**Причины суицида в армии и пути его преодоления**

**Введение**

**Актуальность исследования.** В настоящее время исследования феномена самоубийства во всех его аспектах приобретает особую актуальность в связи с возрастанием интенсивности действия и увеличением числа психотравмирующих факторов на человека, которые способствуют значительному росту количественных показателей суицида, что отрицательно влияет на экономическую, политическую, психологическую ситуацию в обществе.

Значительный рост числа самоубийств (особенно в нашей стране) указывает на значительность принципиального углубления суицидологических исследований и в то же время отмечает недостаточность их теоретического уровня и их влияния на ситуацию. Самоубийство остаётся одним из неустранимых симптомов социальной неустойчивости индивида и несовершенства самого общества.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), сегодня Казахстан занимает третье место в мире по количеству суицидов. Официальная статистика по количеству суицидов в Казахстане не оглашается. Однако приводимые независимыми экспертами цифры свидетельствуют о том, что проблема самоубийств уже принимает угрожающие масштабы, стабильно закрепляя за Казахстаном одно из «лидирующих» позиций в мире по количеству суицидов. Высокий уровень безработицы в стране, снижение реальных доходов и, как следствие, падение уровня жизни, особенно, на периферии, порождают у казахстанцев неверие в будущее и снижают планку самооценки личности!

Согласно приведенной ВОЗ информации, если в год суицид совершают около миллиона людей, то восемь тысяч из них – казахстанцы, абсолютное большинство из которых – это лица трудоспособного возраста. Если во всем мире каждые 40 секунд происходит одно самоубийство, то почти каждый час в Казахстане кто-то добровольно расстается с жизнью.

Также хотелось бы упомянуть о тех особых средах, где показатель самоубийств относительно стабилен, и постоянно крайне высок. Это изолированные от внешнего мира общества с жесткой регламентацией, и в первую очередь – армия, тюрьма, детские дома и колонии. Статистика самоубийств в этих заведениях, как правило, недоступна, но даже из тех отрывочных сведений, которые удалось обнаружить, можно сделать заключение о рекордных показателях самоубийств и суицидальных попыток. В нашем исследовании мы хотим затронуть причины суицида именно в армии, так как в последнее время эта тема довольно часто упоминается в средствах массовой информации.

**Научная разработанность темы.** Исследования последних лет, проведенные А.Г. Амбрумовой, В.А. Тихоненко, Л.Л. Бергельсон и др., также выдвинули перед современными суицидологами проблему о спорном понимании самоубийства как сугубо аутоагрессивного акта психически больного человека, убедительно указав на то, что значительная часть самоубийств совершается психически здоровыми людьми в результате социально-психологической дезадаптации личности в условиях «микросоциального конфликта».

**Цель работы**: рассмотреть причины возникновения суицида в армии и определить пути его преодоления.

**Объект исследования:** психологические аспекты суицида.

**Предмет исследования:** причины суицида в армии и пути его преодоления.

**Гипотеза исследования:** мы предполагаем, что основными причинами суицида в армии являются не только неуставные взаимоотношениями (т.е. «дедовщина»), их причины носят более системный характер, связанный с социально-экономическими и морально-психологическими факторами.

**Задачи исследования:**

– изучить научную литературу по проблеме;

– исследовать статистический материал по избранной теме;

– раскрыть причины возникновения суицида в армии;

– рассмотреть пути преодоления суицида;

– выполнить теоретическое исследование и сделать необходимые выводы.

**Методологической основой** данной работы являются труды Э. Дюркгейма, Э. Кречмера, У. Шелдона, С.А. Беличевой, А.Е. Личко, М.В. Хайкиной, И.Л. Первовой и других исследователей.

**Научная новизна исследования**. Данная тема была затронута в разных источниках, но как отдельная тема не рассматривалась. Впервые отношения в армии рассматриваются как фактор суицидальной активности.

**Практическая значимость работы:** Выявленные особенности суицида среди военнослужащих могут быть использованы в практике психологической помощи, при решении многообразных психокоррекционных задач, а так же в целях решения проблем психологической помощи военнослужащим.

**Структура работы**: Работа состоит из введения, 3-х глав, заключения, списка использованной литературы, приложения.

**1. Суицид как социально-психологическая проблема**

**1.1 Основные психологические подходы к исследованию суицида**

Сложность, многогранность феномена самоубийства, а также нередкое смешение индивидуального и социального уровней суицидальных проявлений обусловливает разнообразие подходов к их объяснению.

Антропологический подход представлен «конституциональными» воззрениями Э. Кречмера и У. Шелдона, усматривавших основу суицидального поведения «в конституциональных или же характерологических особенностях индивида».

Основы психологического подхода к проблеме были заложены 3. Фрейдом в его концепции «влечения к смерти», присущего человеку, а также в описаниях личности невротика. В своей работе «Печаль и меланхолия» он раскрывает механизм формирования суицидального поведения. Он пишет: «Там, где имеется предрасположение к неврозам навязчивости, амбивалентный конфликт придает печали патологический характер и заставляет ее проявиться в форме самоупреков в том, что сам виновен в потере любимого объекта, то есть сам хотел ее. Самоистязание меланхолика, несомненно, доставляющее ему наслаждение, дает ему точно так же, как соответствующие феномены при неврозах навязчивости, удовлетворение садистических тенденций и ненависти, которые относятся к объекту и таким путем испытали обращение на самого себя. Только этот садизм разрешает загадку склонности к самоубийству, которая делает меланхолию столь интересной и столь опасной. Мы знаем, что ни один невротик не испытывает стремления к самоубийству, не исходя из импульса убить другого, обращенного на самого себя».

«В гештальт-терапии жизненную активность человека рассматривают как непрерывный процесс созидания и разрушения гештальтов, цепь контактов с окружающей действительностью». Контакту, то есть осознанию, препятствует ряд феноменов, возникающих на его границе в каждой из стадий. Человек, прибегает к ним, чтобы, сопротивляясь, не допустить осуществления контакта. Они представлены защитными механизмами в виде интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции. Каждое конкретное суицидальное действие является реализацией того или иного сочетания следующих четырех векторов.

Поскольку человек-интроектор поступает так, как хотят от него другие, то интроектный вектор наиболее выражен в случаях альтруистических самоубийств (по классификации Э. Дюркгейма), которые совершаются, если авторитет общества или группа подавляет идентичность человека, и он жертвует собой на благо других или ради какой-либо социальной, философской или религиозной идеи.

Используя проекцию, индивид что-то реально принадлежащее ему приписывает окружающей среде. Это обычно относится к желаниям или эмоциям, за которые человек не хочет отвечать сам или не берет ответственности за их проявление. Таким образом, происходит отвержение существующей части собственного «Я», например, проявлений деструкции или аутоагрессии. Не признавая эти части в самом себе, человек начинает находить их в других людях. В силу проективной установки он постепенно отстраняется от людей, которые кажутся ему холодно настроенными, желающими зла или несущими опасность, изолирует себя от окружающей среды и в результате испытывает подавленность или депрессию. Большинство видов проекции формирует этот суицидальный вектор.

При ретрофлексии человек останавливает свою активность на уровне конкретного действия. Его чувства или желания не выходят наружу и остаются внутри: он сам начинает себя любить, ненавидеть или вести нескончаемый внутренний диалог. Доминирующий стиль поведения характеризуется тем, что он желал бы, чтобы ему сделали другие. Чаще всего этот человек не позволяет себе проявить агрессию в отношении истинных объектов, к которым имеются подобные намерения и, испытывая стыд, обращает ее против самого себя.

Слияние, или конфлюэнция, традиционно в гештальт-терапии считается состоянием, в котором человек препятствует возникновению фигуры и связанного с нею возбуждения. Таким образом, его психическая реальность представлена фоном. Человек спасается от переживания действия как принадлежащего ему самому ценой растворения своей личности, полной утраты идентичности в некоем «мы». Конфлюэнтный вектор приобретает значимость, например, при суицидальном поведении в молодом возрасте, при возникновении у юношей высокой степени слияния с группой, например, принадлежащей деструктивному культу. «Конфлюэнтные самоубийства как бы «поглощают» человека и характеризуются заразительностью, поскольку один суицид облегчает или приводит к возникновению последующего, то есть возникает «суицидальная волна». В состоянии слияния человек не осознает своих чувств и потребностей, поэтому является весьма восприимчивым к аутоагрессивным действиям».

Применение основанной на гештальт-подходе типологии суицидального поведения является современной эффективной стратегией психологического консультирования и психотерапии кризисных состояний с аутоагрессивными тенденциями.

Психопатологический подход рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Предпринимались, но оказались безуспешными попытки выделения самоубийств в отдельную нозологическую единицу – суицидоманию. Несколько схожую позицию выражает взгляд на суицидальное поведение как пограничное состояние. А.Е. Личко пишет: «Суицидальное поведение у подростков – это в основном проблема пограничной психиатрии, то есть области изучения психопатий и А.Е. Личко отмечает, что в 10% у подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время.

Суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений при психопатиях и при непсихотических реактивных состояниях на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных А.Е. Личко подростков мужского пола суицидальное поведение отмечено у 34%. Из них демонстративное поведение констатировано у 20% аффективные попытки у 11%, истинные, заранее обдуманные покушения лишь у 3%. А.Е. Личко выделил три типа суицидального поведения: истинное, демонстративное и аффективное. Демонстративное – это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой. Все действия предпринимаются с целью привлечь внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или чтобы наказать обидчика. К аффективному относят суицидные попытки, совершенные на высоте аффекта, которые иногда в силу напряженной ситуации могут растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью или такая возможность допускается.

«Среди подростков совершавших суицидные попытки преобладают истероиды (36%) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты (33%), еще у 13% отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко».

Депрессия наиболее часто упоминается в связи с суицидами, что определяет необходимость ее более пристального рассмотрения. Депрессия переживается субъективно как подавленное настроение, как состояние угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины. Чтобы признать истинную депрессию у конкретного человека не менее двух недель должны проявляться три и более признака:

– снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной;

– отсутствие реакции на деятельность (события), которые в норме ее вызывают;

– пробуждение утром за два (или более) часа до обычного времени;

– внешне выраженная психомоторная заторможенность или ажитация;

– заметное снижение (повышение) аппетита;

– снижение веса;

– заметное снижение либидо;

– снижение энергии;

– повышенная утомляемость.

Дополнительно к соматическим называются психологические чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение; нерешительность. Другим часто встречающимся симптомом, причиняющим серьезное беспокойство человеку, является нарушение ясности или эффективности мышления. Депрессивное состояние, таким образом, кроме субъективно плохого настроения имеет выраженные соматические проявления, сниженную самооценку, нарушения мышления.

Несмотря на имеющую место, хотя и неоднозначную, связь суицидального поведения с психическими расстройствами большинство авторов в настоящее время считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. В первом случае речь должна идти о проявлениях патологии, требующей преимущественно медицинского вмешательства. Во втором случае можно говорить об отклоняющемся поведении практически здорового человека в ответ на психотравмирующую ситуацию, что предполагает оказание срочной социально-психологической помощи.

Социальная природа самоубийства не вызывала сомнений у Э. Дюркгейма. Количество и уровень (обычно в расчете на 100 тыс. населения) самоубийств, как показал Дюркгейм, находятся в обратной корреляционной зависимости от степени интеграции, сплоченности общества. По той же причине во время войн снижается уровень самоубийств (сплочение общества перед лицом общей опасности, общего врага). Об этом свидетельствует динамика суицида во время войн, включая Первую и Вторую мировую.

Уровень самоубийств повышается в годы экономических кризисов, депрессий и роста безработицы. Так, на протяжении почти всего XX столетия уровень самоубийств в США был весьма стабилен: 10–12 на 100 тыс. населения. И лишь в годы Великой депрессии этот уровень увеличился до 17,5.

Как все виды социальных девиаций, самоубийства чутко реагируют на степень социальной и экономической дифференциации населения и темпы ее изменения. Чем выше степень дифференциации, тем выше показатели суицидального поведения. Особенно «самоубийственно» резкое снижение социального статуса («комплекс короля Лира»). Поэтому относительно высок уровень самоубийств в первые месяцы у солдат срочной службы, среди демобилизованных офицеров, у лиц, взятых под стражу. Дюркгейм писал: «Если человек считает себя ответственным за то, что случилось, то гнев его обращается против него самого; если виноват не он, то – против другого. В первом случае самоубийства не бывает, во втором оно может следовать за убийством или за каким-нибудь другим проявлением насилия. Чувство в обоих случаях одно и то же, изменятся только его проявление. В таких случаях человек всегда лишает себя жизни в гневном состоянии, если даже его самоубийству и не предшествовало никакого убийства».

Социально-психологические концепции объясняют суицидальное поведение социально-психологическими или индивидуальными факторами. Прежде всего, самоубийства связываются с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения.

А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Наличие дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную фазу имеет конфликт, переживаемый личностью. «Конфликт может носить межличностный или внутриличностный характер. В том и другом случае он 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, превышающий порог дезадаптации личности, является кризисным».

**1.2 Понятие суицида**

Явление суицида известно с древнейших времен, однако самый подходящий термин появился только к 1651 году в Англии, происхождение которого отходит от латинского слова «suicidium» – «себя убивать». В разных культурах отношение к суициду всегда было неоднозначным. В большинстве стран к нему относились негативно, суицид считался большим грехом. В других же странах, например, в Китае, отношение к суициду было всегда весьма спокойное. Считалось, что человек, таким образом, освобождает душу. Такой же примерно подход был и в Древней Индии. В Японии до недавнего времени существовал обряд харакири: когда совершение самоубийства считалось высшим проявлением мудрости, честности, порядочности. Существовали традиции как добровольного, так и принудительного харакири. Если человек добровольно решал свести счеты с жизнью, созвав членов своей семьи, облачась во все белое, он вспарывал себе живот, а в этот момент сын или близкий друг отрубал ему голову. Но все это относится к разговору о традициях. Сейчас в мире происходит смешение культур, и в большей мере, чем религиозный и социокультурный факторы, на человека влияют урбанистический и экономический факторы. Самоубийства из-за так называемого «разочарования в жизни», судя по историческим и этнографическим данным, в древности практически не встречались. Это – современное явление. Его принято считать порождением культуры большого города, символизирующей упадок, завершающую фазу развития цивилизации.

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 понятиями 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 дезадаптация; 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».

Теперь следует осветить сам механизм формирования внутри личности суицидальной направленности.

Собственно суицидальное поведение – «любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни».

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями из этой шкалы:

– Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т.п.).

– Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.

– Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации традиционно называется пресуицидальным (пресуицидом).

Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. Однако эта последовательность обнаруживается далеко не всегда. При острых пресуицидах можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершенные суициды.

– Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она в своем развитии проходит две фазы обратимая и необратимая.

Исходя из суицидальной попытки и ее фаз, можно в каждом конкретном случае решить вопрос, имел ли место переход от суицидальных тенденций к покушению на самоубийство.

Дюркгейм, в своей работе «Самоубийство (социологический этюд)» выделил те различные состояния социальной среды (религиозные верования, семья, политическая жизнь и т.д.), под влиянием которых изменяется процент самоубийств. По причинам, вызывающим самоубийства, они делятся на эгоистические, альтруистические и аномичные.

Эгоистические самоубийства. Если считать эгоизмом такое состояние индивида, когда индивидуальное «я» резко противопоставляет себя социальному «я» в ущерб последнему, то можно назвать эгоистичным тот частный вид самоубийств, который вызывается чрезмерной индивидуализацией.

Коллективная связь, сплоченность общества задерживает самоубийства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу.

Дюркгейм пишет, что число самоубийств увеличивается по мере того, как растет общественный распад и приводит статистику. На самоубийства, например, оказывает влияние политическая ситуация, в том числе великие национальные войны.

Альтруистические самоубийства. Если крайний индивидуализм приводит человека к самоубийству, то верно и то, что недостаточно развитая индивидуальность приводит к тем же результатам. Когда человек отделился от общества, то в нем легко зарождается мысль покончить с собой, то же самое происходит с ним и в том случае, когда общественность вполне и без остатка поглощает его индивидуальность. Альтруизм – это состояние, когда «я» не принадлежит человеку, когда центр его деятельности находится вне его существа, но внутри группы, к которой индивид относится. Характерным для альтруистического самоубийства является то, что оно совершается во имя долга.

Помимо выделения альтруистических самоубийств на религиозной почве, Дюркгейм говорит, что благодатной социальной средой для таких самоубийств в современном мире является армия, так как в ней вырабатываются способности к самоотречению, обезличиванию. Для всех европейских стран установлено, что склонность к самоубийству у военных значительно интенсивнее, чем у лиц гражданского населения того же возраста. Разница колеблется от 25 до 90%.

О более высоком уровне самоубийств среди военнослужащих по сравнению с гражданским населением пишут и российские исследователи. В целом из общего числа самоубийств 15% приходятся на офицеров, 6–7% прапорщиков и мичманов, остальные (свыше 78%) – на военнослужащих срочной службы. Реальное же количество самоубийств, считают исследователи, еще выше, так как все усилия армейских суицидальных служб направлены на сокрытие обстоятельств гибели, а не на оказание помощи солдатам и офицерам, находившихся в состоянии психологического кризиса.

Аномичные самоубийства. Общество всегда в той или иной степени воздействует на индивида, управляет, руководит им.

Известно, что экономические кризисы обладают способностью усиливать наклонность к самоубийству. Вообще соотношение между экономическим состоянием страны и процентом самоубийств является общим законом. Например, при внезапном увеличении числа банкротств можно констатировать, что произошли значительные изменения в финансовой сфере, за этим следует рост числа самоубийств: внезапное увеличение числа банкротств в 1847 г. на 26%, в 1854 г. на 37% и в 1861 г. на 20% привели к увеличению числа самоубийств соответственно на 17, 8 и 9%.

Но и счастливые кризисы (например, снижение цен), во время которых благосостояние страны быстро повышается, оказывают на самоубийства такое же действие, что и экономические бедствия. Это происходит в результате потрясения коллективного строя. Всякое нарушение равновесия, потрясение основ толкает на добровольную смерть.

Преследовать какую-либо заведомо недостижимую цель значит обрекать себя на вечное состояние недовольства. Чем большего достигает человек, тем большего он будет желать. Общество же как бы иерархизирует социальные функции, и каждый индивид находит себе нишу и примиряется со своим положением, стремясь уже не к невозможному, но к тому, что в данном обществе является нормальной наградой за его деятельность. В период же внезапных социальных преобразований общество оказывается временно не способным проявлять нужное воздействие на человека, поэтому и происходят резкие повышения кривой самоубийств.

Выше была приведена социологическая модель самоубийств. Сейчас же мы попытаемся изложить типологию из работы Тихоненко В.А., принятую в МНИИ психиатрии. Она основана на категории цели и дает возможность отграничить суицидальное поведение от внешне сходных вариантов самоповреждений и дифференцировать истинные суициды от демонстративно-шантажных.

Целью истинных самоубийств, покушений и тенденций является лишение себя жизни. В качестве конечного результата предполагается смерть, однако, степень действительной желаемости смерти чрезвычайно различна, что отражается на условиях и способах реализации суицидальных тенденций.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого намерения.

Хотя такая демонстрация зачастую оканчивается завершенным суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств.

В отличие от суицидального поведения самоповреждения или членовредительства вообще не направляются представлениями о смерти. Цель их ограничивается лишь повреждением того или иного органа, что находит свое выражение и в способах реализации и в особенностях поведения субъекта.

Наконец, как уже отмечалось ранее, опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к несчастным случаям.

Тихоненко в своей работе приводит следующий пример: Самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

а) к числу истинных суицидальных попыток, – если конечной целью была смерть от кровопотери;

б) к разряду демонстративно-шантажных покушений – если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть, при отсутствии такового;

в) к самоповреждениям – если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или углублением состояния наркотического опьянения (путем ограниченной кровопотери);

г) к несчастным случаям – если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Следует также рассмотреть еще одну классификацию, которая основана на категории личного смысла, как отношения не совпадающих между собой цели действия – суицида – и мотива деятельности, в которую он включен. Тихоненко выделяет следующие типы: протест, месть; призыв; избежание (наказания, страдания); самонаказание; отказ.

«Протестные» формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл самоубийства заключается в негативном воздействии на объективное звено. Месть – это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой степени самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности.

Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

При суицидах «избежания» суть конфликта – в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл самоубийства заключается в избежании непереносимой наличной угрозы путем самоустранения.

«Самонаказание» можно определить как протест во внутреннем плане личности, конфликт, по преимуществу внутренний, при своеобразном расщеплении «я», сосуществовании двух ролей: «я – судьи» и «я – подсудимого». Причем смысл таких суицидов имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» и «искупления вины».

Если в предыдущих случаях цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основание квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удается, т.е. мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни.

Э. Шнейдман выделил 10 общих черт суицида:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием. Оно никогда не совершается бесцельно. Оно представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, дилеммы, обязательства, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли, особенно если это выключение рассматривается страдающим человеком как вариант выхода из насущных, болезненных жизненных проблем.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Именно они причиняют душевную боль и толкают человека на совершение суицидального действия. Встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств, любой суицидальный поступок отражает ту или иную неудовлетворенную психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность. В суицидальном состоянии, будь то подростка или взрослого, ощущается одно всеобъемлющее чувство беспомощности-безнадежности. «Я уже ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Люди, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти даже в тот момент, когда кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли.

7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно правильнее определять как более или менее преходящее психологическое состояние сужения и аффективной, и интеллектуальной сферы: «Мне ничего больше не оставалось»; «Единственно возможным выходом была смерть». Синонимом сужения когнитивной сферы является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, если его мышление в состоянии паники не стало дихотомическим (либо–либо).

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Вот примеры из суицидальных записок: «Покончив с собой, я избавлюсь от всего»; «Теперь, наконец, придет свобода от душевных мучений».

9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Многие люди, намеревающиеся совершить

самоубийство, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, как бы снабжая окружающих ключами к своему намерению, они стенают о своей беспомощности, взывают о вмешательстве или ищут возможности спасения.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

В соответствии со всем вышеизложенным, суицид можно рассматривать как действие, подчиненное конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом.

**1.3 Причины суицидального поведения**

Приходиться различать проведение двух типов расследования причин суицида. Выяснение причин и обстоятельств данного конкретного случая и исследование некоторых общих оснований, которые приводят человека к мысли о необходимости безвременно уйти из жизни.

Если нет за фактом самоубийства явных криминальных обстоятельств, если оно не предполагает необходимости обнаружить чью-то преступную руку, которая подтолкнула человека к последней черте, то нет необходимости ворошить недавнее прошлое и выявлять, по чьей вине, к примеру, разбилась «любовная лодка». Навязчивое любопытство здесь просто неуместно и бестактно. Владимир Маяковский в своей предсмертной записке, как известно, просил: «Пожалуйста, не сплетничайте, покойник этого ужасно не любил». С подобными высказанными или не высказанными просьбами стоит считаться.

Другое дело – анализ социальных ситуаций, которые провоцируют, толкая их на фатальный шаг. Важно понять, что сегодня в социальных обстоятельствах, в которые мы все включены, выступает причиной суицидальных намерений и поступков. Понять причины, осмыслить их – во многом означает сделать первый шаг к их устранению.

К сожалению, самоубийство действительно являются проблемой. И она становиться все боле актуальной. Наша страна здесь не исключение. Причем количество самоубийств во всем цивилизованном мире имеет твердую тенденцию к росту во всех категориях населения, в том числе, как это не прискорбно констатировать, и среди подростков.

Анализируя мировую статистику, можно сделать вывод: проблема самоубийств в большей мере связана с теневой стороной технического прогресса, одиночеством, отчужденностью поколений, падением института брака, нравственных, духовных, традиционных и религиозных устоев. Если рассматривать весь мир по регионам, то самый низкий процент самоубийств в отсталых и развивающихся странах, а пик находится на наиболее цивилизованные и промышленно развитые. Усложненные производственные отношение, огромный поток информации, стрессы, огромные темпы жизни, личные сложности, неизбежные в современном мире конфликты. Именно здесь кроется причина неуклонного возрастания количества самоубийств.

Специалисты насчитывают большое количество факторов, имеющих отношение к суицидальным попыткам. Среди них и изменение солнечной активности, и влияние магнитных полей Земли, и загрязненность окружающей среды, по некоторым гипотезам, приводящая к массовому самоубийству даже китов, и накопление определенных морских воздушных масс, циклонов и антициклонов, по мнению венгерских специалистов, увеличению числа самоубийств в Будапеште.

Суицидологи выделяют ряд социальных факторов-провокаторов сознательного суицида: урбанизация общества и как следствие ее – ослабление института семьи; раннее половое развитие подростков в городе; последствия непродуманной эмансипации женщин; влияние на сознание средств массовой информации, а также характер вероисповедания и некоторые другие факты общественной жизни. Согласно исследованию Всемирной организации здравоохранения, если в 1990 г. первыми тремя причинами смертности были воспаление легких, желудочно-кишечные заболевания и болезни новорожденных, то в 2020 г. список возглавят сердечнососудистые болезни и жестокие депрессии с вытекающим отсюда последствием – резким ростом самоубийств (третью позицию займет гибель от несчастных случаев). Основной суицидальный показатель – количество осуществленных самоубийств на 100 000 жителей на определенной территории – очень высок как для стран с преимущественно неэпидемическим характером заболеваний, так и для Казахстана. В Европе высокие показатели: 38–40 человек на 100 000 жителей. В США 90-е годы отмечены показателем 12 человек на 100 000. Наблюдается рост суицидальных показателей в таких странах, как Польша, Австралия, Япония, Англия и др. В Казахстане суицидальный показатель сегодня в среднем составляет 27 человек на 100 000 жителей в год.

В целом, по статистике, ныне каждый день совершается 1 500 самоубийств. По всему миру число погибших от собственной руки превышает число жертв от рук убийц и насильников. Например, в Саратовской области в 1995 г. от рук преступников погибло 595 человек на фоне 826 погибших самоубийц. В США лидирующей причиной смерти (33% от общего числа смертей) были болезни сердца, а в среде молодых людей от 15 до 24 суицид был третьей лидирующей причиной во второй половине 90-х годов. Во Франции жертв самоубийств сегодня больше, чем дорожных происшествий (12 тыс. погибли, наложив на себя руки, 8 тыс. человек погибли от дорожных происшествий в 1994 г.), причем на севере Франции случаев самоубийства в 3 раза больше, чем на юге.

Весь этот печальный список можно было бы еще долго продолжать, если бы не было так страшно и горько за современное человечество, в котором странная «эпидемическая болезнь» захватывает наиболее эволюционно перспективные ареалы жизни, обнаруживая тенденцию развития «вспять. Практически все суицидологи сходятся сегодня во мнении о необходимости более глубинной социализации современного человека, спасающей от суицида.

Но нас, конечно, интересуют прежде всего на условия, действующие на биологическую природу человека, ведь в конечном счете даже такой мощный фактор, как психическая болезнь, является непосредственной причиной самоубийства не более чем в 30% случаев, как бы ни старались объявить вначале всех самоубийц сумасшедшими. Наиболее важными для понимания самоубийства являются социальные, социально-психологические причины, разрушающие личность человека, его «я». Главным звеном в решении вопроса «быть или не быть» является сам человек, от силы его личности зависит, как поведет он себя в кризисном психическом состоянии, какой выбор сделает, столкнувшись с трудностями приспособления к сложным жизненным ситуациям, и не сдается ли он под влиянием длительных травмирующих психику обстоятельств.

Есть по крайней мере два вида самоубийств, прямым образом связанных с социальными причинами. В первом случае общество в определенных ситуациях как бы требует от своих членов самопожертвований. И эти социальные ожидания заложены в общественных нормах, правилах поведения и неписанных кодексах чести. Все это находит свое отражение и в системе воспитания, и в многочисленных произведениях искусства.

Добровольное принесение себя в жертву богам во имя общественных интересов древности существовало практически у всех народов.

Самоубийство вдов во многих странах являлись свидетельством подлинной любви к мужу и доказательством их верности. Решительность и бесстрашие многих из них поражает воображение. Самоубийство женщин ради сохранения своей чести и во избежание насилия и позора также фактически предписывались общественными нормами поведения.

У мужчин существовал другой кодекс чести, требовавший свою долю самоубийств. Один из главных пунктов в нем – это искупление позора от военных поражений.

Обращаясь к самоубийству как к зловещему явлению современного общежития, приходится остановиться на подготовительной к нему почве и на неких условиях, способствующих его развитию.

Война и революция всегда влияют на уменьшение самоубийств. Так, например, в Петербурге с 1857 по 1864 год самоубийства и покушения на них шли, уменьшаясь с 47 до 41 в год, несмотря на то, что в этот период времени население увеличилось с 495 тысяч почти до 600 тысяч. Это было время «великих реформ» Александра II. В обществе и литературе было большое оживление и горячая вера в лучшее будущее в смысле нравственного и политического развитие страны. Но после 1866 года наступает продолжительный период реакции и властного сомнения в целесообразности и благотворности реформ, и самоубийства начинают быстро расти. Влияние политических движений и войн сказывается, между прочим, в следующих цифрах, относящихся к японской войне и первой революции: в 1903 году в Петербурге совершено самоубийств и покушений на них 503, в 1904 – 427, в 1905 – 354. Затем наступает Портсмутский мир и так называемое успокоение, а в 1907 году, согласно докладу доктора Н.Н. Григорьева в психо-неврологическом институте, уже 1370 самоубийств и покушений, в 1909 году их 2250, а в 1910 – 3196. За период с 1914 года до настоящего времени, судя по газетам, число самоубийств за первый период европейской войны значительно уменьшилось. Относительно оконченных самоубийств в Москве замечается их рост с 1907 года по 1913 (со 158 до 360), а с 1914 – падение их числа до 1920 года (с 295 до 64).

Существуют также так называемые группы риска: солдаты-первогодки дают 70% всех самоубийств среди военнослужащих срочной службы. Офицеров в 1997 г. погибло вследствие суицида более 500 человек, т.е. примерно 100 случаев на 100 тыс. человек.

Более чем за три года до трагической гибели АПЛ «Курск» появилась статья Владимира Елкина, посвященная теме самоубийств среди офицеров Северного флота. Приводится предсмертное письмо 24-летнего старшего лейтенанта, служившего в ныне печально известном поселке Видяево. Как считает военный психолог, самоубийство вызвано «обостренным чувством вины перед своей семьей за невозможность обеспечить достойное существование». В 1996 г. «на Северном флоте совершены 32 попытки самоубийств, по официальным докладам командиров и офицеров-воспитателей. Однако на излечении в военно-морских госпиталях находился 141 человек с диагнозом «суицидная попытка».

«Фактически же число суицидов не поддается учету, считают военные психиатры…В течении первого полугодия рост суицидов на флоте по существующему официальному учету составил 17%. Сколько же случаев остались неучтенными?»

Группой повышенного суицидального риска становятся также офицеры в отставке, но специального учета этой категории не ведется и точные цифры неизвестны. Ясно лишь, что планируемое очередное сокращение Вооруженных Сил приведет к вспышке массовых самоубийств среди уволенных в отставку офицеров. Впрочем, для властей предержащих это – наиболее оптимальный вариант. Но когда сотни тысяч вооруженных людей ожидают выброса на социальную свалку, возможны и другие, менее приятные для властей варианты. Вообще-то в таких случаях думать нужно прежде, чем делать, варианты просчитывать на несколько шагов вперед.

Группа риска, растущая в геометрической прогрессии, – наркоманы. И опять же вместо хотя бы приблизительных знаний – одни предположения об их нынешней численности. Согласно же предположениям их уже около 12 миллионов.

Также в группе риска находятся заключенные в течение первых трех месяцев и в последние месяцы перед освобождением. Они дают 60% всех самоубийств в местах заключения.

Самоубийство как явление индивидуальное существовало во все времена, но иногда оно становиться явлением социальным и таким оно является в наше время. Самоубийство бывает заразительно и человек, убивающий себя, совершает социальный акт, толкает других на тот же путь, создает психическую атмосферу разложения и упадка. Самоубийца имеет дело не только с самим собой, и насильственное уничтожение собственной жизни имеет значение не только для него одного. Самоубийца вызывает роковую решимость и в других, он сеет смерть. Самоубийство принадлежит к тем сложным явлениям жизни, которые вызывают к себе двойственное отношение. С одной стороны, сам человек, покончивший с собой, вызывает к себе глубокую жалость, сострадание к пережитой им муке. Но сам факт самоубийства вызывает ужас, осуждение как грех и даже как преступление. Близкие часто хотят скрыть этот страшный факт. Можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству.

Есть очень разнообразные типы самоубийств и самоубийцы вызывают разные самооценки. Люди убивают себя от несчастной любви, от сильной страсти и от несчастной семейной жизни; убивают себя от потери вкуса к жизни, от бессилия; убивают от позора и потери состояния нужды; убивают себя, чтобы избежать измены и предательства; убивают от безнадежной болезни и страха страданий. Бывают случаи, когда человек решается уйти от жизни, чтобы не быть в тягость своим ближним. Это – особый случай самоубийства, не типический, не основанный на эгоизме и на ложном суждении о жизни, он вызывается безнадежной болезнью, совершенной немощью или потерей способности к труду. Некоторые уходили из жизни, чтобы дать место другим, даже своим соперникам. Во всяком случае, вера, надежда и любовь побеждают настроения, склоняющие к самоубийству. Самоубийца в преобладающих формах этого явления есть человек уже ни во что не верящий, ни на что не надеющийся и ничто не любящий. Даже самоубийство на эротической почве более свидетельствует о любви к себе, чем к другому. Человек не любит, не верит, не надеется в то мгновение своей жизни, когда он решается покончить с собой. В следующее мгновение надежда мола бы быть пробудиться, но он не должен до этого следующего мгновения. В этом великая тайна и парадокс времени. Человек, в сущности, никогда не хочет убить себя. Неудавшиеся самоубийство иногда даже приводит к возрождению жизни, как выздоровление после тяжкой болезни. По видимости, самоубийство может производить впечатление силы. Нелегко покончить с собой, нужна безумная решимость [24].

Одним из сильнейших факторов, определяющих уровень самоубийств и непосредственно связывающие прошлое и настоящее в жизни общества, является религия. Одной из основ в борьбе за жизнь общества являлась религиозная кара. Ислам строго осуждал самовольное лишение себя жизни. В иудаизме также подчеркивалась ценность жизни для бога, и потому ради сохранения жизни правоверным евреям разрешалось преступать все религиозные законы, за исключением отказа от бога, убийства и кровосмешения.

Христианство после волны самоубийств первых христиан-учеников, стремящихся таким образом как можно быстрее предстать перед лицом Всевышнего, также довольно скоро наложило запрет на добровольный уход из жизни. Самоубийцам отказывалось в христианском погребении, они карались позорным захоронением на перекрестках дорог, вне кладбища, а в правовом плане – семья самоубийцы лишалась законного наследства. Люди же совершившие неудачную попытку суицида, подвергались заключению и каторжным работам как за убийство.

Поэтому одной из главных причин самого низкого уровня самоубийств в настоящее время в Италии, Испании и ряде латиноамериканских стран является огромное влияние в этих странах католицизма, сурово преследующего попытки лишения себя жизни. Религиозный фактор является одной из причин небольшого количества суицидов и в Польше (с 1970 по 1986 годы зарегистрировано в среднем не более 12 человек на 100 000).

Такие восточные религии, как брахманизм и буддизм, следующие доктрине: все, что привязывает человека к жизни, есть причина страдания, спокойно относятся к отречению от плоти. И самосожжение буддистских монахов как акт протеста против войн и других варварств современной цивилизации вполне укладывается в рамки религиозных норм. Впрочем, массовые религиозные самоубийства предпринимались и в России, например, при многих государственных нововведениях и реформах; примером тому – многочисленные самоубийства как протест против политики, проводимый Петром I, недаром именно при этом царе в Военном и Морском Артикуле появилась довольно суровая запись для самоубийц: «Ежели кто себя убьет, то мертвое его тело, привязав к лошади, волоча по улицам, за ноги повесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отваживались». [Кони А.Ф. Самоубийство в законе и жизни. М., 1923.]

Говоря о социальных условиях, сопутствующих суициду, то здесь особый интерес вызывает влияние на него определенного вероисповедания. Страны мусульманского, иудейского вероисповедания, а также католические христианские страны представляют как в ХIХ в., так и сегодня меньшую опасность для возникновения массовых очагов суицида, чем страны других вероисповеданий и конфессий, например страны с преобладающим в них христианским протестантизмом (США, Германия, Швеция). Существует предположение, что в нехристианских странах такое отношение к самонасилию продиктовано идеологией фатализма, присутствующей в их религиозных учениях, в католических же государствах – организованностью церкви как самостоятельной политической силы, строго и подробно регламентирующей поведение своих верующих сограждан. Конечно, подобная трактовка во многом справедлива, но далеко не полна, так как известно, например, что элемент фатализма в сильной степени присущ индуизму. Тем не менее Индия – это родина одной из форм ритуального самоубийства (сати). В такой же католической стране, как современная Франция, в наши дни наблюдается суицидальный всплеск, во многом, правда, объяснимый полным безверием жертв собственного насилия.

Э. Дюркгейм одним из первых отметил, что «на одну лишившую семья жизни женщину приходится в среднем четверо мужчин». Это высказывание справедливо и для нынешнего времени, и для большинства стран. Число мужчин-самоубийц, приходящихся на одну лишившую себя жизни женщину, социологи обозначили термином «индекс сверхсуицидальности мужчин». За 2005 год, в Казахстане в результате суицида умерло 3 919 человек, 3 283 из них – мужчины. Уровень суицида среди казахских женщин – 11,1 случаев на 100 тысяч в возрасте от 15 до 24 лет. В то время как в США этот показатель составляет 2,9 на 100 тысяч женщин в той же возрастной группе. Американская пресса тоже как-то пыталась анализировать уровень суицида в Казахстане. В то время, когда представители масс-медиа США проводили расследование обстоятельств гибели супермодели Русланы Коршуновой – уроженки Алматы, работавшей в Соединенных Штатах, им стало известно о том, что показатель самоубийств среди молодых женщин в Казахстане более чем в три раза превышает показатель в США.

Например, в 1991 г. в России доля женщин среди самоубийц составила 21,5%, что дает нам «индекс сверхсуицидальности мужчин» 78,5% / 21,5% = 3,651. Статистический анализ, проведенный в 1991 г. по 46 странам мира, дал соответствующий индекс, равный 3,128 +-0,266 мужчин.

Критической константой, при переходе за которую начинается социальная патология, считается индекс 4,2. Когда в обществе начинается рост числа самоубийств за критической цифрой 20 суицидов на 100 тыс. населения, главную «лепту» здесь вносят мужчины. В абсолютных цифрах росло число женщин-самоубийц, но основной прирост, как явствует из индекса сверхсуицидальности, давали самоубийцы-мужчины. Если же брать только трудоспособный возраст, то здесь соответствующий индекс к середине 90-х превысил 7.

Еще в 1893 г. Эмиль Дюркгейм в своей книге «Самоубийство» вводит в научный оборот термин «аномия». Аномия (греч. «номос» – норма, закон, «а» – отрицательная частица) – буквально «безнормативность» – такое состояние общества, когда порушены моральные нормы, девальвированы этические ценности, сломана морально – этическая основа человеческого поведения. Отсюда – разрыв социальных связей, чувство одиночества, пустоты, утеря смысла жизни и, как результат, – самоубийство.

Обращаясь к разнообразным и не всегда согласным между собою статистическим материалам, можно отметить ряд характерных особенностей. Во всем мире прослеживается связь числа самоубийств с возрастом. В период от 15 до 20 лет наблюдается 5% самоубийств, это число повышается до 40 лет, падает в период от 40 до 50 лет, снова повышается от 50 до 60 лет и составляет в период от 60 до 70 лет те же 5%, как в юности. Недоумение и страх пред грядущей жизнью, преждевременное разочарование в ней и в себе самом, а с другой стороны, запоздалое разочарование в прожитой жизни, старческие недуги, душевная усталость, и сознание бесплодности дальнейших усилий вызывают одинаковую решимость у юношей и старцев. После 80 лет самоубийства случаются редко, причем побудительная их причина часто бывает покрыта глубокой тайной. Если спросить человека, незнакомого с настоящими подробностями вопроса, о том, когда преимущественно совершаются самоубийства, он большей частью ответит: в ноябре в декабре, в скупые светом, короткие, холодные дни, наводящие тоску, ночью, когда приходится оставаться самому с собой, когда отсутствующий сон не приносит забвения горя и забот. И это будет ошибочно. Самые самоубийственные месяцы – май и июнь, преимущественно с утра до полудня и от часа до трех, то есть в разгар окружающей жизни и движения. Как уже было сказано ранее, различается число суицидов мужчин и женщин. Некоторые данные представлены на рис. 1 и 2.

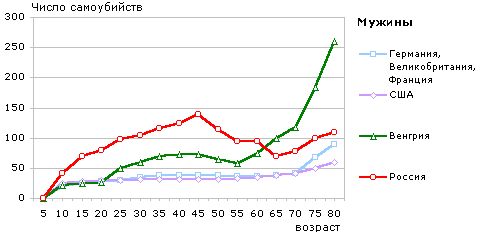


Рис. 1. Исследование связи числа самоубийств с возрастом среди мужчин

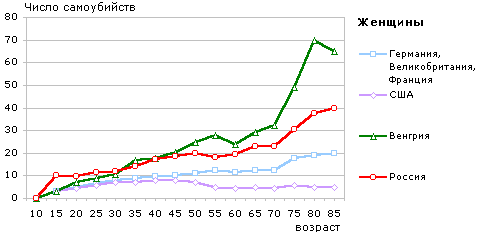


Рис. 2. Исследование связи числа самоубийств с возрастом среди женщин

Влияние местности, национальности и профессии. По направлению с юга на север (исключая Норвегию и отчасти Швейцарию) самоубийства увеличиваются; в горных местностях их меньше чем на равнине; в России они растут в направлении с востока на запад; в Европе их всего более по отношению к населению в Саксонии. Национальный характер сказывается весьма ярко в обстановке лишения себя жизни и в предсмертных записках. Так, например, француз не может отречься от некоторой театральности; немец – зачастую меланхоличен и, еще чаще, сентиментален; русский человек или угнетен душевной болью, или шутлив по отношению к себе, но почти всегда оставляет впечатление сердечной доброты. Молодой француз, оскорбленный тем, что его брачное предложение отвергнуто девушкой, живущей со своей семьей в одной из окрестностей Петербурга, в летний день подходит к террасе, где пьет чай эта семья, раскланивается, прислоняется к стогу сена, и, положив себе на грудь фотографическую карту девушки, простреливает и карточку, и свое сердце. Молодой немец, приказчик в большом торговом предприятии, обиженный там, что его не правильно заподозрили в служебных упущениях, в чем перед ним и извинились, застреливается на рассвете под Иванов день на скамейке клубного сада, оставив записку: «Солнце для меня восходит в последний раз; жить, когда честь была заподозрена, невозможно, бедное сердце перестанет страдать, когда перестанет биться, но жаль, что не от французской пули». Студент-русский – пишет товарищу: «Володька! Посылаю тебе квитанцию кассы ссуд – выкупи, братец, мой бархатный пиджак и носи на здоровье. Еду в путешествие откуда еще никто не возвращался. Прощай, дружище, твой до гроба, который мне скоро понадобиться».

По отношению к профессиям, те из них, которые носят название «либеральных» (адвокатура, артистическая деятельность, педагогика и т.п.), дают наибольший сравнительно процент самоубийств. Но огромное не идущее в сравнение ни с какими цифрами число самоубийств представляет врачебная профессия. По исследованиям Сикорского и академика Веселовского, число самоубийств в Европе и у нас (с разницей лишь в мелких цифрах) составляет один случай на 100 смертей, а у врачей, которых 23% погибает обыкновенно между 30 и 40 годами от страданий сердца, приходиться один случай самоубийства на 28 смертей. Нужно ли искать лучшего доказательства тягости врачебной деятельности, сопряженной с сомнениями в правильности сделанного диагноза и прописанного лечения, с ясным пониманием рокового значения некоторых из собственных недугов, с постоянным лицезрением людских страданий, с отсутствием свободы и отдыха и громадным трудом подготовки к своему знанию. Большое число жертв замечается между фармацевтами, акушерами и сестрами милосердия. Быть может легкость добывания и имение под рукою ядов облегчает им приведение в исполнение мрачного намерения**. [**Кони А.Ф. Самоубийство в законе и жизни. М., 1923.]

Старшее поколение, как известно, самая главная группа суицидального риска: во всем мире возрастная кривая роста самоубийств, за исключением лишь некоторых стран, например, Японии, медленно нарастает у слабого пола и резко взвевается вверх к концу жизни у мужчин. Это понятно: болезни и одиночество, упадок жизненных сил и отсутствие радужных надежд на лучшее состояние тела и духа не у всех вызывают бодрые эмоции «социально активной старости».

Старость не стремиться к бурным переменам, а если хорошо осмотреться вокруг и увидеть, что многие из стариков не восседает в ореоле любви, почета и уважения среди многочисленных чад и домочадцев у благотворного для старости тепла семейного очага, то становиться понятным, что эта социальная группа также находится в зоне повышенного риска.

Поколение среднего возраста (сделаем эту группу довольно большой по возрастным границам и включим в нее большинство трудоспособного населения «кому за 30»). Что же может послужить причиной самоубийства среди них самоубийству? Конечно, многие из «среднего» поколения получили, наконец, сегодня возможность реализовать свои идеи, замыслы и творческий потенциал или просто возможность работать хорошо. Однако ни для кого не секрет, что работа большинства, еще совсем далека не то чтобы даже от идеала, но и просто от элементарной нормы. Иногда это идет от недостатков общей организации труда, а иногда и от субъективных причин, относящихся к конкретному специалисту: или это очень слабая профессиональная подготовка, или нежелание и неумение реально изменять стиль и методы своей работы, или не умение координировать свою деятельность с другими людьми и целый ряд прочих причин. Сегодня перестройка существует в том или ином виде на всех уровнях общественного сознания и доходит до многих рабочих мест с конкретными требованиями, естественно, что люди, которые не удовлетворяют этим новым, изменившимся условиям работы, переходят в разряд «социально незащищенных». Неуверенность в своем профессиональном и социальном будущем, чувство вины за несоответствие требованиям и плохую работу, тревога за свое место и уровень заработной платы, негативные эмоции от конфликтов с руководством и коллегами – все это ведет к стрессу, который в свою очередь может привести к более глубоким последствиям.

Одним из новых источников получения стрессового заряда сегодня является недавно начавшись широко проявляться механизм социально-экономического развития – конкуренция. Боязнь неуспеха, отставания, проигрыша, тревога из-за неуверенности в своих возможностях, страх стать жертвой конкурентов и прочий букет беспокойств – еще до недавнего времени считалось, что монополией на обладание этими психологическими явлениями в широком социальном контексте обладает исключительно капиталистическое общество. Сегодня эти стрессогенные факторы по праву стали достоянием людей, внедряющих новые экономические механизмы хозяйствования, то есть людей в основном среднего поколения.

Еще одним потенциально возможным стрессогенным фактором для лиц среднего возраста являются интенсивные изменения, происходящие во всех сферах современного общества и порой требующие от человека коренного изменения мышления и поведения.

С другой стороны, новые условия общественной жизни порождают неизмеримо большее количество альтернатив, как при выборе стратегических программ поведения человека, таких, например, как выбор профессиональной деятельности или формы и места получения образования, так и в повседневном поведении в быту, например, при покупке газеты и журнала. Более альтернативное общество с его строгими правилами поведения во всех жизненных проявлениях не оставляет в большинстве случаев возможность выбора, ограничивая свободу индивида и свободу его личности, более демократическое – предоставляет гораздо большие возможности для индивидуального развития, но заставляет «мучиться» индивида свободой выбора и неопределенностью. В истории известны случаи повышения числа самоубийств в результате демократизации общества (например, в республиканской Испании).

Исследования психологов также показывают, что люди, затрудняющиеся в силу своего воспитания или других причин осуществлять выбор в определенных жизненных ситуациях и испытывающие трудности в самоопределении, как правило, находятся в неблагоприятном психическом состоянии, которое повышает вероятность возникновения суицидальных намерений.

Безработица. Многие исследователи, начиная с Э. Дюркгейма, особо подчеркивали роль безработицы в детерминации самоубийств. Потеря работы – сильный психотравмирующий фактор и первичный источник стресса, «запускающего» механизм суицидального поведения. По мнению Б. Янга, безработица ведет к ослаблению индивидуальной идентичности, являющейся функцией трудовых ролей, к разрыву фундаментальной связи человека с обществом и в конечном счете – к социальной дезинтеграции []. Утрата прежнего социального статуса способствует также формированию психологического «комплекса неудачника» у мужчин в связи с невозможностью выполнения ими традиционной роли главы семьи, усиливает социальную изоляцию индивидов. Поэтому безработные традиционно считаются «одной из самых суицидоопасных социальных групп» [5, р. 443].

Безработица, влияет на уровень самоубийств среди молодежи через создание конкуренции на рынке труда, обусловленной ростом удельного веса молодежной когорты в общей структуре населения [4, р. 62–63].

В ходе опроса выяснилось, что доля лиц, имеющих суицидальный опыт, в группе неработающих и неучащихся не превышает среднего значения по массиву. На первый взгляд, этот факт кажется совершенно нелогичным, поскольку не укладывается в мировую закономерность и противоречит результатам предыдущих исследований. Однако многое становится ясным, если отдельно проанализировать ответы тех людей, которые недавно потеряли работу и на момент опроса продолжали ее искать. В результате оказывается, что все 100% из числа опрошенных респондентов, состоящих на учете в центрах занятости и являющихся, таким образом, официально зарегистрированными безработными, ранее уже совершали попытки самоубийства. Кроме того, в этой группе наблюдается и более выраженная суицидальная готовность по сравнению с теми, кто в настоящий момент учится и работает, а также теми, кто давно уже бросил учебу и никогда не работал: 14,7% молодых людей этой группы, в отличие от 10,3% второй и 8,7% третьей из указанных категорий, в принципе не исключают для себя возможности повторения аутоагрессивных действий. Это еще раз подтверждает правомерность известного вывода о том, что источником суидицального поведения в конечном счете выступает не безработица как таковая, а понижение социального статуса человека и наступающая в связи с этим трудовая и социальная дезадаптация [20; 3, р. 190]. Специальные исследования свидетельствуют, что суицидальные тенденции начинают активно формироваться тогда, когда иные способы приспособления личности к экстремальной жизненной ситуации уже исчерпаны [34, с. 139–140]. В этих случаях самоубийство оказывается закономерным следствием фрустрации значимых потребностей и эмоционально-психологического срыва, наступающего в результате воздействия социально-экономических стрессоров.

Уровень жизни и материальное благосостояние. Это еще один «структурный» фактор, часто обсуждаемый в связи с проблемой самоубийств. Уровень доходов опосредует влияние экономики на суицидальное поведение. Однако характер и направленность этого влияния до конца не выяснены: результаты эмпирических исследований на эту тему довольно противоречивы.

В теориях социальной интеграции традиционно считается, что «нужда – главная конкретная причина самоубийства» [27, с. 113]. Анализируя источники суицидальности, Р. Коски, в частности, приходит к выводу, что подростки из бедных семей в большей мере подвержены риску самоубийств, чем их материально обеспеченные сверстники [35]. Б. Янг в своем исследовании выяснил, что однопроцентный рост доходов на душу населения приводит к уменьшению числа молодежных самоубийств на 0,11%. Усиление же бедности, снижающее социальную и экономическую интеграцию, негативно влияет на суицидальную ситуацию в обществе [31, р. 91]. Крайне редкие и немногочисленные российские исследования также свидетельствуют, похоже, о существовании обратной, хотя и не очень уверенной корреляции между этими переменными: чем беднее регион, тем чаще там совершаются самоубийства [30, с. 103–104].

Между тем низкий доход сам по себе вряд ли может считаться фактором повышенного суицидального риска. Многие слаборазвитые страны, имеют более низкие уровни самоубийств, чем индустриальные [11, р. 569–572].

Неравенство в распределении доходов острее переживается в подростковом возрасте. Оно усиливает разрыв между целями и средствами их реализации, рождает чувство ущербности, неверие в возможность достижения жизненного успеха; все это повышает уровень социальной аномии [7, р. 112]. Эти данные еще раз подчеркивают роль депривационных факторов в активизации механизмов суицидального поведения. Для представителей старших возрастных групп молодежи характерна иная тенденция: интенсивность установок на самоубийство нарастает по мере повышения уровня жизни респондентов.

На первый взгляд, может быть, это звучит антигуманистично, но отказ от жизни в пожилом или даже в зрелом возрасте все же является иногда более естественным и причинно обусловленным, чем самовольное прерывание жизни именно в то время, когда она собственно и должна в полной мере начинаться, и ответственность за него несут все члены общества в гораздо большей степени.

Каковы основные факторы, способствующие попыткам суицида у молодежи, и насколько существенны они сегодня в нашем обществе? На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, находятся, конечно, отношения с родителями (примерно в 70% случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом), на втором месте – трудности, связанные со школой, на третьем – проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола.

Отношения родителей с детьми зачастую не строятся на том фундаменте открытых, полностью искренних эмоционально теплых отношениях, которые являются, которые являются надежной защитой от многих, иногда суровых испытаний, с которыми встречается подрастающее поколение. И не случайно, что многие попытки суицида у молодых рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам, пробить стену непонимания между младшим и старшим поколениями. Существенную роль в суицидах играет сохранность семьи в целом – ведь около половины подростков, совершивших попытки самоубийства, выросли в семьях, в которых один из родителей или умер, или покинул семью.

Распад семьи, впрочем, является мощным фактором, связанным с самоубийствами, и у взрослых. Среди одиноких, холостых и особенно разведенных гораздо чаще встречаются уходы из жизни. В большей степени незащищенными в этом плане являются мужчины.

Интересно, что молодых (в возрасте 15–19 лет), наоборот ранние браки не спасают от уменьшения риска суицида – по данным американских авторов, среди женатых юношей в 1,5, а среди замужних девушек в 1,7 раз процент самоубийств выше, чем у их несемейных сверстников. Это связано прежде всего с тем, что «молодые» браки чаще являются попыткой, и не всегда удачной, решить какие-то другие, не относящиеся к браку проблемы, например, избавиться от невыносимой обстановки в семье родителей.

Школьные проблемы обычно связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями и администрацией школы, реже с взаимоотношениями в классе. В наших школах, в отличие от, например, японских, где перед каждой экзаменационной сессией происходят десятки самоубийств школьников, эти проблемы обычно не являются непосредственной причиной самоубийств, но приводят к понижению общей самооценки учеников, появлению ощущения незначимости своей личности, к резкому снижению сопротивляемости стрессам и незащищенности от негативного влияния окружающей обстановки.

Одним из основных психологических объяснений проблем, связанных со сверстниками, особенно противоположного пола, является чрезмерная зависимость от другого человека, что возникает, обычно в качестве компенсации плохих отношений со своими родителями, из-за постоянных конфликтов и отсутствия контакта с ними. В этом случае часто бывает, что отношения другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми (по типу «я не могу жить без тебя»), что любое охлаждение в привязанности, затем более измена, уход к другому воспринимается как невосполнимая утрата, лишающая смысла дальнейшую жизнь. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, и окружающих, происходят «ситуативные самоубийства» – импульсивные, неподготовленные и собственно несвязанные с осознанным намерением лишить себя жизни.

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей:

– «дать понять человеку, в каком ты отчаянии» – около 40% случаев,

– «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» – около 30% случаев,

– «показать, как ты любишь другого и выяснить, любит ли тебя действительно другой» – 25%,

– «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение» – 25%,

– «призыв, чтобы пришла помощь от другого» (мотивов может быть, естественно, у каждой жертвы суицида несколько) – 18% случаев.

Несмотря на возрастающее сегодня общественное внимание к проблемам семьи, детско-родительским отношениям и просто к проблемам общения и взаимоотношений, современная ситуация в этом плане еще во многом далека от идеала. Профессиональные и другие проблемы родителей, отсутствие достаточного времени в силу различных социально-экономических причин зачастую приводят к формальному воспитанию детей или перекладыванию этой функции на школу или вообще неизвестно на кого.

Кроме того, в современных условиях увеличивается разрыв между различными возрастными и социальными группами (усиливается процесс «дифференциации») – это происходит из-за быстрого изменения культурных норм и эталонов поведения в различных общественных слоях, усиления влияния моды и ряда других причин.

Все это приводит к тому, что проблема «отцов и детей» может быть, как никогда, остро стоит именно сегодня и от ее решения зависит успех диалога между подростками и взрослыми и ценность реальной помощи молодым. Пока что попытки взрослых наладить контакт с молодежью зачастую сводятся к метаниям между лозунгами «полную свободу молодежи» и призывами «надо уважать и слушаться старших».

**1.4 Основные способы совершения самоубийства**

К особенностям самоубийств надо отнести их коллективность, их заразительность, а также повторяемость. В последние годы часто встречаются случаи, где двое или трое решаются одновременно покончить с собою по большей части вследствие причин и одинаковости побуждений, а иногда и по разным поводам, соединяющим их в окончательном результате. Обыкновенно при этом один или двое подчиняются внушению наиболее из них настойчивого и умеющего убеждать, однако, именно он-то и впадает в малодушное колебание в решительную минуту. Но бывает и обратное. Коллективные самоубийства развились в женских богадельнях и преимущественно в женских учебных заведениях. Тогда начальницы некоторых институтов и женских гимназий сделались предметом самых произвольных, а иногда и прямо лживых, вследствие таких коллективных самоубийств и покушений на них, вызванных болезненным предчувствием испытаний и разочарований в предстоящей жизни, подчас особенно ярко рисующихся молодой девушке в переходном возрасте.

Остается упомянуть о случаях, когда самоубийство совершается с несомненной рисовкой и в особо эффектной обстановке. Конечно, в этом отношении Северная Америка побила рекорд. В 1911 год газеты сообщили, что в Балтиморе некий Том Климбот лишил себя жизни на сцене в театре, полном нарочно собравшимися зрителями, которых он оповестил о предстоящем объявлениями в газетах. В Одессе артистка небольшого театра, причесавшись у лучшего парикмахера, надушенная, с приготовленным букетом цветов, красиво отделанным платьем и белыми атласными туфельками, вскрывает себе вены в горячей ванне. Сюда же надо отнести довольно частые случаи, где местом приведения в исполнения в исполнение приговора над собою избираются не отдельные номера, а общие залы гостиниц и ресторанов, причем нередко забывается уплата по счету.

Способы совершения самоубийств отличаются большим разнообразием. Рассмотрим некоторые из них.

Отравление. Этот способ может считаться приемлемым для женщин. Но для мужчин этот способ недостаточно благороден. Большинство «самоубийц понарошку» избирает именно этот способ в расчете, что их успеют спасти. Тут они правы. Эффективность большинства используемых препаратов крайне низка. Если родственники вовремя заметят мутный взгляд и сделают промывание желудка, то ущерба для здоровья, как правило, не бывает. Если заметят не сразу, то можно приобрести серьезные болезни почек и печени, которые могут проявиться и через десятилетия в виде цирроза или нефрита. Таким способом легко сократить жизнь лет на двадцать. Ну а если вас сочтут спящей, то можно и вообще не проснуться. Снотворное и прочие таблетки глотают исключительно шантажисты, желающие лишь попугать родственников. Человек, серьезно желающий окончить свою жизнь, подобными способами не пользуется.

**–**Вскрытие вен. Обычно применяется мужчинами, так как перерезать вены вообще трудно, а для женщины в особенности. Тут, как ни странно, требуется значительное мужество, либо сумасшествие, которое его заменяет. Если человек кончает жизнь вскрытием вен, не будучи психически нездоровым, то скорее всего у него действительно веские причины для этого.

Сумасшедшие применяют этот способ с целью напугать окружающих. Они ужасаются виду крови, многим становится дурно, люди падают в обморок, кто-то бегает, пытается оказать помощь. А задумавший самоубийство смотрит на все это и смеется. «Смотрите, как вы напугались. А мне не страшно!» Если бы он повесился или отравился, то был бы лишен возможности наблюдать весь этот переполох.

Довольно часто этот способ практикуют самоубийцы-шантажисты. Отличить их легко: они режут вены тогда, когда в доме полно людей, чтобы их вовремя откачали. Кроме того, они режут всегда поперек вен. Если разрезать вену вдоль, сантиметров на пять, то кровь вытекает значительно быстрее, но такие раны и лечить на порядок труднее.

**–**Самосожжение. Применяется только религиозными и политическими фанатиками как публичная акция протеста. Либо психически нездоровыми людьми. Как правило, и то и другое присутствует одновременно.

**–**Огнестрельное оружие. В США, где оружие легкодоступно, 60% самоубийц умирает именно от пули. В Канаде, где оружие менее доступно, с его использованием происходит 30% суицидов. А в Австрии, где торговля оружием запрещена – всего 4%.

**–**Экзотические виды смерти. Применяются крайне редко. С помощью гранаты, взрывчатки. С помощью змеи (так окончила жизнь Клеопатра). С помощью автомобиля: со скалы или в стену (если не закрыть глаза, то нога инстинктивно нажмет на тормоз). Выпить жидкий кислород, азот, гелий (большинству людей недоступны). Также суициды совершаются с помощью электрического тока.

**1.5 Проблема суицидального поведения современной молодежи**

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. Казахстан и другие страны находятся в депрессии: страну захлестнул вал самоубийств. Все чаще из жизни уходят подростки, а то и совсем маленькие дети.

Проблема суицида среди детей и подростков остро актуальна во всем мире. Более того, в последнее время достаточно примеров из других стран,

свидетельствующих о том, что суицид все чаще приобретает наклонность сочетания самоубийства с массовым убийством других лиц. Суицид связывается с представлением о психологическом кризисе личности, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное какими-то особыми, личностно значимыми, психотравмирующими событиями.

Проведя анализ литературы по проблеме суицида в г. Семей, было выявлено, что в целом суицидальные попытки по разным мотивам были предприняты 10,4% учащихся, в то время как мысли суицидальной направленности, без попытки реализации замысла, возникали у 28% детей.

При этом, девочки (69,7%) доминировали над мальчиками (30,3%). Непосредственным мотивом совершения суицидальной попытки послужили конфликтные ситуации в семье – 39,6%, в школе – 20,3%, террор со стороны сверстников – 10,2%, обман, разочарование, безответная любовь – 7,1%. В 21,9% случаев причина суицида неизвестна.

В подавляющем большинстве случаев дети пытались лишить себя

жизни путем отравления – 97,8%, ранения себя – 0,9%, повешения – 0,8%, спрыгивания с высотных зданий – 0,3%, иными способами – 0,2%. В качестве отравляющих веществ, чаще всего, предпочитали седативные, антигистаминные, гипотензивные препараты, а также уксус и бытовую химию.

Кроме того, было установлено, что каждый третий ребенок воспитывался в неполной семье (34,3%). Низкое социальное положение родителей отмечено у 43,8% детей. Риск повторного суицида был равен 3,1%. Почти у всех детей были выявлены отклонения в состоянии здоровья, как соматического (68,7%), так и психоневрологического статуса (12,8%). У части из них эти два вида патологии сочетались.

Таким образом, среди детей г. Семей имеет место повышенная склонность к суициду, главной причиной которой можно считать запредельный для неустойчивой психики ребенка психогенный фактор длительного или эпизодического воздействия.

Профилактика суицида молодежи

За любое суицидальное поведение ребёнка в ответе взрослые!

Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Профилактика депрессий у подростков является важной для профилактики суицидов. В профилактике депрессий у подростков важную роль играют родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния – необходимо сразу же, немедленно, принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния.

Во-первых, необходимо разговаривать с ребенком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести беседы о будущем, строить планы. Эти беседы обязательно должны быть позитивными. Нужно «внушить» ребенку оптимистический настрой, вселить уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не обвинять ребенка в «вечно недовольном виде» и «брюзгливости», лучше показать ему позитивные стороны и ресурсы его личности. Не надо сравнивать его с другими ребятами – более успешными, бодрыми, добродушными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку подростка. Можно сравнить только подростка-сегодняшнего с подростком-вчерашним и настроить на позитивный образ подростка-завтрашнего.

Во-вторых, заняться с ребенком новыми делами. Каждый день узнавать что-нибудь новое, делать то, что никогда раньше не делали. Внести разнообразие в обыденную жизнь. Записаться в тренажерный зал или хотя бы завести привычку делать утреннюю гимнастику, прокладывать новые прогулочные маршруты, съездить в выходные на увлекательную экскурсию, придумывать новые способы выполнения домашних обязанностей, посетить кинотеатр, выставки, сделать в доме генеральную уборку. Можно завести домашнее животное – собаку, кошку, хомяка, попугаев или рыбок. Забота о беззащитном существе может мобилизовать ребенка и настроить его на позитивный лад.

В-третьих, подростку необходимо соблюдать режим дня. Необходимо проследить за тем, чтобы он хорошо высыпался, нормально питался, достаточно времени находился на свежем воздухе, занимался подвижными видами спорта. Депрессия – психофизиологическое состояние. Необходимо поддерживать физическое состояние подростка в этот период.

И в-четвертых, обратиться за консультацией к специалисту – психологу, психотерапевту.

Поскольку причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности учащихся, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Для предотвращения суицидов у детей учителя могут сделать следующее:

* вселять у детей уверенность в свои силы и возможности;
* внушать им оптимизм и надежду;
* проявлять сочувствие и понимание;
* осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Формальное отношение части классных руководителей к своей работе выражается в незнании ситуации, в которой находится ребенок, отсутствии контроля за посещаемостью и успеваемостью ребенка. Все это не позволяет вовремя оказать учащемуся необходимую помощь, организовать соответствующую работу.

Администрации школ необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения учителей с учащимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов.

Направления работы специалистов (педагога-психолога, психотерапевта) по профилактике депрессии и суицидов

Психолог должен рассказать учителям и родителям, что такое суицид, как выглядит депрессивный подросток. Ведь классическое представление о том, что это ребенок с грустными глазами, не всегда соответствует действительности. Депрессивным может оказаться как раз тот, кто выпивает, смолит папироску и хамит маме.

Для предотвращение суицидальных попыток при наличии суицидального поведения психологу необходимо:

### – снять психологическое напряжение в психотравмирующей ситуации;

– уменьшить психологическую зависимость от причины, повлекшей суицидальное поведение;

– формировать компенсаторные механизмы поведения;

– формировать адекватное отношение к жизни и смерти ребенка.

При малейшем подозрении на психическую патологию у ребенка надо обязательно проконсультироваться у психиатра. Без ведома родителей этого делать нельзя, но обсудить ситуацию со специалистом психолог имеет право.

Если есть подозрение, что у ребенка депрессия, нужно всячески стараться объяснить родителям, чем они рискуют, если оставят ребенка без помощи. Чтобы подросток не счел психолога предателем, нужно сказать примерно следующее: «Твое состояние, возможно, связано с тем, что ты в последнее время не можешь самостоятельно справляться со своими проблемами. По поводу этого нам нужно обязательно получить квалифицированную консультацию, а по правилам эту консультацию нельзя получить без ведома родителей. Давай подумаем вместе, как мы родителей в эту ситуацию будем включать». Если же у подростка проблемы с родителями, это вопрос каждого отдельного случая.

Итак, виноватых в самоубийстве, как правило, нет. Любой суицид – это личное, осознанное решение самого человека. И распоряжаться своей жизнью – неотъемлемое право каждой личности. Hо лучшая профилактика суицида – дать возможность каждому ощутить это право, равно как и право искать другие методы для решения проблем! Если человек чувствует себя нужным хотя бы самому себе, если он имеет право голоса хотя бы в отношении себя самого – уже поэтому жизнь становится для него достаточно большой ценностью!

Итак, рассмотрев проблему суицидов, можно прийти к выводу, что это явление является крайней формой отклоняющегося поведения личности, ее социально-психологической адаптации, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением – семьей, родителями, друзьями. И, наконец, главным звеном в решении вопроса «быть или не быть» является сам человек, от силы его личности зависит, как поведет он себя в кризисном психическом состоянии, какой выбор сделает, столкнувшись с трудностями приспособления к сложным жизненным ситуациям, и не сдастся ли он под влиянием длительных травмирующих психику обстоятельств.

Совершаются самоубийства по различным мотивам и поводам, но всегда вытекают из конфликта либо внутри личности, либо личности и окружающей среды, когда индивид не может разрешить такой конфликт иным, более позитивным путем. Самоубийство – это результат социально – психологической дезадаптации личности в условиях современного общества. Психологические кризисы возникают в результате интимных, семейно-личных, социальных и творческих конфликтов. Доминирует, как правило, одна причина. Но ее подкармливает целый комплекс обстоятельств, во время которых и созревает столь страшная мысль. Толкает на самоубийство прежде всего безысходность.

Считается, что суицидом личность пытается изменить свои обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», в нем могут проявляться черты патологического упрямства в преследовании цели любой ценой. Нередко этот акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что на уровень самоубийств влияют как объективные, так и чисто субъективные факторы. И хотя нами были рассмотрены далеко не все пласты данного явления, все же очевидно, что самоубийства – явление негативное и необходимо разрабатывать способы борьбы с ним или хотя бы искать возможности снизить его уровень. Лучше всего было бы суметь обеспечить лицу помощь в разрешении конфликта на пресуицидальной стадии, не доводя дело до самоубийства.

Так как же можно охарактеризовать в целом для Казахстана положение со смертностью в результате самоубийств? Казахстан – страна со средневысоким показателем самоубийств. Наша страна, безусловно, не нуждается в каких либо специальных мерах для стабилизации этого показателя. Самоубийства не являются катастрофой для нас, как об этом любят кричать некоторые представители прессы, сейчас гораздо важнее проблема смертности в результате болезней. Полностью избавиться от самоубийств среди граждан не удавалось ни одному государству и, наверное, не удастся в будущем, ведь во многих странах даже в крайне стабильные и благополучные периоды наблюдались резкие всплески самоубийств.

**2. Особенности возникновения суицида среди военнослужащих**

**2.1 История возникновения суицида среди военнослужащих: прошлое и настоящее**

Первая подробная работа о смертности в русской армии появилась в 1863 г. Она рассматривает период от 1841 до 1862 г. С этого времени проблема самоубийства не уходила из поля зрения советских исследователей.

В XX в. – с начала 30-х гг. до 1989 г. – сведения о суицидах носили закрытый характер. В 90-х гг. они появились в печати.

В 1926 г. уровень самоубийств в расчете на 100 тыс. населения составил по стране 7,8 случаев. До революции эта цифра была значительно меньше.

«В эпохи исторических процессов и переломов, когда целые социальные слои отрываются от своих исторических тел, в которых они родились и жили, самоубийство может сделаться социальным явлением», – писал русский философ Николай Бердяев.

В 1984–1985 гг. в СССР был наибольший показатель суицидов – 30 на 100 тысяч. Это свыше 80 тыс. самоубийств в год. Статистика в буквальном смысле самоубийственная. В эти же годы в среднем в армии и флоте в расчете на 100 тыс. человек совершалось 21 самоубийство. Этот высокий сам по себе показатель был ниже уровня суицидальности по стране. Такое же соотношение сохраняется, и по сей день.

Особую обеспокоенность вызывает также наличие такого негативного социального явления в воинских частях и подразделениях Вооруженных сил Казахстана. По итогам 2008 года, в стране было зарегистрировано 39 фактов суицида среди военнослужащих. 23 октября в селе в Актюбинской области в помещении в/ч №30238 Минобороны повесился военнослужащий. Что подвигло его на суицид, не известно, ведь ему оставалось всего несколько дней до демобилизации. В Караганде свел счеты с жизнью 22-летний солдат срочной службы. Он был призван в Актюбинской области и прослужил в армии всего три месяца. В Шымкенте, 32-летний младший сержант в/ч №10216 министерства обороны Казахстана покончил жизнь из-за конфликта с родственниками.

Это указывает на то, что самоубийства в армии обусловлены не только неуставными взаимоотношениями (т.н. «дедовщина»), их причины носят более системный характер, связанный с социально-экономическими и морально-психологическими факторами.

Количество самоубийств среди солдат армии США возросло до рекордного уровня, сообщает BBC News. В 2008 году было зафиксировано около 128 самоубийств, 15 случаев до сих пор расследуются. Сами военнослужащие не могут объяснить рост числа суицидов. Однако заявляют, что делают все возможное, чтобы предотвратить такие случаи.

Около 35 процентов самоубийств совершают солдаты, кому еще не довелось поучаствовать в военных операциях. 30 процентов – те, кто уже выходил на поле боя, три четверти из них впервые выходили на задание. Еще 35 процентов свели счеты с жизнью уже после демобилизации, причем меньше чем через год после возвращения домой. Самоубийства среди военнослужащих происходят гораздо чаще, чем среди мирных жителей.

Причиной самоубийств становятся военные операции в Ираке и Афганистане. Длительные командировки в зоны боевых действий оказывают сильное психологическое воздействие на солдат. Военные ведомства США заявили, что теперь проблеме суицида будут уделять больше внимания. Среди солдат будут проводиться занятия, на которых научат справляться с депрессией. Власти уверены, что это поможет сократить число самоубийц.

В Казахстане за прошедший год около 40 военнослужащих свели счеты с жизнью. Половина из них проходила контрактную службу. По факту самоубийств выявлено семь преступлений. Причины, по которым военные сводят счеты с жизнью, власти видят в отсутствии собственного жилья, а так же в психологическом давлении.

А какие еще причины могут привести к суициду в армии, мы разберем дальше в следующем пункте.

**2.2 Причины возникновения суицида среди военнослужащих**

В настоящее время в Вооруженных Силах достаточно остро стоит проблема гибели личного состава, одной из причин которой является суицидальный синдром. В связи с этим данный вид отклоняющегося поведения военнослужащих требует тщательного изучения командирами и начальниками.

Проблема суицида берет свое начало не в армии. Источник надо искать в первую очередь в социально-экономической сфере жизни нашего общества. Армию как часть общества проблема суицида не может не затрагивать.

Сейчас, когда старая система воспитания разрушена, отброшена напрочь, ничего нового взамен, по существу, не предложено. Военные училища, академия, где готовились кадры профессиональных воспитателей, закрыты, упразднены, переориентированы… Ныне военный университет, заменивший бывшую военно-политическую академию, выпускает в год не более пяти десятков военных психологов. Но в войска их попадает мало, большинство «оседает» в высоких штабах и управлениях, вдали от солдат и строевых командиров.

В двух из трех рот и им равных подразделений нет штатного офицера по воспитательной работе. На многих штатных должностях стоят призванные из запаса так называемые двухгодичники, не имеющие опыта работы в армейских условиях. Да и строевыми офицерами, особенно в звене взвод-рота, подразделения не укомплектованы.

Какое отношение имеют все эти, на первый взгляд, оргштатные мероприятия к проблеме суицида? Самое прямое. И солдат, и офицер оказались собратьями по несчастью в условиях нынешнего бедственного состояния армии: первый порой не находит защиты от казарменного произвола, остается один на один со своими переживаниями и стрессами, второй лишен социальной защиты, помощи со стороны государства, а зачастую и элементарных средств к существованию. Ведь офицер, в гарнизоне, особенно отдаленном, единственный кормилец семьи. Это со своей-то нищенской зарплатой и огромной ответственностью за безопасность Отечества. Добавьте к этому отсутствие у многих постоянного жилья, хронические задержки с выплатой денежного довольствия, невозможность соблюдать нормированный режим труда и отдыха из-за высоких нагрузок и низкой обеспеченности частей личным составом, бесконечные переезды.

Причин для суицида армейская жизнь подбрасывают много, но нельзя сказать, что должностные лица разного уровня в армии относятся ко всему этому равнодушно. Достаточно указать на отсев призывными комиссиями лиц с психической неустойчивостью, активное выявление их в течение первых месяцев службы, особый контроль за военнослужащими, несущими караульную службу, вахту на кораблях, выполняющими другие задачи с оружием в руках.

Военные медики, психологи, социологи выявили такую картину: среди причин суицида на первом месте (около 40%) личные неприятности и связанные с ними душевные переживания (голодное существование семьи, болезнь и смерть близких, измена любимой девушки, жены, развод, половая несостоятельность и др.).

На втором месте (около 35%) – служебные неприятности и тяготы военной службы (конфликты, связанные с трудностями привыкания, конфликты между военнослужащими разных периодов службы, проявления пресловутой дедовщины, не сложившиеся отношения между начальниками и подчиненными, на национальной почве и др.).

На третьем месте (около 10%) – конфликты, связанные с антисоциальным поведением (страх перед уголовной ответственностью, боязнь огласки своих неблаговидных поступков).

На четвертом месте (около 5%) – ухудшение состояния здоровья (психические, соматические заболевания, физические недостатки).

На последнем месте – другие причины, обычно связанные с материально-бытовыми проблемами.

Вывод: основным мотивом совершения самоубийств являются конфликты на почве служебных и личных отношений. Иначе говоря, это проблема психологическая, помноженная при этом на социальное неблагополучие общества.

Деятельность командиров и начальников по предупреждению суицидальных явлений в воинских коллективах относится к одному из самых сложных видов их педагогического взаимодействия с подчиненными. Повышению ее эффективности порой препятствует недостаточная психолого-педагогическая подготовленность командиров и начальников к проведению данной работы. В результате в ряде случаев многие командиры и начальники не только оказываются неподготовленными для выявления и снятия кризисных состояний подчиненных, но и зачастую применяют некорректные педагогические меры, оказывающие сильное психотравмирующее действие на личность. Все это вместе взятое чрезвычайно актуализирует задачу поиска новых технологий превентивной деятельности по профилактике суицида среди военнослужащих. А для этого необходимо знать факторы, способствующие проявлению этого явления.

Социально-ситуационные факторы определяют наличие у военнослужащих отклонений от социальных и культурных норм поведения (включая противоправное и преступное поведение), требуют постоянного и усиленного контроля и интенсивного воспитательного воздействия (индивидуальной и социально-психологической коррекции). Основные социально-ситуационные факторы, приводящие к совершению суицидов военнослужащими, следующие:

– склонность к суицидам;

– наличие фактов судимости за уголовные преступления;

– склонность к самовольному оставлению части;

– низкий уровень культуры и общего развития;

– наличие факта воспитания в неблагополучной семье;

– приводы в милицию;

– наличие тяжелобольных родителей или близких родственников;

– неуравновешенность, необщительность;

– низкий уровень адаптационных способностей;

– негативное отношение к военной службе.

Личностные факторы представляют собой совокупность психоневрологических и психофизиологических факторов. Психоневрологические факторы означают наличие у военнослужащих нервно-психической неустойчивости и паталогии. Психофизиологические факторы означают наличие у военнослужащих психологических и психофизиологических особенностей личности, препятствующих освоению военных специальностей. Среди личностных факторов, приводящих к суициду, можно выделить:

– жалобы на нервно-психическое здоровье;

– странность поведения и высказываний, включая суицидальные;

– признаки психического недоразвития;

– выраженные характерологические особенности с психопатоподобным поведением;

– лечение или нахождение на учете у психиатра и нарколога до призыва в армию;

– черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, соматические заболевания, сопровождающиеся психотическими расстройствами;

– систематическое употребление алкоголя и наркотических веществ;

– суицидальные попытки до призыва в армию со стороны военнослужащего или его ближайших родственников;

– признаки депрессии;

– признаки навязчивостей (навязчивые страхи, сверхценные идеи);

– признаки астенизации;

– социальная дезадаптация;

– наследственность, отягощенная психическими расстройствами.

Основными причинами и условиями, способствующими совершению самоубийств военнослужащих, являются:

– семейные неурядицы;

– психическая дезадаптация;

– материально-бытовые трудности;

– неразделенная любовь;

– неуставные взаимоотношения;

– тяготение военной службой;

– злоупотребление алкоголем;

– какое-либо соматическое заболевание;

– боязнь ответственности.

Все перечисленные факторы или отдельные из них приводят к тому, что у военнослужащего формируется социально-психологическая дезадаптация, которая характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями, беспокойством и тревогой, депрессивными состояниями вплоть до дезорганизации личности.

Для таких состояний характерна фиксация на психотравмирующей ситуации или значимом событии, переживания по поводу собственной беспомощности и несостоятельности, чувство одиночества, пессимистическая оценка собственной личности, актуальной ситуации и будущего, неверие в свои силы и возможности. Это приводит к краху ценностных установок и начинает формироваться пресуицид, который развивается следующим образом.

Сначала появляются мысли о лишении себя жизни. Это характеризуется представлениями, фантазиями и размышлениями о своей смерти. Примером являются высказывания: чем так жить, лучше умереть; хочется уснуть и не проснуться и т.д. По данным исследований самоубийств, аналогичные высказывания имели место в 75% случаев суицидальных попыток. При этом такие высказывания воспринимаются как демонстративно-шантажный аспект.

В дальнейшем формируется желание покончить с собой. В это время идет реализация плана аутодеструктивных замыслов, продумываются способы, время и место совершения самоубийства. На заключительном этапе формируется решение, побуждающее к непосредственному осуществлению внешних форм аутодеструктивных поведенческих актов.

Длительность пресуицида может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу – без предшествующих ступеней. Признаками высокой вероятности совершения суицида могут быть:

– открытые высказывания о желании покончить жизнь самоубийством;

– косвенные намеки на возможность суицидальных действий (имитация сделать петлю, вскрыть вены, игра в самоубийство с оружием);

– активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств покончить с собой (собирание таблеток или их приобретение, поиск и хранение каких-либо отравляющих веществ);

– фиксация на примерах самоубийства (частые разговоры о самоубийствах вообще), символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей);

– изменившийся стереотип поведения (несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных людей и, наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малоподвижных и молчаливых людей);

– сужение круга контактов, стремление к уединению.

Из вышесказанного существует объективная необходимость в организации и проведении работы, направленной на предотвращение суицидов.

У некоторых командиров и начальников сложилось упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального происшествия. По их мнению, если людей загрузить работой и за ними будет осуществляться жесткий контроль, эта проблема будет решена. Однако зачастую это приводит к перенапряжению, переутомляемости, повышенной агрессии и, в конечном итоге, может привести к суициду. Тут необходим баланс.

Некоторые руководители считают, что невозможно выявить внешние признаки, указывающие на то, что человек решил покончить с собой. Разумеется, в подобных высказываниях есть рациональное зерно. Заглянуть в душу, познать внутренний мир подчиненного действительно очень сложно. В то же время, как показывает практика, такие возможности у руководителя, как правило, имеются. Но в любом случае в процессе педагогической профилактики суицида недопустимо применение следующих приемов из арсенала некоторых воспитателей, которые являются прямыми антиподами педагогической помощи и провоцируют суицидальную активность воинов. К ним относятся:

– проявление осуждения в форме возмущения;

– нетактичное выявление вины военнослужащего;

– необдуманная характеристика поступка и упрек;

– лишение военнослужащего поддержки со стороны всего коллектива;

– бойкот;

– изоляция от части (или всего) коллектива;

– предупреждение, возбуждение тревоги о наказании;

– жалобы родителям и вышестоящему командованию;

– злоупотребление и необоснованное использование приказной формы при оглашении распоряжений и заданий;

– несправедливое наказание и т.д.

**2.3 Профилактическая работа среди военнослужащих по предотвращению суицида**

В деятельности командиров, штабов, органов воспитательной работы, медицинских работников следует выделить три основных направления по предотвращению суицидов и суицидальных попыток в подчиненных воинских частях:

1. Общая профилактическая работа;

2. Профилактическая работа с военнослужащими, склонными к суициду;

3. Работа по выявлению и устранению причин совершенного суицида или суицидальных попыток.

Командиры и начальники, как правило, принимают активное участие в общей профилактической работе. Основной целью этой работы по предупреждению суицидальных происшествий является недопущение и предотвращение самоубийств военнослужащих.

Профилактическая работа по недопущению суицидальных происшествий осуществляется по следующим направлениям:

1. Необходимо обсуждать, какими способами можно разрешить сложные жизненные проблемы и конфликты;

2. При принятии решений необходимо учитывать выводы и рекомендации военных психологов. Лиц с кризисными состояниями, а также с признаками заболеваний направлять на медицинское обследование;

3. При планировании боевой и специальной подготовки предусматривать комплекс мер по повышению психической устойчивости личного состава, мероприятия по психологическому тренингу военнослужащих, обучению их приемам психологической само- и взаимопомощи в ходе занятий по боевой и специальной подготовке;

4. При проведении начальной военной подготовки вновь прибывшего пополнения обеспечить всесторонний учет уровня профессиональной и физической подготовки, психологических качеств, состояния здоровья каждого военнослужащего, руководствуясь при этом рекомендациями специалистов медицинской службы и военных психологов;

5. Установить индивидуальный контроль должностных лиц за подчиненными военнослужащими с неустойчивой психикой, отстающими в освоении военной специальности и физическом развитии, из неблагополучных семей, склонными к употреблению спиртных напитков (наркотиков), а также привлекавшимися ранее к уголовной ответственности;

6. Привести в строгое соответствие с требованиями общевоинских уставов и других нормативных актов, действующих в Вооруженных Силах, в пределах своей компетенции, объекты учебно-материальной базы, казарменного фонда;

7. Обеспечить строгое выполнение требований статьи 130 Устава гарнизонной и караульной служб: не допускать к несению боевого дежурства и караульной службы лиц, замеченных в употреблении наркотических веществ, совершивших попытки самоубийства.

8. Предоставлять военнослужащим возможность установления телефонной и почтовой связи с родными и близкими.

9. В пределах своих прав:

– постоянно изучать обстановку в подчиненных воинских коллективах, знать запросы и настроения личного состава;

– улучшить организацию досуга, создать необходимые условия для занятий физической культурой и спортом с учетом интересов военнослужащих. Проводить регулярные встречи и консультации со специалистами в области психологии, сексологии, наркологии, экологии, духовного и физического здоровья;

– обеспечить своевременность и полноту реализации решений и рекомендаций собраний военнослужащих, общественных советов и комиссий, действующих в воинских коллективах;

– создавать безопасные условия военной службы;

– всеми имеющимися средствами пресекать грубость и хамство, формировать здоровый морально-психологический климат среди подчиненных;

– осуществлять духовную поддержку, поощрение и чествование военнослужащих, разрешение межличностных конфликтов;

– соблюдать принципы социальной справедливости в служебных отношениях и при решении бытовых проблем организовывать досуг;

10. Считать работу по сохранению и укреплению психического здоровья подчиненных военнослужащих важной составляющей в деле профилактики суицидальных проявлений;

11. Необходимо правильно организовывать и проводить индивидуально-воспитательную работу с подчиненным личным составом. Одним из основных методов изучения психического здоровья подчиненных является организация с ними бесед, порядок проведения которых описан в специальной литературе.

12. При помывке личного состава в бане и во время медицинского обследования (осмотра) необходимо, соблюдая деликатность, обратить внимание на особенности строения тела и внешнего вида военнослужащих. Предметом насмешек сослуживцев и тягостных переживаний может служить избыточная полнота или чрезмерная худоба, а также мелкие физические недостатки (большой нос, кривые ноги и т.п.). Татуировки на теле могут отражать символику приобщения к криминальной среде, примитивное стремление к самоутверждению, к неподчинению или же инфантильность. Следы порезов (чаще на левом предплечье) могут быть следами суицидных попыток, «разрядок» внутреннего напряжения («чтобы успокоиться, увидев собственную кровь») или следами «обряда братания» в полукриминальной подростковой среде.

Следы инъекций на предплечьях, между пальцев, в подмышечных впадинах, на бедрах, особенно по ходу вен, которые указывают на использование внутривенных вливаний наркотических веществ. Признаком злоупотребления наркотиками могут также быть бледность или желтушность кожных покровов, покраснение лица, характерные алые губы на бледном лице («маска клоуна»), широкие или узкие зрачки, дрожание кистей, потливость, слюнотечение, коричневый налет на языке, шаткость походки. Следы повреждений (кровоподтеки, ссадины) должны привлечь внимание к фактам нарушения правил уставных взаимоотношений между военнослужащими в подразделении;

13. При установлении в ходе первичной беседы, последующего наблюдения в период прохождения военной службы или по данным имеющейся документации подозрения о наличии у военнослужащего каких-либо психических отклонений необходимо в установленном порядке направить его к врачу воинской части, который после всестороннего обследования организует консультацию врача-психиатра (психоневролога) для установления диагноза, назначения лечения и при необходимости освидетельствования на предмет определения годности к военной службе.

Решающее значение в предупреждении суицидальных происшествий имеет общая профилактика суицидального поведения военнослужащих, которая составляет комплекс мероприятий организационного и содержательного характера, направленный на ослабление и устранение социальных и социально-психологических детерминант суицида. Он включает:

– правильное и четкое планирование и организацию повседневной жизни, учебы и службы военнослужащих, их быта и досуга;

– организацию мероприятий психогигиенического и психопрофилактического характера, обеспечивающих сохранение психического здоровья военнослужащих;

– обеспечение социальной и правовой защищенности военнослужащих, соблюдение их конституционных прав;

– предупреждение неуставных взаимоотношений в воинских коллективах.

Как показывает анализ, только каждый десятый из тех, кто добровольно ушел из жизни, имел твердое желание умереть, у остальных суицид – это крик о помощи, и трагедия свидетельствует о том, что этот крик не был услышан ни командиром, ни товарищами по оружию.

Настораживает и тот факт, что сводят счеты с жизнью не только солдаты, замученные дедовщиной, но и офицеры – на их долю приходится более 30% самоубийств.

Военные медики, психологи, социологи выявили такую картину: среди причин суицида на первом месте (около 40%) личные неприятности и связанные с ними душевные переживания (голодное существование семьи, болезнь и смерть близких, измена любимой девушки, жены, развод, половая несостоятельность и др.).

На втором месте (около 35%) – служебные неприятности и тяготы военной службы (конфликты, связанные с трудностями привыкания, конфликты между военнослужащими разных периодов службы, проявления пресловутой дедовщины, не сложившиеся отношения между начальниками и подчиненными, на национальной почве и др.).

На третьем месте (около 10%) – конфликты, связанные с антисоциальным поведением (страх перед уголовной ответственностью, боязнь огласки своих неблаговидных поступков).

На четвертом месте (около 5%) – ухудшение состояния здоровья (психические, соматические заболевания, физические недостатки).

На последнем месте – другие причины, обычно связанные с материально-бытовыми проблемами.

Решающее значение в предупреждении суицидальных происшествий имеет общая профилактика суицидального поведения военнослужащих, которая составляет комплекс мероприятий организационного и содержательного характера, направленный на ослабление и устранение социальных и социально-психологических детерминант суицида. Он включает:

– правильное и четкое планирование и организацию повседневной жизни, учебы и службы военнослужащих, их быта и досуга;

– организацию мероприятий психогигиенического и психопрофилактического характера, обеспечивающих сохранение психического здоровья военнослужащих;

– обеспечение социальной и правовой защищенности военнослужащих, соблюдение их конституционных прав;

– предупреждение неуставных взаимоотношений в воинских коллективах.

**3. Профилактика суицидального поведения**

##### 3.1 Психологическая диагностика суицидального поведения

Несмотря на разнообразие методов диагностики суицидального поведения, точная регистрация суицидальных намерений пока невозможна, так как психологи не могут охватить вниманием все ситуации, которые могут спровоцировать суицид. Кроме того, личность человека, его психические состояния – это, во многом, тайна, загадка.

И все же необходимость решать эту общественно значимую проблему всеми доступными способами заставляет искать, прежде всего, диагностические пути, позволяющие, прежде всего, выявить «группу риска возникновения суицидального поведения». Особенно важна такая работа в отношении молодых людей, подростков. Хайкина М.В. пишет: «Анализ вариантов суицидального поведения позволяет сделать вывод, что подростки, совершающие попытку самоубийства, имеют личностные особенности, располагающие в определенных ситуациях к подобному типу поведения. Поэтому в психологии важно разработать пакет диагностических методов, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую помощь».

Обычно психологи включают в диагностические батареи известные, хорошо зарекомендовавшие себя методики и тесты, позволяющие исследовать глубинные тенденции и потребности личности. Выбирают обычно проективные методики, такие как ТАТ (тематический апперцептивный тест), Тест Г. Роршаха (цветные пятна), тест Розенцвейга, позволяющий исследовать уровень социальной дезадаптации и характер реагирования в затруднительных ситуациях. Часто исследователи предпочитают пиктограммы.

Кроме перечисленных методик психологи и психотерапевты используют различного рода приемы и процедуры, позволяющие проверить эффективность проведенной психотерапевтической работы. Например, В. Франкл предлагал пациентам расположить значимые события в прошлом и предполагаемые в будущем на прямой, символизирующей жизнь. Отказ человека отметить события будущего считался тревожным признаком.

Необходимость решения скрининговых задач приводит к тому, что методики должны быть компактными, давать возможность быстрой обработки большого количества результатов. Хайкина М.В. предлагает свою диагностическую батарею, включающую опросник «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка и метод незаконченных предложений. Опросник Г. Айзенка дает возможность выявить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности, то есть тех состояний, которые с большой вероятностью могут сопровождать потенциального и реального суицидента.

При обработке результатов по тесту Г. Айзенка имеются в виду следующие характеристики:

* личностная тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги;
* фрустрация – психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели;
* агрессия – повышенная психологическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям;
* ригидность – затрудненность в изменении намеченной субъектом деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Для подтверждения валидности созданного пакета методик Хайкина М.В. провела сравнительное исследование группы девушек 16–17 лет, предпринявших 2–3 года назад попытку самоубийства, и девушек такого же возраста, не совершавших суицидальной попытки.

Таблица 1. Сравнение среднебалльных показателей по шкалам в группе суицидентов и в контрольной группе

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкала | Средний балл | | Разница (балл) |
| Группа суицидентов | Контрольная группа |
| Тревожность | 11,3 | 8,4 | 2,9 |
| Фрустрация | 10,4 | 8,1 | 2,3 |
| Агрессия | 10,9 | 11,5 | -0,6 |
| Ригидность | 12,5 | 11,0 | 1,5 |

Как свидетельствует Таблица 1 наибольшие различия между группами получены по шкалам тревожности. Это говорит о том, что суициденты характеризуются более низким порогом возникновения реакции тревоги, чем подростки из контрольной группы. По шкале фрустрации также были выявлены значимые различия. В группе суицидентов уровень фрустрации существенно выше. Таким образом, наиболее информативными показателями являются тревожность и фрустрация. В то же время, Хайкина М.В. отмечает, что данная модификация опросника не предоставляет возможностей для однозначного заключения о склонности к суициду

На втором этапе диагностической работы Хайкина М.В. предлагает использовать метод «незаконченные предложения», который является проективной методикой, позволяющей направленно выяснить отношение испытуемого к окружающему и некоторые личностные установки. Испытуемый должен продолжить следующие предложения:

1) «Завтра я…»;

2) «Когда я закончу школу…»;

3) «Наступить день, когда…»;

4) «Я хочу жить, потому что…».

При обработке результатов психологу необходимо обращать внимание на особенности восприятия подростками окружающего и на наличие или отсутствие осознанного стремления к сохранению жизни. Эти предложения позволяют выявлять как особенности планирования своей жизни подростком, так и наличие у него осознанного стремления жить. Опыт использования данных незаконченных предложений показывает, что, несмотря на прошедшие 2–3 года после попытки суицида, у подростков-суицидентов сохраняется характерная особенность мировосприятия, негативное отношение к окружающему. Большинство из них стремится порвать с настоящим, но при этом не может сформулировать пути достижения выхода из неблагоприятной ситуации. Следовательно, можно говорить о том, что адаптация после попытки самоубийства произошла не полностью, и риск суицида по-прежнему существует. В отличие от суицидентов, большинство подростков из контрольной группы демонстрировали оптимистическое восприятие окружающего и их планы на будущее, не отвергали настоящее, а являлись его логическим продолжением.

##### 3.2 Психотерапевтическая и консультативная помощь

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной или скрытой форме. Всегда есть опасность, что слабо выраженная депрессия может перейти в острую с суицидальными намерениями. Психотерапевт или консультант тоже человек со своими предубеждениями и заблуждениями. Часто начинающие специалисты пренебрегают информацией о суицидальных намерениях клиента, не могут сопережить или понять его готовности совершить самоубийство, даже если клиент прямо или косвенно высказывает такое намерение. Р. Кочюнас утверждает: «Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них».

Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Кеннеди указывает на несколько критериев риска:

1. Одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет;
2. Лица, живущие одни;
3. Алкоголики;
4. Люди, перенесшие утрату;
5. Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания

Отмечается два условия, способствующих попыткам самоубийства. Первое – увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе – неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Обычно решение покончить с собой в острой форме возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства приходится на вершину экзистенциального кризиса. Многие психотерапевты и консультанты отмечают, что важной чертой самоубийцы является амбивалентность. Она затрудняет распознавание истинных намерений окружающими. Часто можно слышать: «Не похоже на самоубийство. Вчера у него было хорошее настроение». Консультант, встречающийся с клиентами, имеющими суицидальные намерения, прежде всего, обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.

Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве. Встретившись с депрессивным клиентом, высказывающим суицидальные намерения, очень важно оценить риск их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента. Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы. Прямо спрашивать: «Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?» – неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию. Эффективна тактика постепенного расспроса. Например:

Консультант: Как идут дела?

Клиент: (пожимает плечами)

Консультант: Не все хорошо?

Клиент: (трясет головой)

Консультант: Грустно?

Клиент: (кивает головой)

Консультант: Все кажется безнадежным?

Клиент: Да

Консультант: Жизнь иногда кажется бессмысленной?

Клиент: Иногда

Консультант: Часто ли Вы думаете, что хотели бы умереть?

Клиент: Большую часть времени

Консультант: Возникает желание покончить с жизнью?

Клиент: Иногда

Консультант: Обсуждали ли Вы, как это сделать?

Клиент: Еще не зашел так далеко.

Такая постепенность опроса дает возможность точнее узнать, как далеко зашел клиент в своих мыслях о смерти. Основатель логотерапии В. Франкл предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство.

Существуют определенные правила консультирования лиц с суицидальными намерениями:

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться;
2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты его жизни;
3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию. Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и не слышит;
4. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей);
5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние;
6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности – информировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации;
7. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства;
8. Консультант должен помнить, что не всегда удается воспрепятствовать самоубийству;
9. Консультант обязан подробно в письменной форме документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

Во время первого контакта после неудавшегося самоубийства на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие «самоубийцы-неудачника». Человек, испытавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент «пробуждения» – начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое «воздействие» будет вписано в «чистый лист» сознания клиента. Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. От консультанта, встречающегося с таким клиентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность консультанта. После попытки самоубийства клиент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние консультанта. В первой фазе не следует обсуждать основной конфликт. Лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Само консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и безнадежности. Фаза выздоровления начинается, когда клиент может возвратиться в свое прежнее окружение. Далее могут возобновиться суицидальные намерения, так как проблема неудачливого суицидента связана именно с ближайшим окружением. Поэтому необходимо работать с семьей суицидента. Вообще попытка самоубийства – существенная причина для изменения в семейной жизни, точнее говоря, такие изменения становятся неизбежными. Только перемена условий жизни по-настоящему лечит.

Руководитель известной клиники в США В. Меннингер предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства клиента:

1. Мировоззренческие установки:

* специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает клиент вне стен терапевтического кабинета;
* самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
* нельзя предотвратить самоубийство, если клиент действительно принял решение.

1. Тактика при консультировании клиентов с суицидальными намерениями:

* необходима бдительность и готовность к неудаче;
* в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
* необходимо обсудить с коллегами самоубийство клиента как возможный вариант выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь клиента и помочь ему найти другие пути выхода из кризиса.

1. Как реагировать на самоубийство клиента:

* исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
* вы обретаете потрясающий опыт;
* не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

1. Преодоление последствий самоубийства клиента:

* скорбь – естественная реакция, и все переживают ее одинаково;
* говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
* позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
* помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутым врасплох.

##### 3.3 Комплексная медико-психологическая реабилитация как возможность профилактики суицидального поведения

Ввиду недостаточной ясности причин, факторов, механизмов суицидального поведения и его несомненной взаимосвязи с другими видами девиантного поведения, возможно использование комплексных программ реабилитации и реадаптации для людей, относящихся к «группам риска развития суицидального поведения». Эти программы направлены на поддержание общего тонуса клиентов, сохранение и развитие круга общения, установление новых контактов, являющихся мощным средством, удерживающим в жизни; а также развитие социальных навыков, отработку травматичных переживаний, личностный рост.

Очевидно, что в таких программах нуждаются, прежде всего, самые уязвимые слои населения: дети, подростки, военнослужащие с ПТСР, инвалиды и т.д.

Приведем в качестве примеров две программы, направленные, в конечном итоге, на профилактику суицидального поведения. Одна из них предназначена для детей и подростков, и охватывает значимые сферы жизни ребенка. Другая предназначена для военнослужащих, возвратившихся из районов боевых действий.

Морозова Н.В и Овчинникова М.Н. сформулировали основные положения программы комплексной медико-психологической помощи и поддержки детского населения. Основное внимание в этой программе уделяется профилактике.

Морозова М.В и Овчинникова М.Н. пишут: «Создание комплексной медико-психологической службы, доступной основной массе детского населения страны – реальный шаг на пути оздоровления подрастающего поколения. Генеральная направленность деятельности службы – психогигиеническая – определяется характером поставленной задачи всемерно содействовать охране и укреплению психического здоровья детей и подростков. Отличительной особенностью работы службы является трехдисциплинарный подход: психолого-педагогический, медицинский, социальный, то есть работа осуществляется совместными усилиями специалистов различного профиля: психологами, медицинскими и социальными работниками в тесном контакте с педагогическим коллективом учебного заведения и родителями».

Можно выделить два основных направления работы:

1. Оптимизация условий обучения и воспитания, способствующих полноценному развитию личности ребенка посредством воздействия на основные сферы межличностного взаимодействия учащихся (в первую очередь, семью, учебную группу – класс и педагогический коллектив) с целью оказания психолого-педагогической и социальной поддержки в плане предотвращения, устранения или ограничения негативных влияний ближайшего окружения на личность ребенка, процесс его развития;
2. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний, аномалий психического и личностного развития учащихся.

Основная деятельность по этой программе – психопрофилактическая. В самом общем виде, главная цель данного направления состоит в устранении факторов, оказывающих патогенное влияние на психику ребенка, и использовании факторов, обладающих положительным, саногенным воздействием.

Это, в первую очередь, оздоровление психосоциальной среды развития ребенка, то есть работа с родителями, педагогами.

Кроме этого, оказывается разносторонняя специализированная помощь родителям – в плане коррекции воспитательских установок, нарушений в семейном общении: педагогам – относительно проблем профессионального, личностного порядка, предупреждения психоэмоциональных перегрузок. Особо следует выделить программы работы с так называемыми «проблемными», то есть социально неблагополучными семьями.

Для детей и подростков проводятся групповые социотренинги, направленные на снятие синдрома тревожности, агрессивности, затруднений в общении, коррекции неадекватной самооценки, низкого социального статуса и других нарушений взаимоотношений со старшими, сверстниками. Эти программы, в сочетании с индивидуализированными программами аутотренинга, аутогенных тренировок, суггестивных программ по преодолению дурных привычек, коррекции негативных социальных установок, призваны внести весомый вклад в дело профилактики трудновоспитуемости, девиантного поведения, поскольку хорошо известно, что генезис отклоняющихся форм поведения тесно взаимосвязан с процессом деформации социальных связей и отчуждения детей, подростков от основных институтов социализации, и потому одной из важнейших задач психолого-педагогичесгой поддержки является преодоление этого отчуждения, включение подростка в систему общественно значимых отношений, благодаря чему он сможет успешно усваивать позитивный социальный опыт.

Практика показывает, что экзаменационные ситуации нередко являются причиной невротических срывов у детей, а в исключительных случаях и суицидальных попыток. Для преодоления негативных последствий так называемого «экзаменационного» стресса требуется осуществление превентивных мер по повышению стрессоустойчивости школьников, к числу которых относится, в частности, обучение их рациональным способам снятия психоэмоционального напряжения в проблемных ситуациях.

Основой для реализации индивидуального подхода, а также для решения другой актуальнейшей психопрофилактической задачи – обеспечить своевременное выявление нервно-психических, психосоматических нарушений, дефектов интеллектуального и личностного развития школьников – является диагностика состояния психического здоровья и особенностей психического развития учащихся.

Медицинская диагностика предполагает проведение общесоматического и психоневрологического обследования школьников с целью выявления среди них лиц с психоневрологическими, психосоматическими расстройствами, а также контингента группы риска развития подобного рода патологии.

Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В. приводят программу также комплексного характера, направленную на преодоление дезадаптаций у военнослужащих, выводимых из мест боевых действий, вообще, и на профилактику суицидального поведения, в частности. Она разработана на основе психологических трудов А.Г. Караяни. Приведем краткое содержание данной программы.

Цель: провести комплексное психодиагностическое обследование, направленное на выявление лиц с глубокими личностными нарушениями, комплексом поведенческих расстройств, суицидальными тенденциями, входящими в группу повышенного риска. Провести комплекс коррекционных мероприятий, направленный на предотвращение суицидального поведения, дазадаптивного поведения, нарушений Устава.

Проведение комплекса коррекционных мероприятий включает в себя индивидуальное консультирование, групповую терапию, сеансы релаксации.

Задачи:

* Провести первичную диагностику военннослужащих, прибывших из района боевых действий;
* Выделить группу риска;
* Провести углубленную диагностику лиц, входящих в группу риска;
* Обработать результаты вторичной диагностики;
* На основании полученных результатов провести коррекционную работу по двум направлениям:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Индивидуальные консультации для военнослужащих:  а) с личностными расстройствами; б) невротическими симптомами; в) глубокой дезадаптацией; г) суицидальными тенденциями. | 2. Групповая терапия для военнослужащих с:  а) нарушениями поведения; б) социальной дезадаптацией. |

1-Й ЭТАП:

Цель: групповая диагностика военнослужащих, прибывших из мест боевых действий. Выделение групп риска.

Форма проведения: групповая диагностика.

Изучается: невротичность, спонтанная агрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, открытость, экстраверсия, интроверсия, эмоциональная лабильность, мускулизм, феминизм.

Выделяются следующие критерии для отнесения к группам риска:

Нарушения поведения: высокий уровень спонтанной агрессивности; высокий уровень реактивной агрессивности; низкий уровень открытости; высокий уровень невротичности. Нарушения эмоциональной сферы: высокий уровень раздражительности; высокий уровень интраверсии; низкий уровень мускулизма – высокий феминизма.

Высокий риск возможности суицидального поведения: очень высокие или очень низкие значения по шкале эмоциональная лабильность плюс ярко выраженные в личностном профиле эмоциональные и поведенческие нарушения, описанные выше.

Описанные критерии позволяют выделить группу военнослужащих, нуждающихся в углубленной диагностике и проведении коррекционной работы. Для выделения основных направлений коррекционной работы проводится второй этап диагностики.

2-Й ЭТАП:

Цель: углубленная психодиагностика как основа дальнейшей коррекционной работы.

Задачи: обследовать группу риска с выраженными суицидальными тенденциями, глубокими личностными расстройствами и нарушениями поведения.

Форма проведения: групповая диагностика

Критерии для направления на индивидуальную или групповую коррекционную работу: высокий уровень личностной тревоги, высокий уровень ситуативной тревожности, наличие интернального локуса контроля, аутоагрессия, застревающий тип акцентуации характера со склонностью к задержке аффекта, при одновременном наличии циклотимической и эмотивной акцентуации характера, высокий уровень депрессии.

При совпадении личностных характеристик с описанными критериями необходимым становится проведение индивидуальной и групповой коррекционной работы.

3-Й ЭТАП:

Цель: проведение индивидуальной и групповой коррекционной работы.

Причем для людей с ярко выраженным интернальным локусом контроля в большей степени полезной окажется индивидуальная терапия, для военнослужащих с экстернальным локусом контроля – групповая терапия.

На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы. Люди, совершающие попытку самоубийства, имеют личностные особенности, располагающие в определенных ситуациях к подобному типу поведения. Как правило, человек, дошедший до «кондиции» – человек, находящийся в глубокой депрессии, считающий себя неудачником и ничтожеством. Желание решить проблему перерастает в более «важную» цель: избавить мир (семью) от такого бесполезного существа. Поэтому в психологии важно разработать пакет диагностических методов, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую помощь. Диагностически значимыми показателями, связанными с повышенной вероятностью возникновения суицидального поведения являются тревожность, фрустрация, агрессия и ригидность. При высоком риске суицидального поведения показано психологическое консультирование и психотерапия, важнейшим результатом которых для клиента является понимание и чувство, что он услышан и не одинок. Также замечено, что чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство. Возможна работа с «группами риска развития суицидального поведения» по специальным программам реабилитации и реадаптации, направленным, прежде всего на развитие общения, взаимопонимания, новых социальных контактов, навыков, преодоление стрессовых состояний.

**Заключение**

Неуклонный рост случаев самоубийств, как и попыток к их совершению, наблюдаемый в большинстве стран мира, ставит данную проблему на одно из ведущих мест в современной науки. Проблема суицидов в разные возрастные периоды находится в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей, тем более, что значительно увеличилось число суицидальных действий среди лиц молодого возраста.

Самоубийство однозначно является нежелательным социальным явлением современной казахстанской действительности. На самоубийство принято смотреть как на поступок, продиктованный отчаянием, безысходностью или болезнью. А на суицидентов – как на людей, остро нуждающихся в помощи специалистов разного профиля, и, прежде всего, психологов. Многовековое осмысление феномена самоубийства привело к возникновению разнообразных психологических подходов и практических методов работы с людьми с суицидальным поведением.

К психологическим подходам можно отнести антропологический подход, собственно психологический подход, имеющий истоками психоанализ, психопатологический подход, социально-психологический подход. Психологические объяснения всегда дополняются социологическими и культурологическими.

Очевидно, что у суицида, как и у любого поступка, есть причины. Только они не всегда ясны людям, окружающим суицидента. Основными причинами суицидов можно назвать страх перед наказанием, душевную болезнь, неблагополучие дома и на работе, страсти и аффекты, денежные потери и нищету, пресыщенность жизнью, соматические заболевания. Избираемый самоубийцами способ ухода из жизни зависит от многих факторов: культурных, характерологических, ситуативных. Но самый популярный способ суицида в мире – повешение.

На развитие суицидального поведения влияет множество факторов, и, часто, не ясно, какой из них оказался решающим. К суицидогенным факторам можно отнести: психологические, экологические, экономические, социальные, культурологические.

Люди, совершающие попытку самоубийства, имеют суицидогенные личностные особенности, проявляющиеся в соответствующих ситуациях. Поэтому в психологи разных специализаций разрабатывают разнообразные пакеты и батареи диагностических методов, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую или консультативную помощь индивидуально или в группе. Диагностически значимыми показателями, связанными с повышенной вероятностью возникновения суицидального поведения являются тревожность, фрустрация, агрессия и ригидность.

Если риск суицидального поведения высок, то показано индивидуальное психологическое консультирование или психотерапия, важнейшим результатом которых для клиента является понимание и чувство, что он услышан и не одинок.

Для того чтобы психологу как можно реже работать с неудавшимися самоубийцами, необходимо осуществлять превентивную работу с «группами риска развития суицидального поведения» по специальным программам реабилитации и реадаптации, направленным, прежде всего на развитие общения, взаимопонимания, новых социальных контактов, навыков, преодоление стрессовых состояний.

С увеличением количества специалистов-психологов и развития технологий работы с клиентами, проблемы возникновения риска суицидального поведения становятся более разрешимыми.

**Список использованной литературы**

1. Аванесов С.С. Введение в философскую суицидологию. Томск: Изд-во Томского университета, 2000. 122 с.
2. Аванесов С.С. К вопросу о психологическом аспекте суицида // Психологический универсум образования человека ноэтического: Материалы международного симпозиума. Томск: Изд-во ТГУ, 1998. С. 13–16.
3. Аванесов С.С. Культура и самоубийство // Дефиниции культуры. Вып. 3. Томск: Изд-во ТГУ, 1998. С. 20–21.
4. Аванесов С.С. Самоубийство в примитивной культуре // Дефиниции культуры. Вып. 4. Томск: Изд-во ТГУ, 1999. С. 16–19.
5. Актуальные проблемы суицидологии // Сб. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 78; 1981. – Т. 92
6. Алданов М. Самоубийство. М.: Панорама, 1993. 414 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
8. Алиев И.А. Актуальные проблемы суицидологии. Баку, 1987.
9. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – №4
10. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980
11. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. 1987. №6. С. 52–60.
12. Арефьева Т. Социологический этюд. М., 1998. 205 с.
13. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 1994
14. Бердяев Н.Г. О самоубийстве. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992.
15. Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы /Социологические исследования №5, 2002.
16. Бойко И.Б. Самоубийство и его предупреждение. – Рязань, 1997
17. Бойко О.В. Мифология суицида // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004 г. – т. 7, №2. с. 138–159
18. Булацель П.Ф. Самоубийство с древнейших времён до наших дней: Исторический очерк философских воззрений и законодательств о самоубийстве. Изд. 2-е. СПб., 1900. 206 с.
19. Буранов С. Психология отклоняющегося поведения военнослужащих // Ориентир. -2005. №6.
20. Волков Ю.Г., Добреньков В.И., Нечипуренко В.Н., Попов А.В. Социология: Учебник / Под ред. проф. Ю.Г. Волкова: – М.: Гардарики, 2000. – 474 с.
21. Гилинский Я.И. Самоубийство (суицид) // Российская социологическая энциклопедия / Под. ред. Г.В. Осипова. М.: НОРМА-ИНФРА, 1999. С. 457–458.
22. Гилинский Я.И., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологические основы суицидологи. – СПб., 1999
23. Глэддинг С. Психологическое консультирование. – СПб, 2002
24. Горин К. Самоубийство…Убийство? // Газета «Аргументы и факты» – 1996- №17
25. Давыдов А.А. Модульный анализ и конструирование социума. М.: ИС РАН, 1994.
26. Давыдов А.А., Чураков А.Н. Модульный анализ и моделирование социума. М.: ИС РАН, 2000.
27. Девиантность и социальный контроль в России (XIX–XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Научное издание. – СПб.: Алетейя, 2000.
28. Дмитриков С. Психологические особенности суицидального поведения военнослужащих и его профилактика // Ориентир. – 2006. №9.
29. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / Пер. с франц. А.Н. Ильинского. СПб.: Союз, 1998.
30. Жезлова Л.Я., Скуратович Г.А., Чомарян Э.А. О соотношении некоторых видов девиации поведения и суицида в детско-подростковом возрасте // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии / 1981. Т. 92. С. 133–141.
31. Жезлова Л.Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии. Т. 92 / Отв. ред. В.В. Ковалев. М., 1981. С. 124–133.
32. Захаров В.И., Стрельников А.А., Цыган В.Н*.* Клинико-патофизиологические особенности периода реабилитации у раненых // Общая патология боевой травмы. – СПб, 1994. – 145 c.
33. Зимановская Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) уч. Пос. для студ. Высшего уч. Зав.: – 2-е изд. М.: издательский центр «Академия», 2004 – 288 с.
34. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. – М., 1998

Караяни А.Г. Психологическая работа в боевой обстановке. Самара., 1997, С. 52.

1. Комер Р. Патопсихология нарушения и патологии психики. – Спб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002
2. Кондричин С.В. Региональная дифференциация электоральных установок, уровня самоубийств и смертности от насильственных причин: к вопросу об этногенезе социального поведения // Социологический журнал. 2000. №3/4. С. 98–117.
3. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999
4. Красненкова И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида // Вестник Московского Университета, сер. 12, Политические науки, 1998, №6, 18–33
5. Красненкова И.П. Качество веры как решающий аргумент в решении проблемы преодоления сознательного суицида. // «Идея смерти в российском менталитете». – СПб: Изд-во «Русский гуманитарный христианский институт», 1999 г.
6. Красненкова И.П. Философский анализ суицида. // «Идея смерти в российском менталитете». – СПб: Изд-во «Русский гуманитарный христианский институт», 1999 г.

Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал, 1999, Т.20, №5;

1. Лихачёв А.В. Самоубийство в Западной Европе и европейской России: Опыт сравнительно-статистического исследования. СПб., 1882. Х, 252 с.
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – М., 1983
3. Луначарский А.В. Самоубийство и философия // Самоубийство: Сборник статей. М., 1911. С. 67–92.
4. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: учебник. – М.: Гардарики, 2005. – 269 с.
5. Масагутов Р.М. Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков // Вопросы психологии. – 2003 г. – №3

Мещенина Т., Пашилова О. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов // Прикладная психология и психоанализ, 2003, №4;

Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал, 2004, Т.25, №3;

1. Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военносужащих. М., 1995
2. Морозова М.В., Овчинникова М.Н. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994
3. Мягков А.Ю. Обеспечение анонимности в социологическом опросе: аналитический обзор зарубежных исследований // Социологические исследования. 1999. №5. С. 107–114.
4. Мягков А.Ю. «Запечатанный буклет»: альтернативный метод сбора данных в опросах по сенситивной проблематике // Социологический журнал. 2001. №4. С. 14–30.
5. Мягков А.Ю. Социально-демографические переменные в социологическом исследовании: Проблемы достоверности самоотчетов респондентов. М.: Флинта, Наука, 2002.
6. Наенко Н.И. Психическая напряженность. – М.: МГУ, 1976. – 112 с.
7. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности // Труды Воен.-мед. акад. – СПб., 1994. – Т. 235. – С. 8–17.
8. Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Мат-лы Всерос. школы-семинара «Национальные отношения и современная государственность». Йошкар-Ола, 28–29 июня 2000 г. Вып. 2. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т., 2000. С. 88–93.
9. Ольхин П. О самоубийстве в медицинском отношении. СПб., 1859. 451 с.
10. Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия: Методические рекомендации / Карвасарский Б.Д., Алексеева Д.А., Ташлыков В.А. и др. – Л., 1990. – 18 с.
11. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М.: Новое литературное обозрение, 1999. 252 с.
12. Платонов Ю.П. Социальная психология поведения. – СПб.:Питер, 2006, – 464 с.

Подоляк Я.В. Практические вопросы военной психологии. М., 1987.

1. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий.: Дисс. …канд. психол. наук, М., 1992. -214 с.
2. Проблемы суицида. Лучшие рефераты по социологии / сост. О.А. Нор-Аревян. – Ростов-н/Д, 2001
3. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979–1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. Институт социологии. – М., 1995. – 139 с.
4. Психология и психоанализ характера / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара, 1998
5. Радугин А.А., Радугин К.А. Социология: курс лекций. – М.: Центр, 2000.
6. Райс Ф. Психология подростка. – СПб, 2000
7. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В. Программа коррекционной работы с дезадаптивными военнослужащими. – Ростов-на/Д, 2003
8. Сладков Л.С. Плюс Минус жизнь. – М.: Мол. Гвардия, 1990.
9. Смидович С.Г. Самоубийства в зеркале статистики // Социолог.

исследования. 1990. №4.

Соловьев И. Жизнь после войны: работа со страхом // Солдат удачи. 1999, №9.

1. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социологические исследования. 2003. №2. С. 104–114.
2. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотрапия. М.: 2005.
3. Суицидология: Прошлое и настоящее: Сб. статей / Сост. А.Н. Моховиков. – М., 2001
4. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. №2.
5. Телефон доверия в системе социально-психологической службы. – М., 1988 г.
6. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. №6. С. 19–29.
7. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. А.А. Портнов. 1978. Т. 82. С. 59–73.
8. Трегубов Л.З., Вагин Ю.С. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993.
9. Франкл В. О смысле жизни. – Самара, 1996
10. Фрейд З. Печаль и меланхолия. СПб, 2007
11. Фрейд З. О психоанализе. Психология бессознательного. – СПб, 2007
12. Хайкина М.В. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994;
13. Хорев Б. Современная демографическая ситуация в России и ее оценка. «Ротс»: М., 2006, 189 с.
14. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. Изд. 2-е. – М., 2001. – с. 165–166
15. Шанин В.Ю., Стрельников А.А. Типические патологические процессы периода реабилитации после ранений и пребывания в условиях боевой обстановки // Раневая болезнь и медицинская реабилитация. – СПб.: Глаголъ, 1995. – С. 116–120.
16. Шейнис Л.К. К истории самоубийства // Русская Высшая Школа общественных наук в Париже: Лекции профессоров. СПб., 1905. С. 85–111.
17. Шифферс Е. Отношение христианства к самоубийству // Искусство кино. 1991. №9. С. 3–7.
18. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., 1997.
19. Юдин Б.Г. Возможно ли рациональное самоубийство? // Человек. 1992. №6. С. 41–52.
20. Юдин Б.Г. Право на добровольную смерть: против и за // О человеческом в человеке. М.: Политиздат, 1991. С. 247–261.
21. Юм Д. «О самоубийстве», М, 1996 год.
22. Янкелевич В. Смерть. М.: Литературный институт им. А.М. Горького, 1999. 448 с.