**Лекция 7. Понятие «психологический кризис» и суицид как форма кризисного реагирования. Основы профилактики асоциальных явлений в обществе и в организации, методы и технологии управления современными рисками. (4 часа).**

**План:**

1. Понятие «психологический кризис».

2. Факторы, способствующие преодолению кризисов и усугубляющие кризис.

 3. Суицид как форма кризисного реагирования.

4.Психологические аспекты работы с суицидентом.

**ВВЕДЕНИЕ**

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. Вданном случае под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта (Farberow).

Таким образом, психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами. А. Г. Амбрумова считает, что психологический кризис вызывается фрустрацией важнейших потребностей индивидуума и специфической личностной реакцией на эту фрустрацию. По мнению автора, «суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего (т.е. степенью безнадежности)» (Амбрумова, Тихоненко).

В литературе часто встречаются термины «аутотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью ауто-агрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В современной литературе, особенно западной, также широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительного», поведения.

Психологическая – душевная – боль, вероятно, является общим признаком тяжелых кризисных состояний. Непереносимость душевной боли приводит к стремлению прекратить ее любым путем, и суицид может казаться человеку, находящемуся в кризисном состоянии, единственным способом избавления и разрешения всех проблем.

**Учебный вопрос 1. Понятие «психологический кризис»**

Кризисная ситуация (от греч. krisis — решение, поворот­ный пункт, исход) — это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер.

Критическая ситуация в самом общем плане может быть определена как ситуация **невозможности**, т.е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних **необходимостей** своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.).

Мы будем исходить из того, что тип критической ситуации определяется характером состояния "невозможности", в котором оказалась жизнедеятельность человека. "Невозможность" же эта определяется, в свою очередь, тем, какая **жизненная необходимость** оказывается парализованной в результате неспособности имеющихся у субъекта **типов активности** справиться с наличными **внешними** и **внутренними** условиями жизнедеятельности. Эти внешние и внутренние условия, тип активности и специфическая жизненная необходимость и являются теми главными пунктами, по которым мы будем характеризовать основные типы критических ситуаций и отличать их друг от друга.

Дж. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса:

1) первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем;

2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;

3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников;

4) если все оказывается тщетным, наступает четвертая стадия, характеризуемая повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности. Кризис может кончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение.

Кризис является одним из неизбежных и необходимых моментов жизни, одной из движущих сил развития как личности, так и группы, общества, человечества в целом.

Кризис возникает в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обстоятельствами. Ситуация кризиса требует выработки новых способов поведения и нахождения новых смыслов жизнедеятельности.

Кризис — это всегда момент выбора из нескольких возможных альтернатив, момент принятия решения.

Кризис может возникать в результате внешних обстоятельств, некоего травмирующего события (экстремальной ситуации). Последствиями внешнего кризиса могут быть такие состояния, как посттравматическое стрессовое расстройство, шоковая травма.

Внутриличностный кризис — это момент перехода человека на новую ступень развития (психодуховный, экзистенциальный, возрастной). Внутренние кризисы неизбежны и, в отличие от внешних, необходимы и желательны. Этот факт человечество знало всегда, что блестяще закодировано в сказках абсолютно всех народов — это всем известная ситуация витязя на распутье. Выбор дальнейшего пути легко дается герою только в сказках, но важно, что избежать выбора невозможно, не нужно и даже опасно. Таким образом, кризис — это всегда выбор между регрессивным и прогрессивным дальнейшим развитием личности. От того, какой именно выбор будет сделан, зависит вся последующая жизнь человека. Понимание кризиса и кризисной ситуации в психологии разрабатывалось в рамках психологии личности и психологии развития.

Совсем незаметного переживания внутреннего кризиса не бывает. Однако глубина и сила переживаний у разных людей существенно отличаются и зависят от следующих факторов:

– уровень развития личности (сознания) — чем выше, тем болезненнее кризис;

– социокультурные особенности;

– личностные и характерологические особенности;

– вид кризисного состояния, переживаемого человеком;

– социально-психологические особенности, социальный статус.

Кризисы различаются по длительности и интенсивности. По со­держанию различают три основных вида кризисов:

**Невротические кризисы**

Невротические кризисы, предпосылки для возникновения кото­рых складываются еще в раннем детстве, могут развиваться даже при отсутствии воздействия каких-либо внешних раздражителей, травмирующих событий, перемен. С точки зрения психоаналити­ков, примером в данном случае может служить образование пороч­ного круга внутренних защитных психологических конфликтов, производных от основного (базового) внутриличностного конфлик­та, сформированного в раннем детстве, которые создают субъектив­ное ощущение безвыходности и тупика, а объективно приводят к дезадаптации личности. Такого рола кризисы рассматривают 3. Фрейд и К. Хорни.

**Возрастные кризисы**

Кризисы развития, или возрастные кризисы, возникают при пе­реходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системны­ми преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельно­сти и сознания (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев. Д. Б. Эльконин). Это относительно небольшие по времени (около года) периоды он­тогенеза, характеризующиеся резкими психологическими измене­ниями, когда личность человека приобретает новое психологиче­ское качество (новую психологическую модальность). Форма, дли­тельность и острота возрастного кризиса может значительно варьи­ровать в зависимости от индивидуально-типологических особенно­стей личности, макро- и микросоциальных условий, педагогической системы в целом. Ряд исследователей считают возрастные кризисы нормативным процессом, необходимым элементом социализации, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (3. Фрейд, Э. Эриксон. Л. Выготский. Л. Божович). Другие авторы видят в воз­растных кризисах девиантное, злокачественное проявление индиви­дуального развития (С. Л. Рубинштейн, А. В. Запорожец).

В отечественной психологии термин «возрастной кризис» был введен Л. С. Выготским и определен как целостное изменение лич­ности ребенка, регулярно возникающее при смене стабильных пе­риодов. По Выготскому, возрастной кризис обусловлен возникнове­нием основных новообразований предшествующего стабильного пе­риода, которые приводят к разрушению одной социальной ситуации развития и возникновению другой, адекватной новому психологи­ческому облику ребенка. Механизм смены социальных ситуаций со­ставляет психологическое содержание возрастного кризиса.

Поведенческие критерии возрастного кризиса - трудновоспитуемость, упрямство, негативизм - Выготский считал необходимыми и выражающими единство негативной (деструктивной) и позитив­ной (конструктивной) сторон кризиса. Д. Б. Эльконин полагал, ч го эмансипация от взрослого, составляющая основу любого возрастно­го кризиса, служит основой качественно нового типа связи со взрослым. Возрастные кризисы являются необходимыми и законо­мерными, включая и характерные негативные черты поведения. Вы­раженное негативное отношение к «старой» социальной ситуации в определенной мере обеспечивает полноту готовности действовать в новой социальной ситуации развития.

По сравнению с кризисами детского и подросткового периодов кризисы зрелых периодов жизни и старости изучены хуже. Такие поворотные пункты в развитии взрослого человека возникают зна­чительно реже. При этом перестройки смысловых структур созна­ния и переориентация на новые жизненные задачи, ведущие к сме­не характера деятельности, происходят более скрыто (Э. Эриксон. Ш. Бюлер, П. Жане).

**Травматические кризисы**

Травматические кризисы возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Существуют также определенные личностные предиспозиции к кризисным реакциям (А. Амбрумова), которые могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное не­счастье, трагическую потерю или невосполнимый ущерб. К наибо­лее брутальным острым психологическим реакциям относится суи­цид.

К травматическим кризисам относят: кризис лишения, экзистенциальный кризис.

**Кризис лишения**

Кризис лишения - кризис, связанный с утратой близкого чело­века. Переживание этого кризиса описывается картиной острого го­ря Линдемана. Реакция на утрату особенно тяжела, если отношения с утраченным лицом были плохими. Кризис лишения переживается как частичная утрата самого себя, утрата части собственной лично­сти, состоящей из значимого другого.

**Экзистенциальный кризис**

Экзистенциальный кризис может неоднократно повторяться в течение жизни человека. У каждого из людей он совпадает с кризи­сом середины жизни (33 года), но также может наблюдаться и в другие периоды, например, часто около 40 лет. Экзистенциальный кри­зис - утрата смысла существования, потеря наиболее значимых ценностей и целей в жизни, пересмотр, ревизия системы координат. В период кризиса человек становится повышенно уязвимым, само­оценка его снижается, картина мира дестабилизируется, нарастает неопределенность, реакцией на которую служат обычно пережива­ния тревожно-депрессивного круга.

Внутренние кризисы, имеющие экзистенциальное значение, как правило, связаны с определенными возрастными этапами в жизни человека. Поэтому, общаясь с человеком, проявляющим «кризисную» симптоматику, важно учитывать его возраст. Основными кризисными периодами жизни являются следующие:

Пубертат (13—15 лет). Связан с осознанием подростком своей идентичности и уникальности. Отражает вхождение человека в мир взрослых. Может быть выражен фразой: «Я ищу смысл».

Кризис самоопределения (29—33 года). Может быть выражен фразой: «Я меняю смысл».

Кризис второй половины жизни (45—55 лет). Человек пребывает в сомнениях по поводу того, что не смог самореализоваться, достичь желаемого, стать в жизни тем, кем хотел. Наиболее остро переживается проблема конечности жизни, которая может усугубляться в этот период потерей родителей (возникает установка: «Между мной и смертью никого нет»). Этот кризис может быть выражен фразой: «Я теряю смысл».

Некоторые исследователи описывают также кризис пожилых. Как показывает опыт работы Телефонов доверия, люди пожилого возраста часто являются абонентами служб психологической помощи. Их переживания связаны с утратой смысла жизни, потерей родных, друзей, здоровья, профессии, ощущением ненужности и беспомощности. Наибольшую остроту для них приобретает проблема одиночества.

Таким образом, кризис может быть не связан с глобальными и широкомасштабными бедствиями и рассматриваться как процесс, состояние, характерное для критических периодов в естественном течении человеческой жизни (например, подростковый кризис — «переходный возраст»). Кризис имеет причинно(следственную связь с предыдущим жизненным опытом человека, но не может быть преодолен способами, известными ему из прошлого опыта.

Например, к намерению совершить самоубийство человека может привести безответная влюбленность, потеря работы, потеря близкого человека, чувство вины. Ярким примером кризиса как реакции на смерть близкого человека является поведение Жанны Эбютерн — подруги известного итальянского художника Амадео Модильяни. Она преданно ухаживала за больным Амадео. Едва ли не каждую ночь эта мужественная женщина, которая готовилась стать матерью, бегала по всему Парижу в поисках своего мужа — страстного игрока.

На следующий день после смерти Модильяни Жанна, не пролившая ни одной слезинки, выбросилась из окна 6 этажа.

Для Жанны ее любовь была жизненным стержнем, и даже ребенок, которого она ждала, не смог восполнить утрату смысла ее существования.

Кризис — некий поворотный пункт человеческой судьбы, в котором рушатся основы предыдущей жизни, а новой еще не существует. К счастью, большинство людей могут справиться с кризисом самостоятельно, причем это утверждение верно и по отношению к жертвам травматических событий.

**Вывод по первому вопросу.** Итак, кризисная ситуация (от греч. krisis — решение, поворот­ный пункт, исход) — это ситуация, требующая от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер. Травматические кризисы возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Существуют также определенные личностные предиспозиции к кризисным реакциям (А. Амбрумова), которые могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное не­счастье, трагическую потерю или невосполнимый ущерб. К наибо­лее брутальным острым психологическим реакциям относится суи­цид.

К травматическим кризисам относят: кризис лишения, экзистенциальный кризис.

**Учебный вопрос 2. Факторы, способствующие преодолению кризисов и усугубляющие кризис**

По большому счету, питательной средой для разворачивания жизненного кризиса является постоянно воспроизводимое в прак­тике жизни противоречие между конечной формой существования личности и бесконечным процессом трансцендирования, т. е. выхо­дом за пределы любой конечной формы существования. Этот конф­ликт перманентен и актуализируется сомнениями в возможности удовлетворения потребности в смысле жизни. В этом конфликте ак­туализируется так называемая **эвристическая компетентность** - нео­сознаваемая уверенность в своих способностях решить проблему, даже несмотря на то, что до этого у индивида не было опыта разре­шения подобных ситуаций.

Эксквизитные ситуации являются тем «прерывом постепенно­сти» в жизни личности, которые представляют собой возможности перестройки ранее сложившихся структур деятельности, общения и структуры личностных свойств и выход на иное, более совершенное качество саморегуляции и взаимодействия с миром. В разрешении трудной ситуации актуализируются возможности личности как субъекта своей жизни. В патологическом случае эксквизитные ситу­ации могут загонять человека в болезнь.

Каждый человек, каждая культура нарабатывает свои уровни тер­пимости к эксквизитным ситуациям, ту степень овладения свобо­дой, которая переносима культурой и индивидуальным сознанием. Чем нетолерантнее культура и личность к эксквизитам, тем больше вероятность наработки и использования психозащитного способа проживания ситуации. В этом случае проблема, конфликт, стресс, кризис воспринимается в первую очередь как угроза личному благо­получию, своему лицу, своей ранее сложившейся целостности; весь психологический аппарат пытается защититься, отгородиться от та­ких ситуаций. Чем сложнее, дифференцированнее, богаче личность, чем креативнее и терпимее ее отношение к жизни, тем меньше мес­та остается для психологических защит и тем меньше потребность в искажениях реальности и в ее трансформации в соответствии с мо­дальностью личностной структуры.

Одна из первых попыток анализа понятия кризиса в отечествен­ной литературе предпринята в монографии Ф. Е. Василюка «Психо­логия переживания», в которой автором осуществлена деятельностная трактовка человеческих эмоций и переживаний. В качестве объ­екта своего исследования автор избрал процессы, с помощью кото­рых человек преодолевает критические жизненные ситуации. Про­ведено психологическое исследование того, что человек делает, ког­да сделать уже ничего нельзя**,** когда он попадает в ситуацию невозможности реализации своих потребностей, установок, ценно­стей. Переживание рассматривается как особая форма деятельно­сти, направленная на восстановление душевного равновесия, утра­ченной осмысленности существования, словом - на производство смысла.

**Вывод по второму вопросу.** Факторы, способствующие преодолению кризисов лежат в сфере:

а) личностных ресурсов - развитое самосознание, способность к рефлексии, стремление к самоореализации и саморазвитию, интеллектуальные качества,

б) смысл формирующие факторы.

Факторами усугубляющие кризис является отсутствие перечисленных факторов.

**Учебный вопрос 3. Суицид как форма кризисного реагирования.**

**Самоубийство** (суицид) – это осознанное лишение себя жизни.

 **Суицидальное поведение** – понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления (Кондратенко).

К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.).

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

 По другой классификации, выделяют самоубийства (истинные суициды), пара-суициды (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти), пресуициды (состояние личности, обусловливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта) (Кондратенко).

**Суициды условно подразделяются** на истинные, когда целью выступает желание человека лишить себя жизни, и демонстративно-шантажные, которые применяются для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения.

Суицид (самоубийство, от лат. sui – себя, caedere – убивать) является одной из наиболее трагичных форм девиантного (отклоняющегося) поведения, поскольку добровольное лишение себя жизни не есть общепринятая норма.

К внешним факторам, формирующим суицидальные намерения, относят социальную неустроенность, которая является как поводом для самоубийства, так и предпосылкой для возникновения «необходимых» психических и невротических отклонений. К внутренним факторам можно отнести комплекс вины, депрессию, тяжелые болезни, реальные или мнимые неудачи, инвалидность и т.п. Попадая под воздействие внутренних и внешних факторов, формирующих суицидальные намерения, человек испытывает глубокое душевное потрясение, под влиянием которого развивается широкая гамма отрицательных эмоций, существенно ослабляющих естественные механизмы психологической защиты, способность личности противодействовать жизненным трудностям.

Анализ причин и условий совершения суицидов сотрудниками (военнослужащими) силовых министерств показывает, что большинство самоубийств косвенно обусловлены и не предотвращены из-за несвоевременного принятия управленческих решений или профилактических мер, в результате отсутствия контроля за деятельностью подчиненных, неудовлетворительной организации режима труда и отдыха, приводящей к нервно-психической напряженности, переутомлению, а также вследствие недостаточного внимания руководства к семейно-бытовой сфере общения сотрудников.

Таким образом, суицидальное поведение можно считать результатом сложного взаимодействия различного рода социальных, психологических и психофизиологических факторов. Основной его детерминантой всегда является социально-психологическая дезадаптация личности, наступающая вследствие неблагоприятного стечения жизненных обстоятельств, либо при субъективной интерпретации этих обстоятельств как неразрешимых.

Определение риска возможного суицида – задача чрезвычайно сложная. Для эффективной профилактики самоубийств среди личного состава необходимо активно выявлять и фиксировать признаки суицидального поведения как в процессе ежедневного наблюдения, так и по результатам периодических мониторинговых обследований профессиональных контингентов на предмет суицидального риска.

**Вывод по третьему вопросу**. Таким образом, суицидальное поведение можно считать результатом сложного взаимодействия различного рода социальных, психологических и психофизиологических факторов.

**Учебный вопрос 4. Психологические аспекты работы с суицидентом.**

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40% – в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30% так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов (Моховиков, 2001а):

I. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется **превенция** суицида, то есть его предотвращение на основании распознания психологических или социальных предвестников. Главный смысл превентивных мер состоит в том, чтобы убедить общество, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходяще и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у окружающих будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

II. Этап **суицидальных** действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под **суицидальной попыткой** понимается сознательное стремление лишить себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца. Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленные на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название **парасуицида.** Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но есть случаи, когда человек гибнет, потому что «переиграл». Суицидальные тенденции могут также привести к **завершенному суициду,** результатом которого является смерть.

На этом этапе осуществляется процедура **интервенции.** Она представляет собой процесс вмешательства в текущий **суицид** для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

**III. Этап постсуицидального кризиса.** Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются **поственция** и **вторичная превенция** суицидального поведения.

Поственция – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения. Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида.

Они решаются путем использования таких стратегий, как: (а) психологическое консультирование; (б) кризисная интервенция; (в) поиск систем поддержки личности в обществе; (г) образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; (д) поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе. Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

Для осуществления превенции самоубийств ВОЗ предлагает использовать три концептуальные модели (Моховиков, 2001а):

**Медицинская модель превенции** рассматривает попытку суицида прежде всего как крик о помощи, к которому приводят эмоциональные расстройства и психологический кризис. Консультирование, медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижающие уровень аутоагрессии, являются основными задачами этой модели.

Социологическая модель ориентирована на идентификацию факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями.

Экологическая модель предусматривает исследование связи суицида с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте. Реализация этой модели состоит, прежде всего, в контроле и ограничении доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов. Осознание их может удержать консультанта от многих ошибок.

Мифы и факты о суициде (Моховиков, 2001):

1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. Миф. склонность к самоубийству наследуется. Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т.п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны

Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной.» Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.

Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийц ством чаще, чем женщины.

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.

В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. Миф: суицид – редкое явление.

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. Миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

При обращении суицидального клиента вначале задача консультанта сводится к тому, чтобы «оттянуть время» и дождаться окончания опасного периода. Если суицидент в полной мере вовлечен в терапевтический процесс, у него возникает желание узнать, куда ведет его консультант, и он может решить «повременить» с исполнением своих суицидальных намерений. Поэтому необходимо постоянно пробуждать и поддерживать у суицидента интерес к терапии. При этом крайне важно соблюдать принцип непрерывности терапии и обеспечивать преемственность содержания сессий. Чтобы перекинуть мостик от одной сессии к другой, терапевт может, например, вызвать у суицидента какой-то вопрос и отреагировать на него приблизительно так: «Вы затронули очень интересную тему. У меня есть некоторые соображения на этот счет, но я расскажу вам о них на следующей сессии. Может, и вы вкратце запишете, что вы думаете по этому поводу?»

Наиболее эффективный подход заключается в том, чтобы побудить суицидента к объективному анализу своих суицидальных желаний и подвести его к осознанию того, что эти желания могут оказаться безосновательными; таким образом терапевт может создать у суицидента мотивацию к продолжению исследования.

При первой встрече терапевт преследует несколько целей:

• установить эмпатический контакт с суицидентом;

• вызвать надежду на улучшение, что, несомненно, является крайне важным в кризисной интервенции;

• получить от него такую информацию, которая позволила бы сделать вывод о степени суицидального риска в настоящее время и в ближайшем будущем.

Эмпатический контакт предполагает, в первую очередь, безоценочное слушание, поддержку суицидента в его пусть пока еще небольшом желании выговориться; поэтому терапевт не форсирует события и задает далеко не все необходимые вопросы, то есть полученная от суицидента информация на данный момент является весьма неполной.

Необходимо понять, в какой степени суицидент будет сотрудничать с консультантом, другими словами – «бороться за свою жизнь» в процессе кризисной интервенции. Если консультант-психолог понял, что имеет дело с депрессивным суицидентом, ему следует предложить консультацию психиатра для решения вопроса о лечении. Это не значит, что консультант отказывает суициденту в кризисной помощи. Консультант делает все возможное и зависящее от него, чтобы помочь суициденту выжить, значит, он отвечает за то, чтобы суицидент был проинформирован обо всех формах необходимой ему помощи. Необходимость в медицинской помощи возрастает при ажитированной депрессии, а также на выходе из депрессивного состояния, когда повышается активность суицидента, а его эмоциональное состояние остается подавленным.

Поиски альтернатив должны проводиться совместно с суицидентом. Задачей номер один является выработка конкретного плана действий. Особенно важно обсудить, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время.

В дальнейшем направление и методы терапевтического вмешательства будут зависеть от того, какие мотивы лежат в основе суицидального поведения клиента.

Наиболее общими направлениями в работе с суицидальными клиентами являются следующие (Бек, 2003).

**Исследование мотивов суицида.** Перед терапевтом (консультантом) стоит задача понять, какими мотивами руководствуется клиент, совершивший суицидальную попытку или вынашивающий подобные планы.

Депрессивные суициденты чаще всего обосновывают свои суицидальные желания двумя категориями мотивов. Одни решаются на самоубийство, желая положить конец своим страданиям и видя в самоубийстве единственно возможный способ избавиться от тягостного напряжения. Эти суициденты обычно говорят о «невыносимости» и «бессмысленности» жизни, о том, что они устали от «постоянной борьбы».

Другие суициденты признаются, что пошли на этот шаг в надежде добиться желаемого от окружающих. Кто-то пытается таким образом вернуть любовь или расположение эмоционально значимого человека, другие хотят показать близким, что нуждаются в помощи, третьи просто желают попасть в больницу, чтобы вырваться из «невыносимой» обстановки Довольно часто наблюдается одновременное присутствие обоих мотивов, а именно: мотива бегства от жизни и манипуля-тивных стремлений. У суицидентов с преимущественно ма-нипулятивной мотивацией суицидальные попытки обычно носят менее серьезный характер.

На вопрос о том, чем вызвано желание покончить с собой, суицидальные клиенты обычно дают следующие ответы.

1. Жизнь не имеет смысла. Мне нечего ждать от жизни.

2. Я не могу больше жить. Я никогда не буду счастлив.

3. Это единственная возможность положить конец страданиям.

4. Я стал обузой для семьи. Им будет лучше без меня.

Все эти утверждения так или иначе связаны с чувством безысходности. Человек не видит выхода из невыносимой для него ситуации и считает, что только самоубийство освободит его от груза «неразрешимых» проблем.

**Оценка риска самоубийства.** Так называемая «оценка риска самоубийства» предлагает психологу/психотерапевту упорядоченный метод оценки суицидальной опасности, объединяющий и уравновешивающий достоверный клинический материал из анамнеза суицидента, данные относительно его заболевания и оценку психического состояния в настоящее время.

Оценивая степень суицидального риска в настоящий момент и в перспективе, необходимо анализировать информацию о человеке с учетом перечисленных выше факторов и индикаторов. Основой для оценки суицидального риска является интервью с клиентом и последующий анализ позиций данного интервью. Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись шкалой оценки угрозы суицида (таблица 7.2.), разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому, по возможности, все же лучше определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

#### Шкала оценки угрозы суицида (Ромек и др., 2004)

|  |  |
| --- | --- |
| **Пол** | **Мужской** |
| Возраст | 12–24, 45 и выше |
| Депрессия | Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время |
| Предыдущие попытки | Да |
| Зависимостьот психоактивных веществ | Да |
| Потеря рационального мышления | Иррациональное мышление, психотическое состояние |
| Нехватка социальной поддержки | Нет семьи, друзей, круга общения |
| Конкретный план | Время, место, способ |
|  | Летальность данного способа исполнения |
|  | Легкость его исполнения |
| Отсутствие супруга (близкого человека) | Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно |
| Пол | Мужской |
| Болезни | Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности с плохим медицинским прогнозом |
| ИТОГО |
| ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов) |
| 0–2 | УРОВЕНЬ I | Невысокая степень суицидального риска 1 |
| 3-4 | УРОВЕНЬ II | Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка |
| 5–6 | УРОВЕНЬ III | Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция |
| 7–10 | УРОВЕНЬ IV | Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция |

В работе (Молтсбергер, 2003) предлагается оценивать степень суицидального риска на основе пяти компонентов" 1) предшествующая попытка суицида; 2) суицидальная угроза; 3) оценки предшествовавших реакций суицидента на стресс, особенно на утраты, 4) оценки уязвимости суицидента к трем угрожающим жизни аффектам – одиночеству, презрению к себе и ярости; 5) оценки наличия и характера внешних ресурсов поддержки; 6) оценки возникновения и эмоциональной значимости фантазий о смерги и 7) оценки способности суицидента к проверке своих суждений реачьностью Как видно, отчасти эти компоненты дополняют пункты критерии выше шкалы

***Предшествующая попытка суицида.*** Как показывают исследования, совершенная ранее попытка самоубийства является мощным предиктором последующего ее завершения и доказательством намерений человека

Большинство из попыток скорее являются «криком о помощи» или стремлением отложить решение невыносимой ситуации, чем проявлением прямого желания умереть. Тем не менее, почти у трети парасуицидентов отмечаются признаки депрессии, обусловленной критической ситуацией; у половины из них отмечаются расстройства невротического уровня. Некоторые превращают попытки в характерный стиль поведения, импульсивно возникающий в ответ на любую, даже незначительную, психотравматическую ситуацию. Разрешение кризиса у большинства приводит к снижению эмоциональных нарушений, враждебности и изоляции, повышению самооценки и улучшению отношений с окружением. Семьи парасуицидентов характеризуются так называемым «атомическим синдромом»: деструктивностью и хроническими конфликтами. Таким образом, эти люди отличаются множественностью проблем. В случае оказания помощи они часто сопротивляются или протестуют, далеко не всегда оставляют мысли о самоубийстве. Среди коррекционных подходов тут предпочтительнее когнитивно-бихевиоральный.

***Суицидальная угроза.*** Давний миф о том, что «говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», как доказала практика, является не только ложным, но и опасным. Напротив, многие кончающие с собой люди говорят об этом, раскрывая свои будущие намерения. Вначале угроза является бессознательным или полуосознанным призывом о помощи и вмешательстве. Если не находится никого, действительно стремящегося помочь, то позднее человек может наметить время и выбрать способ самоубийства.

Иногда индикаторы суицида могут быть невербальными. Приготовление к самоубийству зависит от особенностей личности и внешних обстоятельств. Оно состоит в том, что называется «приведением дел в порядок». Для одного человека это означает оформление завещания или пересмотр ценных бумаг. Для другого – длинные запоздалые письма или улаживание конфликтов с родными и близкими. Подросток принимается сентиментально раздаривать ценные личные вещи или расстается с предметами увлечений. Завершающие приготовления могут делаться достаточно быстро, после чего мгновенно следует суицид.

***Оценка реакций на стресс в прошлом.*** Особенности реакций суицидента на предшествовавшие стрессовые ситуации можно выяснить, изучая его личную историю. Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви, работе или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей, детей или домашних животных, развод и другие душевные раны и утраты в анамнезе. Предполагается, что суицидент склонен преодолевать будущие трудности теми же путями, что и в прошлом (Шнейдман, 2001). При оценке этих особенностей поведения особый интерес вызывают прошлые попытки суицида, их причина, цели и степень тяжести. Кроме того, терапевту нужно узнать, кто или что является поддержкой для суицидента в трудные для него времена. Далее следует выяснить, был ли суицидент в прошлом подвержен депрессии и имеется ли у него склонность к утрате надежды при столкновении с трудностями, иными словами, склонен ли он к проявлению отчаяния. Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени коррелируют с отчаянием, чем с депрессией.

Жизненные ситуации, толкающие некоторых людей к самоубийству, как правило, не содержат в себе ничего необычного. Суициденты склонны преувеличивать размах и глубину проблем, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные трудности воспринимаются ими как неразрешимые проблемы. Кроме того, эти люди крайне не уверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями. И наконец, они склонны проецировать результирующую картину собственного поражения в будущее. Иначе говоря, они демонстрируют все признаки когнитивной триады, а именно: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего.

Другая отличительная особенность суицидента заключается в гом, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей («Если бы я умер, я бы не мучился сейчас этими проблемами»).

***Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам.*** По мнению Шнейдмана (Шнейдман, 2001), третьей чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая психическая (душевная) боль. Взрослые суициденты с недостаточностью саморегуляции рискуют утратить контроль над своими эмоциями в отсутствии внешнего вмешательства.

Первым видом потенциально летальной боли является полное одиночество, субъективный эквивалент тотального эмоционального отвержения. Оно отличается от одиночества, воспринимаемого человеком как временное, смягченное воспоминаниями о любви и близости, при котором остается надежда на близость в будущем. В экстремальном одиночестве надежда отсутствует. Суицидент, охваченный им, чувствует, что любви не было никогда и никогда не будет, и он умирает. Появляется страх полного разрушения, тревога, переходящая в панику и ужас. Человек готов на все, чтобы избавиться от этого чувства.

Второй вид психической боли – Презрение к себе. У суи-цидента, близкого к самоубийству, оно отличается от обычного гнева на себя не только количественно, но и качественно. Его субъективное переживание не просто вызывает дискомфорт; это чувство жжет, как огонь.

Неспособность к переживанию собственной значимости отличается от ненависти к себе, хотя между этими чувствами есть сходство. Человек чувствует себя никчемным, ненужным и недостойным любви. Тем, кто несмотря ни на что, чувствует свою значимость, вынести жгучие муки совести гораздо легче. Человеку, переживающему никчемность, несомненно, сложнее устоять под натиском внутреннего нападения, поскольку он считает себя недостойным спасения.

Смертоносная ярость является третьим видом оьасной психической боли. Суициденты справляются с обычным гневом, но при его перерастании в смертельную кенаи 1сть возникает опасность, что они направят ее против себя. Часто это случается, поскольку совесть отказывается терпеть подобное чувство и выносит человеку, испытывающему его, смертельный приговор, иногда – ради защиты жизни других людей. Такой человек чувствует ослабление своего контроля, он совершает суицид в страхе, что не удержится от убийства.

***Оценка внутренних*** *и* ***внешних*** *ресурсов* ***поддержки (средств решения проблем).*** Ресурсы суицидента – это те «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодолеть кризис с позитивным балансом.

К внутренним ресурсам относятся: инстинкт самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем.

Существует также три класса внешних ресурсов, помогающих суициденту в поддержке внутреннего баланса: значимые другие, работа и специфические аспекты Я. Чаше всего суициденты полагаются на других людей, чтобы чувствовать свою реальность, отдельность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери поддерживающего другого может вызвать взрыв одиночества, смертоносной ярости и презрения к себе.

Иногда в обеспечении внутреннего равновесия суициден-ты не зависят от других людей. В этом случае источником их стабильности является работа.

Третьим классом ресурсов поддержки являются ценные для человека аспекты его Я. Чаще всего ими являются какой-то аспект тела или функция организма – суицидент не воспринимает их как прочно связанными с другой, обесцененной частью своего Я.

Важно не только выяснить, какой конкретный ресурс поддержки отказал или угрожает подвести суицидента, но и расспросить о наличии значимого человека, который желает его смерти. После самоубийства суицидента весьма часто обнаруживают, что кто-то из родственников игнорировал суицидальные угрозы или как-то иначе своим бездействием способствовал наступлению его смерти.

В формулировке риска самоубийства можно выделить следующие основные моменты: определение, кто или что необходимо суициденту для продолжения жизни и является ли этот ресурс доступным, временно недоступным, безнадежно утраченным или имеется угроза его существованию. От отчаяния суицидента спасает доступность внешних ресурсов. Однако не менее важным является вопрос, способен ли он оценить эти ресурсы, схватиться за них и использовать, чтобы остаться в живых.

***Оценка фантазий о смерти.*** Следующим компонентом для определения риска самоубийства является оценка эмоциональной значимости фантазий о смерти. Предполагается, что когда суицидент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше.

Следует выявить, изучить и оценить значение фантазий о путешествии и присоединении к кому-нибудь в загробной жизни. В случае их бредового характера или силы, свойственной бреду, существует опасность совершения самоубийства.

**При** сильном стрессе суицидент может настолько переоценивать иллюзии, что они обретают силу бреда.

***Оценка способности суицидента к проверке своих суждений реальностью.*** Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью завершает оценку суицидальной опасности.

Суициденты в глубокой депрессии иногда не способны оценить степень любви и заботы окружающих, а также своей ценности. В этих случаях следует не только выяснить доступность внешних ресурсов, но и способность понимания, что .они существуют и ими можно воспользоваться.

У суицидентов, страдающих паранойей, также может наблюдаться серьезное нарушение проверки реальностью. Они убеждены, что любящие их люди на самом деле являются опасными предателями, желающими причинить им зло. В подобных случаях невозможно оценить реальную доступность помощи окружающих.

Остановимся отдельно на специфике суицидов у подростков и пожилых людей.

**Суицидальное поведение у детей и подростков,** имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков (Моховиков, 2001а).

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. По другой классификации выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное (Кондрашенко, 1999).

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков (Моховиков, 2001а):

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.

2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.

3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.

4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.

5. Боязнь позора, насмешек или унижения. t 6. Страх наказания, нежелание извиниться.

7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.

8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.

9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.

10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

К особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся (Амбрумова, Жезлова, 1978):

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоаг-рессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4 В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена в таблице.

#### Признаки депрессии у детей и подростков (Моховиков, 2001)

|  |  |
| --- | --- |
| **Дети**  | **Подростки** |
| Печальное настроение | Печальное настроение |
| Потеря свойственной детям энергии | Чувство скуки |
| Внешние проявления печали | Чувство усталости |
| Нарушения сна | Нарушения сна |
| Соматические жалобы | Соматические жалобы |
| Изменение аппетита или веса | Неусидчивость, беспокойство |
| Ухудшение успеваемости | Фиксация внимания на мелочах |
| Снижение интереса к обучению | Чрезмерная эмоциональность |
| Страх неудачи | Замкнутость |
| Чувство неполноценности | Рассеянность внимания |
| Негативная самооценка | Агрессивное поведение |
| Чувство «заслуженной отвергнугости» | Непослушание |
| Низкая фрустрационная толерантность | Склонность к бунту |
| Чрезмерная самокритичность | Злоупотребление алкоголем или наркотиками |
| Сниженная социализация, замкнутость | Плохая успеваемость |
| Агрессивное поведение, отреагирование в действиях | Прогулы в школе |

**Суицидальное поведение у пожилых.** Самоубийства пожилых людей и стариков также имеют возрастные особенности. Пожилой возраст, как уже указывалось, является последним кризисом жизненного цикла, во время которого человек сталкивается со множеством потерь и с необходимостью постоянно приспосабливаться к ним при слабости адаптивных механизмов личности. Поэтому пожилые люди очень часто реагируют на утраты депрессивными состояниями.

Основными факторами риска самоубийств в пожилом возрасте являются: (а) возраст и пол; (б) социальная изоляция; (в) семейное положение, переживание горя в настоящем, поддержка значимых людей; (г) предшествующие попытки суицида; (д) состояние физического и психического здоровья; (е) наличие окружения с аналогичными факторами риска, например в домах для престарелых.

Депрессии у пожилых характеризуются: фатальностью, беспомощностью и безнадежностью. Сниженная самооценка способствует возникновению отвращения к себе, окружающим и жизни в целом. Беспомощность выражается в неспособности контролировать значимые события или как-либо шшять на них. С возрастом она усугубляется утратой работы, здоровья или семьи. Употребление алкоголя существенно усугубляет депрессию. Ее классические признаки – преобладание меланхолического настроения с колебаниями в течение дня – у пожилых встречаются реже. Депрессия часто скрывается за нарушениями сна, утратой жизненной энергии или отсутствием аппетита.

В этом состоянии суицид является отчаянной попыткой, реакцией на психическую боль, безнадежность и невыносимые условия существования. Это доказывает анализ посмертных записок пожилых, в которых как преобладающий мотив самоубийства подчеркиваются безнадежность и «психическое истощение». Те, кто кончают с собой в этом возрасте, устали от жизни и оставшиеся силы тратят на то, чтобы, пусть и в смерти, остаться хозяевами собственной жизни. По этой причине парасуициды у пожилых встречаются редко, а методы самоубийств отличаются «запасом надежности» и повышенной жестокостью.

Обобщая все сказанное выше, терапевтическими мишенями в работе с суицидальным клиентом являются:

• проблемная ситуация;

• негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность, негативная триада);

• установки, разрешающие суицидальные попытки;

• саморазрушающее поведение (злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, самоизоляция, пассивность).

В зависимости от преобладания того или иного компонента психологического смысла суицида важное значение в психотерапии имеют (Конончук, 1989):

• изменение системы ценностей суицидента;

• усиление роли антисуицидальных факторов с акцентом на ценности жизни как таковой;

• самоактуализации Я;

• выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующей ситуации;

• уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;

• формирование системы компенсаторных механизмов, направленных, в частности, на появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации.

Во всех случаях необходимо усиливать рациональные стороны личности и подробно анализировать совместно с суицидентом глубинные механизмы его поступка. Немаловажная роль принадлежит также формированию адекватного отношения к смерти, изменению инфантильного подхода к данной проблеме.

Терапевтические модели и методы подбираются индивидуально. Доказана эффективность при работе с проблемами суицидальных клиентов таких направлений психотерапии, как когнитивно-поведенческая, гештальт-терапия, психодрама, нейро-лингвистическое программирование, семейная терапия и ряд других, подробное описание которых приведено в главе 3 настоящего справочника.

Терапевт должен понимать, что в ходе терапии возможны кратковременные обострения суицидальных желаний. Ему следует предупредить об этом клиента, особо оговорив, что внезапную вспышку суицидальных импульсов не нужно истолковывать как признак неуспешности терапии. Уже на ранних стадиях лечения необходимо представить клиенту различные стратегии, с помощью которых он мог бы противостоять внезапному возникновению или усилению суицидальных импульсов (Бек, 2003).

Особенно велика опасность обострения суицидальных желаний у клиентов, совершивших попытку самоубийства до начала терапии, в этом случае даже мелкие житейские неурядицы могут привести к обострению аутоагрессивных намерений. Некоторые клиенты впадают в уныние, когда отмечают за собой возобновление суицидальных мыслей, и делают вывод о неэффективности терапии. Терапевт должен объяснить, что в этом событии заключено больше позитивного, чем негативного, ибо клиент приобретает возможность «проработать» свои суицидальные желания в терапевтической ситуации

Психотерапевт должен быть доступен для клиента с высоким риском суицидального поведения в любое время. Если этот человек обратился в службу телефонной экстренной психологической помощи, ему предлагается звонить любому дежурному консультанту, так как все сотрудники должны быть проинформированы о сложившейся ситуации Частнопрактикующий консультант или психотерапевт обязан сообщить такому клиенту номер телефона, по которому он всегда сможет с ним связаться.

##

## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЦЕЛЕВШИХ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА

В западной суицидологии понятие «уцелевшие после самоубийства» (англ. survivors) распространяется не только на пытавшихся покончить с собой, но чаще всего и на их родственников и близких, переживающих горе. Если последние обращаются за консультированием, то цель работы состоит в принятии и интеграции (Моховиков, 2001а). В процессе беседы с уцелевшими после самоубийства приходится сталкиваться со следующими темами и чувствами:

1. **Вопрос «Почему?».** Поиски ответов на этот вопрос вызывают тревогу и психическую боль. Потребность знать «правду» обычно приводит к двум заблуждениям: «Это случилось, потому что я сделал (или не сделал) что-то» или «Это произошло, так как кто-то сделал (или не сделал) что-то». У них появляется чувство вины, и в большинстве случаев требуется осознание различий между «виной» и «причиной смерти».

2. **Сожаления.** Часто клиент говорит: «Если бы я был добрее...» или «Если бы я сделал дтя него ...», и это может отражать действительность. Но дальше обязательно добавляет: «...то он, конечно, был бы жив». Это заключение, основанное на эмоциях, является ложным. Это может быть генерализацией, бесспорным доказательством своего краха как отца, брата или человека. Это приводит к аутоагрессивным мыслям и углубляет чувство стыда, становящегося хронической семейной проблемой.

**3. Гнев.** Переживание гнева, как и вины, является естественным, поскольку человек чувствует утрату. В случае самоубийства гнев связан не только с оставленностью, но и с отвержением со стороны того, кто покончил с собой, отказавшись от помощи. Этому немало способствуют посмертные письма с обвинениями, в которых нельзя оправдаться. Переживания сожаления, вины, гнева кажутся слишком разными, чтобы встречаться одновременно, и действительно, во многих классификациях стадий «реакции на острую потерю» разводятся во времени. Но подобное разделение относительно, ибо на разных этапах совладающего реагирования выходят на первый план разные грани **единого, целостного, внутренне конфликтного** переживания. Оно-то, в конечном итоге, и озвучивает фактический сценарий. «В моей смерти прошу никого не винить» может оказаться более тяжким обвинением, чем откровенный навет или посмертное сведение счетов с оставшимися. И консультанту принципиально важно иметь в виду, что индивидуальные карты переживаний клиента хоть и несут на себе отпечаток общих закономерностей, никогда не клишируют их.

4. **Стигма.** Лишь небольшое число уцелевших обходятся без стигмы и не страдают от клейма, оставленного суицидальной попыткой. Обычно клеймо возникает в силу инте-риоризации негативного отношения окружающих к случившемуся. Стигматизация приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от окружения.

**5. Суицидальные намерения.** Описанные эмоциональные переживания могут привести к мысли, что самоубийство является возможной альтернативой. Как показывают исследования, эти намерения возникают у уцелевших в 6 раз чаще, чем у переживающих горе вследствие других утрат.

6. **Семья.** Самоубийство всегда затрагивает семью как целое. В этой ситуации необходимы изменения и пересмотр отношений, но горе и отвержение этому мешают. Семья обладает мощными ресурсами психологической поддержки и интеграции и способна вынести из случившегося важный интеграционный урок, но может и разрушить себя.

**7. Религиозные аспекты.** Для некоторых клиентов эти аспекты являются особо болезненными. Они говорят о потере веры, гневе на Бога, ставят под сомнение свои духовные ценности, реорганизация которых является, тем не менее, важной частью их возвращения к реальности.

Что следует делать консультанту в работе с уцелевшими после суицида:

1) быть принимающим и заботливым;

2) давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;

3) подчеркивать, что переживания являются естественными;

4) информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

1) Не следует принимать просьбы, которые вы не можете выполнить;

2) рационализировать события;

3) давать неисполнимые обещания;

4) делать замечания типа: «У вас есть еще дети», «Это была Божья воля», «Не стоит говорить об этом», «Это и без того давит на вас».

**Вывод по четвертому вопросу**. Наиболее эффективный подход заключается в том, чтобы побудить суицидента к объективному анализу своих суицидальных желаний и подвести его к осознанию того, что эти желания могут оказаться безосновательными; таким образом, можно создать у суицидента мотивацию к продолжению исследования.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами.

Суицид - осознанный акт целенаправленного поведения самоустранения из жизни, сложная и многоплановая душевная реакция на утрату смысла жизни, утрата ценности собственной жизни.

Причинами суицида являются три детерминанты: личностная деформация субъекта (в крайних вариантах - психической заболевание) и психотравмирующая личностно не переносимая социальная обстановка, а также социально- экономическая, нравственная обстановка во всем обществе, государстве.

В зависимости от преобладания того или иного компонента психологического смысла суицида важное значение имеют (Конончук):

• изменение системы ценностей суицидента;

• усиление роли антисуицидальных факторов с акцентом на ценности жизни как таковой;

• самоактуализации Я;

• выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующей ситуации;

• уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;

• формирование системы компенсаторных механизмов, направленных, в частности, на появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации.

Во всех случаях необходимо усиливать рациональные стороны личности и подробно анализировать совместно с суицидентом глубинные механизмы его поступка. Немаловажная роль принадлежит также формированию адекватного отношения к смерти, изменению инфантильного подхода к данной проблеме.