агрессия, направленная на себя.
2. Фрустрация - психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям.

Социологическая концепция

Социологическая концепция исходит из того, что в основу суцидального поведения закладываются снижение и неустойчивость социальной интеграции¹, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

Специалисты Всемирной организации здравоохранения обратили внимание на то, что рост самоубийств прямо пропорционален темпам экономического развития страны. Однако влияние социальных и экономических факторов на возникновение суцида носит, как правило, косвенный характер. Современное состояние культуры предполагает постоянное принудительное общение конкретного человека с огромной массой людей, которое обезличивает его и впоследствии порождает конфликты. По этому поводу К. Лоренц заметил: "Степень отчужденности людей прямо пропорциональна плотности населения".

Будучи микросоциально обусловленными, большинство суцидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суцидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения. В большинстве случаев в подростковом возрасте речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суцидальной техники для достижения той или иной суцидальной цели.

Е. Шир выделяет следующие **типы суцидальных действий**:

- **неодолимое** — характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента. Аутоагрессия имеет место при измененном состоянии сознания, психогических состояниях, в том числе у лиц с органическими поражениями головного мозга;
- **преднамеренное** — такого рода суцид тщательно и расчетливо планируется по времени, месту и способу совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;
- **импульсивное** — характеризуется внезапностью;
- **амбивалентное** — в этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность² в отношении способа самоубийства. Именно для этого типа суцидальных действий характерны суцидальные попытки с последующим криком "Помогите!";
- **демонстративное** — это, как правило, реакция на психотравмирующую ситуацию. Поэтому суцид нередко совершается в присутствии конфликтного лица.

Е.М. Вроно и А.Г. Амбрумова, исследуя личностные особенности подростков с суцидальным поведением, пришли к выводу о том, что для большинства из них

характерна импульсивность, которая проявляется в неспособности обдумывать сколько-нибудь продолжительное время принятые решения, прогнозировать последствия поступков. Подросткам-суицидентам свойственна эмоциональная неустойчивость, чем и объясняется большое количество конфликтных ситуаций, часто заканчивающихся суицидальными действиями. Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличались повышенной внушаемостью, а также некоторой несамостоятельностью мышления, зависимостью от мнения окружающих, стремлением строить свое поведение по образу героев книг, фильмов и т.д.

На основании анализа характера поведения суицидентов можно выделить несколько **типов личности повышенного суицидального риска**.

Эмоциональный тип. Характеризуется чрезвычайной эмоциональной подвижностью и быстрой сменой настроения. Слабо защищен от воздействий раздражителей негативного плана. Откровенный и простодушный. Склонен к сопереживаниям. Очень привязан к близким. Неудачи, конфликты, утрата близкого человека могут послужить для него причиной, побуждающей к самоубийству.

Депрессивный тип. Характеризуется резко выраженным чувством собственной ущербности, робостью, застенчивостью. Страдает от любой грубости, часто находится в подавленном настроении, недоверчив к окружающим, подозрителен. Ему постоянно кажется, что окружающие его презирают. Пассивен, часто жалуется на усталость. Грубое обращение с таким человеком, укор, упрек на глазах у окружающих в пресуицидальный период могут спровоцировать самоубийство.

Агрессивный тип. Не умеет и не хочет подчиняться. Неуживчив в коллективе. Взрывается буквально по каждому пустяку. Вспышки гнева ведут к необузданной ярости. При особых обстоятельствах, когда цели кажутся недостижимыми, агрессивность направляет на самого себя.

Истерический тип. Постоянно привлекает к себе внимание, стремится быть в центре всех событий. Способен на неординарные поступки. Все его поведение рассчитано на эффект. Могут быть припадки, обмороки. Не терпит неприязни со стороны окружающих. Если ее обнаруживает, способен на шантажирующие суицидальные попытки.

В современной суицидологии выделяются в отдельную категорию **личностные реакции, обладающие потенциальной суицидоопасностью**.

Реакция эгоцентрического переключения. Возникает внезапно, происходит скоротечно, суицидентом выбирается первое попавшееся под руку орудие. Решение твердое, и остановить человека от рокового шага трудно; однако вскоре появляется критическое отношение к акту и сожаление о произошедшем.

Реакции эгоцентрического переключения чаще возникают у личностей с чертами возбудимости, сценичности, агрессивности, и могут трансформироваться в синдромы измененного сознания.

Реакция психалгии — аффективная реакция душевной боли на высокой степени отрицательных эмоций, при этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов. Наблюдается сужение мотивационной сферы и ограничение общения. Своеобразно изменяется проживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания. Модальности аффектов психалгии могут быть различными: тоскливые, тревожные, раздражительные. При этой реакции значителен риск завершенных суицидов, а после неудачи могут быть рецидивы.

Психалгии возникают при элементах эмоциональной неустойчивости, снижении толерантности к эмоциональным нагрузкам. Они могут трансформироваться в депрессивные состояния.

Реакция переживания негативных интерперсональных отношений (речь идет о значимых для суицидента лицах). Характерна цепная реакция, когда, стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. При реакциях негативных интерперсональных отношений пресуицидальный период бывает более продолжительным, чем при реакциях эгоцентрического переключения и психалгиях. Встречаются как истинные так и демонстративные покушения. Суицидентом принимаются меры к тому, чтобы источник конфликта знал о его намерениях. После попыток суицидальные тенденции исчезают в тех случаях, когда ситуация изменилась в благоприятную сторону. Если нет, то продолжается манипулирование.

Для реакции негативных интерперсональных отношений - существенно наличие ригидно-конформного радикала, фиксированность нравственных установок. Трансформация в обсессивные, сверхценные режы в субпаранойдные образования с микромасштабными идеями отношения.

Реакция отрицательного баланса — самоубийство в результате "подведения жизненных итогов", взвешивания всех "за" и "против", оценка жизненного пути, определение реальных перспектив существования. Суицидент тщательно и скрыто готовится, чтобы умереть наверняка. При этом отсутствует аффективная напряженность ("холодный пресуицид"). Реакция характерна для больных неизлечимыми болезнями, стариков. "Подведение баланса" предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, а поведение в пресуициде свидетельствует об отсутствии аффективной напряженности. Подготовка носит тщательно скрытый характер, выбирается наиболее летальный способ суицида. В случае неудачи намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию. Чрезвычайно трудно поддается коррекции.

Реакции отрицательного баланса имеют место при гармоничных личностных структурах со сложившейся рациональной системой защитных механизмов.

1. Социальная интеграция (лат. *integratio* - восстановление, восполнение; лат. *integer* — целый) - процесс превращения относительно самостоятельных мало связанных между собой индивидов, групп, классов или государств в единую целостную систему, характеризующуюся согласованностью и взаимозависимостью ее частей на основе общих целей, интересов и т.д.

2. Амбивалентность - (от лат. *ambo* — оба и *valentia* — сила), двойственность чувственного переживания, выражающаяся в том, что один и тот же объект вызывает к себе у человека одновременно два противоположных чувства, например удовольствия и неудовольствия, любви и ненависти, симпатии и антипатии.

Психопатологическая концепция

Психопатологическая концепция исходит из положения о том, что все самоубийцы — душевнобольные люди, а суицидальные действия — проявления острых или хронических психических расстройств.

Предпринималась даже попытка выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу¹ (*suicidomania*), а сама проблема изучалась специфическими для медицины методами, т.е. с точки зрения этиологии², патогенеза³ и клиники заболевания. Предлагались различные методы физиотерапевтического и медикаментозного лечения суицидомании (кровопускания, слабительные, желчегонные средства, холодные влажные обертывания и т.д.).

На современном этапе развития психологической науки **психопатологическая концепция** представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи и

сейчас считают, что суицидальные действия представляют собой одну из форм проявлений психических заболеваний.

1. Нозологическая форма (нозологическая единица) - определенная болезнь, которую выделяют как самостоятельную, как правило, на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-морфологических проявлений.
2. Этиология (от греч. aítia - причина и ...логия) - учение о причинах болезни.
3. Патогенез (греч. páthos — страдание, болезнь и génesis — происхождение, возникновение) — механизмы возникновения и развития болезни и отдельных её проявлений на различных уровнях организма — от молекулярных нарушений до изменений в органах и системах.