# Департамент образования Вологодской области

**ГОУ СПО «Тотемский педагогический колледж»**

**Выпускная квалификационная работа**

**По дисциплине: Теория, методика и практика социальной работы**

**на тему:**

**«Специфика социальной работы с людьми, склонными к суицидальному поведению»**

специальность 040101 Социальная работа

(заочная форма обучения)

Тотьма

2008

Современные средства массовой информации в нашей стране отличает значительная тенденциозность в преподнесении материала по суицидальной статистике, связанная с политической ориентацией изданий, например, “Известия” и “Советская Россия” акцентирует внимание на суициде в среде рабочих, объясняя их социальной напряженностью из-за невыплаты зарплат, однако объяснить самоубийство акад. В. А. Легасова (1988) или ночной выстрел в кабинете директора Федерального ядерного центра в Снежинске Владимира Нечая (1996) с позиций социального детерминизма оказывается гораздо труднее.

Загадка суицидального поведения – это область, в которой может и должна проявить себя современная философская теория, учитывая, конечно, достижения исследователей во всех возможных аспектах данного мрачного явления.

Нужно отметить, что многие работы исследователей характеризуются излишней практичностью. Действительно, изучаемый объект не абстрактен, но реален, и если опираться на статистику, эта реальность ужасает.

Загадка смерти всегда будет волновать человечество: вряд ли возможно и однозначное мнение относительно самоубийства. Наверное, и в самом гуманном обществе обстоятельства будут приводить людей к опасной черте. Но, опираясь на неповторимую ценность каждой человеческой жизни, общество может помочь любому выработать жизнеутверждающее мировоззрение, проникнуться верой в великое предназначение человека.

**Проблема исследования:** число людей склонных к суицидальным наклонностям не уменьшается, а растет.

**Объект исследования:** суицидальное поведение людей.

**Предмет исследования:** решение проблемы суицидального поведения людей специалистом по социальной работе.

Учитывая вышеизложенное, **цель** данной выпускной квалификационной работы рассмотреть проблему суицида, показать необходимость и возможность работы социальных служб с людьми склонными к суицидальному поведению.

**Задачи:**

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Оценить девиантный характер суицида.
3. Рассмотреть фазы, типы суицида и категории самоубийц.
4. Обозначить основные факторы суицидального поведения, оказывающие влияние на человека.
5. Определить направления в работе социальных служб.
6. Указать самые распространенные рекомендации в работе с суицидальным поведением.

**Гипотеза:** Если подобрать оптимальные пути решения по преодолению суицидального поведения, ***то*** это будет способствовать сокращению числа самоубийств.

В теоретической части раскрыто следующее:

# Раскрыто понятие «суицид»

# Определены категории самоубийц. Фазы и типы самоубийств

# Охарактеризованы основные факторы суицидального поведения, оказывающие влияние на человека

# Изучены направления в работе социальных служб

# Проанализирована проблема суицидального поведения в Вологодской области.

**Суицид** – это умышленное лишение себя жизни.

**Самоубийство** – это результат социально – психологической дезадаптации личности в условиях современного общества.

Практическая часть исследования заключается в следующем:

Базой исследования мы выбрали 11 общепсихиатрическое мужское отделение ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница».

В исследовании приняли участие 8 человек, которые были выбраны из 75 пациентов отделения. Возраст от 28 до 48 лет. Отбор осуществляется совместно с заведующей отделения и психологом. В группу вошли пациенты у которых в анамнезе отмечены суицидальные попытки и суицидальные мысли.

Для исследования мы выбрали два направления работы, с помощью которых хотим добиться подтверждения гипотезы.

**Первое направление** – диагностическое.

С помощь диагностики мы проследим и проанализируем динамику изменений.

Мы будем использовать следующие методики: «Опросник депрессии Бека», «Тест смысложизненных ориентаций (Д.А.Леонтьев), «Диагностика ригидности» (Г.Айзенк), «Шкала эмоциональной возбудимости» (авторы адаптации Рукавишников А.А, Соколова М.В.).

**Второе направление** – профилактическое направление.

С помощью, которого мы собираемся провести закрепление несуицидальных форм поведения. Для формирования устойчивой антисуицидальной позиции, мы используем программу проведения социально-психологических тренингов в сочетании с индивидуальным консультирование [Приложение 1]. Наше исследование будет состоять из 5 этапов:

**Первый этап** – на нем мы выберем группу людей склонных к суицидальному поведению, с которыми мы собираемся проводить профилактику и коррекцию суицидальных наклонностей.

**Второй этап** будет заключаться в реализации диагностического направления для выявления личностных особенностей пациентов участвующих в исследовании.

**Третий этап** – изучение методов и форм работы с людьми склонными к суицидальному поведения применяемыми в 11 отделении ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница». Анализ деятельности полипрофессиональной бригады, в состав которой входят врач, психолог, социальный работник.

**Четвертый этап** – предусматривает организацию профилактического направления по коррекции суицидальных наклонностей. Реализация программы социально-психологического тренинга и индивидуальное консультирование.

Реализуя второй этап мы провели с группой участников диагностику с помощью запланированных методик. На каждого участника была заведена «Индивидуальная карта участника тренинга» [Приложение 3].

**Первая методика**. «Диагностика ригидности» - с ее помощью мы установили, что у 100% участников средний уровень ригидности. Таким образом пациенты с трудом отказываются от сложившейся у них стратегии поведения, поэтому принимаемые ими решения и формируемый мотив не всегда адекватен ситуации.

**Следующая методика** «Шкала психоэмоциональной возбудимости» **(9 слайд)** направлена на выявление уровня эмоциональной возбудимости. Обработка результатов показала:

12,5% - имеют низкий уровень эмоциональной возбудимости

37,5% - средний уровень эмоциональной возбудимости

12,5% - склонны к высокой эмоциональной возбудимости

50% - имеют высокую эмоциональную возбудимость

Данная методика выявила низкий уровень контроля над возникшими импульсами, низкий уровень толерантности участников.

**Третья методика «Опросник депрессии Бека»**

Анализ результатов показал:

- отсутствие депрессии – 25%

- легкая депрессия – 37,5%

- умеренная депрессия – 37,5%

Считается, что болезнь самоубийц депрессия – до 70% депрессивных больных обнаруживают суицидальные тенденции и примерно 15% из них совершают самоубийства. Поэтому проблема самоубийств – это проблема депрессий. Следовательно, необходимо работать с этой проблемой.

**Четвертая методика.**

«Тест смысложизненных ориентаций». Способствовала выявлению у пациентов наличия жизненных целей, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Шкала «Цели в жизни»:

25% - норма

75% - имеют низкие баллы, что свидетельствует о том, что человек живет сегодняшним или вчерашним днем и не имеет целей на будущее.

Следующий показатель – «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни»:

37,5%- норма

62,5% - низкие баллы - признак неудовлетворительности своей жизнью в настоящем.

«Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией»:

37,5% - норма

62,5% - низкие баллы, свидетельствуют о недоудовлетворенности прожитой частью жизни.

«Локус контроля – Я (я хозяин жизни)»:

12,5% - норма

87,5% - низкие баллы, говорят о неверии в свои силы контролировать события собственной жизни.

«Локус контроля – жизнь, или управляемость жизни»:

100% пациентов показали низкие баллы, что говорит об их убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Проанализировав результаты мы видим, что пациенты нуждаются в повышении уровня самооценки, в формировании навыков произвольной регуляции эмоциональных реакций, требуют повышения уровня толерантности, снижению импульсивности (научить произвольному контролю возникающих импульсов), для депрессивных больных обесценить негативные переживания.

**Третий этап** - изучение методов и форм работы с людьми склонными к суицидальному поведению применяемыми в 11 отделении ГУЗ «ВОПБ»

В настоящее время в ГУЗ «ВОПБ» происходит реорганизация практической помощи больным в направлении большей комплексности, интеграции усилий разных специалистов. Работа осуществляется полипрофессиональными бригадами. В которые входят врач, психолог, социальный работник.

**Четвертый этап**

Мы использовали в работе с данной категорией программу социально-психологических тренингов, направленную на профилактику и коррекцию аутоагрессивных форм поведения личности. Внедрение данной программы способствует закреплению несуицидальных форм поведения. Тренинг проводили психолог и социальный работник [Приложение 8].

**Занятие первое «Знакомство»** было направлено на самоопределение членов группы и определение группой целей своей работы. На начальном этапе усилия были направлены на создание атмосферы взаимопонимания, взаимопроникновения и поддержки, определение ожидания каждого участника. Особое внимание уделялось снижению напряженности вгруппе.

В упражнении «Знакомство» нами были отмечены поведенческие реакции, которые позволили сделать вывод о том, чтов данной тренинговой группе, несмотря на внешне проявляющуюся тревожность, недоверие и подозрительность, есть внутреннее желание справиться со своими трудностями [Приложение 8].

Наиболее ярко об этом свидетельствовали высказывания отдельных участников. Например, «…зачем я буду рассказывать о себе? Я не знаю, что рассказывать… Пусть кто-нибудь другой начнет». Проявления поведенческих реакций имели следующий характер: закрытая поза с защитными барьерами при помощи рук и ног, опущенные вниз голова, что внешне свидетельствовало о защитной позиции, а также при развёрнутом положении корпуса тела к двери, окну - о нежелании испытуемого контактировать с окружающими. Приведём примеры высказываний других участников: «Я считаю себя человеком веселым, но люди часто меня не понимают или просто не хотят слушать. Мне это неприятно, и я не считаю, что причина, в основном, кроется в моих недостатках. Это они не хотят видеть во мне интересного собеседника...», «… мне не важно,что думают обо мне другие –это их проблемы!».

Анализируя: высказывания членов группы, можно акцентировать внимание на следующих позициях: «я с удовольствием буду приходить на группу, мы сможем общаться…», «не знаю мне и так хватает общения, не понимаю, зачем мне эти занятия. Лучше бы выписали побыстрее…».

При проведении упражнений «Ужасный секрет» и «Интервью» большинство неохотно рассказывали о себе, что стало основанием для выбора направления следующего занятия: «Доверие».

Было отмечено, что в большинстве своём пациенты не были ориентированы на рефлексию и саморефлексию, что говорит о возможных нарушениях в структуре самосознания личности. Но, несмотря на трудности, в целом вся; группа была настроена на работу. При обсуждении дискуссионных вопросов было отмечено, что не все участники раскрыты и готовы к общению, но в целом чувство тревожности, характерное для первого этапа работы с данной категорией, было снято.

**Занятие второе «Доверие»** ориентировалось на преодоление скованности, снятие напряжения среди участников с тем, чтобы в процессе дальнейшей работы установилось межличностное доверие [Приложение 8].

**Занятие третье «Коммуникация»** было направлено непосредственно на установление межличностной обратной связи в персонифицированной форме. Также на формирование навыков эмпатийного и активного слушания, умение устанавливать контакты, что являлось переключением с позиции эгоцентризма. Приобретение навыков эффективного общения удачно сочеталось с формированием осознания себя как личности. Ряд упражнений пробудили творческую активность, работу воображения, что в совокупности с общением расширяет границы жизненных интересов [Приложение 8].

**Занятие четвёртое «Невербальное общение»** явилось, с одной стороны, благодаря игровой форме проведения, отвлечением от существующих проблем и, в итоге, возможностью посмотреть на мир «новыми глазам и». С другой - «вложением в будущее» с целью формирования навыков спонтанности и гибкости в общении, чувствительности к невербальным средствам общения и фиксации внимания участников на своих психологических особенностях, а также с целью коррекции отрицательных эмоций, развития произвольного контроля за своими действиями, снятия двигательной расторможенности, негативизма.

**Занятие пятое «Определение особенностей личности»** способствовало выявлению истинного «Я» и позволило разобраться в себе, в своих недостатках, привычках, которыми не довольны, скорректировав их нахождением в себе положительных качеств, что проходило несколько болезненно для участников тренинговой группы и привело к необходимости проведения в конце занятия релаксационного тренинга [Приложение 8].

**Занятие шестое «Самоанализ и самопознание»** как логичное продолжение предыдущего занятия былонаправлено на познание собственных сильных и слабых сторон, втом числе во взаимодействии с другими людьми.

**Занятие седьмое «Конфликтность и способность работать в коллективе»** было изначально направленно на снижение конфликтности участников группы. Упражнения, направленные на осознание своего внутреннего мира, конфликтов, а также демонстрация смены чувства злобы на чувство успокоения, осознание поведения каждого из конфликтующих партнёров привели к получению навыков анализа иразрешения конфликтной ситуации.

**На занятии восьмом «Самосознание»** акцент делался на повышение самосознания, повышение ответственности за свои мысли, чувства, поведение и,соответственное, принятие себя в новом поведении, интегрирование в «Я» новых структур опыта.

**Занятие девятое «Погружение в сказку»** аккумулировало в себе три аспекта: диагностический; воздействующий, профилактический; развивающий. Работа шла поэтапно, начиная с поддержки положительных изменений через осмысление жизненного опыта и нахождение ключевых моментов жизни ксовершенствованию с тем, чтобы помочь построить созидательную жизненную программу.

**Занятие десятое «Собственно коррекционное»** было направленно на закрепление несуицидальных форм поведения, что происходило через снятие агрессии, работу с аксиологическим компонентом личности, выработку гибкости в поведении, подготовку к будущим проблемным жизненным ситуациям и внесение коррективов в поведение.

**Занятие одиннадцатое «Посмотреть со стороны»** оказалось реальной возможностью узнать что-то полезное из впечатлений о себе, получить прямую обратную связь от других участников.

**Занятие Двенадцатое «Заключительное»** стабилизировало самооценки участников, актуализировало личностные ресурсы. Обсуждение того, что больше всего пригодиться из пройденного на занятиях, способствовало определению и закреплению позитивных моментов в жизни. Активное размышление о настоящих целях и смысле жизни определили перспективы жизненных и профессиональных целей.

В ходе тренинговых занятий применялись дискуссии, ролевые игры, психодрама и ее модификации, способы обратной связи, психогимнастические упражнения, разминки, элементы из телесно-ориентированной терапии, Art терапии (танцетерапия, сказкотерапия), проективные рисуночные методики из области психодиагностики.

Таким образом, реализация психологического сопровождения личности, склонной к суицидальным формам поведения, через деятельностный компонент модели суицидального поведения личности происходит при условии закрепления несуицидальный форм поведения, используя в качестве средства социально-психологические тренинги [Приложение 8].

По окончании занятий мы вновь провели диагностику и получили следующие результаты:

**«Шкала психоэмоциональной возбудимости»**

Таким образом, отличается положительная динамика. Нам удалось значительно снизить уровень эмоциональной возбудимости у участников тренинга.

**Показатели депрессии** так же имеют тенденцию к снижению, но есть необходимость в дальнейшей работе по этому показателю с помощью индивидуального консультирования:

**«Тест смысложизненных ориентаций»** выявил:

Баллы по показателю «Цели в жизни» значительно повысились это свидетельствует о том, что участники тренинга строят планы на будущее следовательно у них есть ради чего жить:

«Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» баллы по этому показателю стали незначительно выше, это говорит о том, что нам не вполне удалось изменить отношение пациентов к своей жизни:

«Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией».

Основываясь на изменении данных этого показателя, мы можем сделать вывод, что нам удалось изменить в лучшую сторону отношение участников тренинга к прожитому отрезку жизни, акцентировать внимание на позитив.

Пациенты стали более уверены в своих силах контролировать события собственной жизни.

Пациенты стали более уверены в своих силах контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, и воплощать их в жизнь.

Следует отметить, что общий показатель увеличился у всех участников.

Таким образом, мы с уверенностью можем сказать, что наши участники стали более оптимистично смотреть на жизнь. Смогли обрести новые жизненные ресурсы, сделать шаг к новому видению себя, людей и поняли, что наша жизнь во многом зависит от того, как мы ее воспринимаем, тренинговые занятия способствовали снижению суицидальных тенденций.

Отметим, что ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница» не стоит на месте, работа с пациентами не ограничивается стенами отделения. В настоящее время на базе больницы открыто реабилитационное отделение, в котором для пациентов больницы, проводятся развлекательные мероприятия (организация концертов, музыкальных программ, дискотек, спортивных праздников и соревнований), групповая и индивидуальная работа (тренинги коммуникативных и когнитивных навыков, психообразовательные тренинги), Осуществляется вовлечение пациентов в трудовые процессы; действуют кружки: «Мукосолька» (лепка из соленого теста), «Арт-терапия», кружок любителей музыки (набирается ансамбль).

Открыта и освещена молельная комната, таким образом, пациенты имеют возможность общаться со священником, отцом Николаем, в том числе причащаться и исповедоваться. Несомненно это важное событие именно для работы с людьми склонными к суицидальному поведению. Многие пациенты изъявляют желание посещать «Встречи с отцом Николаем».

При выписке из больницы, пациент не остается без внимания, сведения о нем передаются в психоневрологический диспансер, специалисты которого осуществляют амбулаторное обслуживание. При необходимости пациента направляют в психотерапевтический центр, который так же является подразделением ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница», где прием осуществляют высококвалифицированные специалисты (психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе).

Мы видим, что работа с пациентами не заканчивается после их выписки из стационара. Подобная преемственность является гарантом эффективности и результативности работы.

Таким образом, учитывая результаты исследования, мы можем сделать вывод о том, что наша гипотеза частично подтвердилась, поскольку у пациентов снизились показатели депрессии, появились реальные планы на будущее и это, безусловно, будет способствовать снижению суицидальных наклонностей, следовательно, и снижению числа самоубийств, но мы не можем с уверенностью сказать, что число самоубийств сократиться. Для такого утверждения необходим продолжительный период времени в течение, которого мы могли бы этот результат фиксировать.

**Рекомендации родственникам больных**

**Предотвращение суицида:** Практически при всех депрессивных состояниях могут возникать мысли о нежелании жить. Но особенно опасны депрессии, сопровождающиеся бредом (например, виновности, обнищания, неизлечимого соматического заболевания). У этих больных на высоте тяжести состояния практически всегда возникают мысли о самоубийстве и суицидальная готовность.

**О возможности суицида предупреждают следующие признаки:**

Высказывания больного о своей ненужности, греховности, вине.

Безнадежность и пессимизм в отношении будущего, нежелание строить какие-либо планы.

Наличие голосов, советующих или приказывающих покончить с собой.

Убежденность больного в наличии у него смертельного, неизлечимого заболевания.

Внезапное успокоение больного после длительного периода тоскливости и тревожности. У окружающих может возникнуть ложное впечатление, что состояние больного улучшилось. Он приводит свои дела в порядок, например, пишет завещание или встречается со старыми друзьями, с которыми давно не виделся.

**Предупредительные меры:**

К любому разговору на тему суицида относитесь серьезно, даже если вам кажется маловероятным, что больной может попытаться покончить с собой.

Если возникнет впечатление, что больной уже готовится к суициду, не раздумывая, немедленно обращайтесь за профессиональной помощью.

Спрячьте опасные предметы (бритвы, ножи, таблетки, веревки, оружие), тщательно закройте окна, балконные двери.

Наиболее актуальным направлением является организация социально-психологической работы по профилактике самоубийств, так как это сохранит человеческую жизнь, не принесет страданий близким и окружающим и , наконец, сэкономит средства, “высвободив” их на другие нужды. Любовь к жизни, умение преодолевать возникающие трудности необходимо нормировать уже с детских лет, например, через мультфильмы, сказки, детскую художественную литературу и др. Специфика организации социально-психологической работы с лицами, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению их социальной изоляции и уменьшению суицидальных тенденций.

Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений. Во-вторых, это оптимизация межличностных отношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, “обществ по интересам”, соседей. Но главные усилия должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая привела к суициду. Кроме этих мероприятий, необходимо оказать суициденту необходимой социальной помощи (материальной, социально-бытовой, социально-психологической). Также необходимо оказать социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента.

Таким образом, организация социально - психологической работы по борьбе с самоубийством идет по двум основным направлениям:

* профилактика самоубийств;
* реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

# Содержание

Введение

# Раздел I. Суицид, как форма девиантного поведения

# 1.1 Понятие «суицид»

1.2 Категории самоубийц. Фазы и типы самоубийств

1.3 Основные факторы суицидального поведения, оказывающие влияние на человека

1.4 Направления в работе социальных служб

1.5 Проблема суицидального поведения в Вологодской области

Раздел II. Методы и формы работы по преодолению суицидального поведения людей

2.1 Подготовка и планирование исследования

2.2 Проведение исследования в 11 общепсихиатрическом мужском отделении ГУЗ « Вологодская областная психиатрическая больница»

## 2.3 Рекомендации в работе с суицидальными наклонностями людей

Заключение

Список литературы

Приложения

**Введение**

Каждый человек хотя бы раз в жизни бывает, искушаем свободой выбора смерти. Поиск “моральных каникул” оборотную сторону – донжуановское перенасыщение жизнью. Тело как “большой разум” приходиться обманывать в его стремлении, во что бы то ни стало жить и безжалостно расправляться с ним через обретение абсолютной свободы в смерти.

Этот страшный путь сознательного суицида очевиден и безжалостен в наготе своей экзистенциальности; он имеет множество реальных и литературных сюжетов своего воплощения от гетовского Вертера до лондонского Мартина Идена, от самоубийц произведений Достоевского до судеб Есенина, Маяковского, Марины Цветаевой и Фадеева. Несомненно, лучше проиграть суицидальный сюжет на словах, освободиться от “сна разума”, породившего чудовищ, залив кровью лишь страницы романа или экран кинематографа, однако “спасшийся” благодаря своему Вертера Гете или благодаря своим несчастным самоубийцам Достоевский являют собой слабый аргумент “за”, когда существует загадка ухода из жизни Дж. Лондона, Вл. Маяковского и многих других.

Что – то постоянно не связывается в наших попытках, если не объяснить, то хотя бы рационально описать акт сознательного самонасилия. Даже гениальная полифония романов Достоевского, работа на грани между психиатрией и философией У. Джемса, В. Бехтерева, Р.Лэнга не дают исчерпывающих ответов на поставленный ребром вопрос: в чем основная причина преобладания сознательного суицида над аффектом (80% против 20%), почему неизменно вместе с ростом численности народонаселения планеты происходит рост сознательного суицида в среде наиболее перспективной в эволюционном отношении?!

Современные средства массовой информации в нашей стране отличает значительная тенденциозность в преподнесении материала по суицидальной статистике, связанная с политической ориентацией изданий, например, “Известия” и “Советская Россия” акцентирует внимание на суициде в среде рабочих, объясняя их социальной напряженностью из-за невыплаты зарплат, однако объяснить самоубийство акад. В. А. Легасова (1988) или ночной выстрел в кабинете директора Федерального ядерного центра в Снежинске Владимира Нечая (1996) с позиций социального детерминизма оказывается гораздо труднее. Журнал “Огонек” пытается обосновать суицидальный всплеск в Европе и в России длительным существованием тоталитарных режимов на их территориях, но обходит молчанием высокие суицидальные показатели в США и других, демократически ориентированных государствах.

Такая предвзятость в оценке “черного феномена” вредит серьезному научному анализу этого явления. Публицисты не обременяют себя вопросом: почему “расширенного суицида” (т. е. самоубийства, отягощенного убийством родственников) не было в блокадном Ленинграде, когда реальностью была смерть от голода, но встречается сегодня, когда, по их предположениям, основным провокатором является невозможность прокормить семью из-за несвоевременной выплаты зарплаты?

Ныне мы возвращаемся на круги своя: в нашей статистике все основные показатели по суициду приобретают характер присущей универсальности, однако, очевидно, что такого рода универсальность не утешительна. Причины коренятся глубже, чем это можно предположить при беглом взгляде на “событие”. Не следует забывать о том, что, несмотря на специфическую суицидологическую статистику в нашей стране, в советское время отнюдь не в эмиграции покончили собой такие яркие личности, как Марина Цветаева, Александр Фадеев, Владимир Маяковский, акад. В. А.Легасов. В саратовском “Новом стиле” даже появилась статья “Гагарин совершил самоубийство” (хотя сама эта версия гибели известного космонавта опровергается). Подведем предварительные итоги: Историко-культурологическое исследование феномена самоубийства вне конкретного социального контекста приводит к своеобразному “тупику” многознания, которое, по мысли древнего философа Гераклита, “уму не научает”, однако оно с очевидностью обнаруживает индивидуалистический характер самонасилия даже в альтруистических суицидальных актах, даже под гнетом обезличивающей статистики советского периода в нашей стране. Сквозь толщу условностей, обрядов, обычаев, традиций проступает биение живого пульса личности, помещающей себя в рискованные обстоятельства (“пограничную ситуацию” между жизнью и смертью). Путеводной же звездой такой личности выступают специфика человеческого сознания, наличие в нем интеллекта с волевым началом (или “ практический разум”, в терминах И. Канта).

Не случайно в своих оригинальных исследованиях современный английский, ученный Р. Дж. Фрей различает суицид и смерть от самоповреждения, ставя проблему следующим образом: всякое ли самоубийство действительно само-убийство, так как изначально можно рассматривать суицид и в узком и в широком планах. С точки зрения Фрея, харакири – это, безусловно, самоубийство, как самоисполнение задуманного заранее акта смерти. Но вот, если, к примеру, Джон бросился под поезд, то убивает его поезд, а он только поместил себя в рискованные обстоятельства равносильно тому, как если бы он взял билет на самолет, который в полете бы разбился, хотя он об этом не догадывался.

Загадка суицидального поведения – это область, в которой может и должна проявить себя современная философская теория, учитывая, конечно, достижения исследователей во всех возможных аспектах данного мрачного явления.

Нужно отметить, что многие работы исследователей характеризуются излишней практичностью. Действительно, изучаемый объект не абстрактен, но реален, и если опираться на статистику, эта реальность ужасает.

Загадка смерти всегда будет волновать человечество: вряд ли возможно и однозначное мнение относительно самоубийства. Наверное, и в самом гуманном обществе обстоятельства будут приводить людей к опасной черте. Но, опираясь на неповторимую ценность каждой человеческой жизни, общество может помочь любому выработать жизнеутверждающее мировозрение, проникнуться верой в великое предназначение человека.

**Проблема исследования:** число людей склонных к суицидальным наклонностям не уменьшается, а растет.

**Объект исследования:** суицидальное поведение людей.

**Предмет исследования:** решение проблемы суицидального поведения людей специалистом по социальной работе.

Учитывая выше изложенное, **цель** данной выпускной квалификационной работы рассмотреть проблему суицида, показать необходимость и возможность работы социальных служб с людьми склонными к суицидальному поведению.

**Задачи:**

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Оценить девиантный характер суицида.
3. Рассмотреть фазы, типы суицида и категории самоубийц.
4. Обозначить основные факторы суицидального поведения, оказывающие влияние на человека.
5. Определить направления в работе социальных служб.
6. Указать самые распространенные рекомендации в работе с суицидальным поведением.

**Гипотеза:** Если подобрать оптимальные пути решения по преодолению суицидального поведения, ***то*** это будет способствовать сокращению числа самоубийств.

**Структура дипломной работы** обусловлена целью и задачами исследования и включает в себя: введение, два раздела, заключение, список литературы и приложения.

**Раздел I. Суицид, как форма девиантного поведения**

## 1.1 Понятие «суицид»

Процесс социализации (процесс усвоения индивидом образцов поведения, социальных норм и ценностей, необходимых для его успешного функционирования в данном обществе) достигает определенной степени завершенности при достижении личностью социальной зрелости, которая характеризуется обретением личностью интегрального социального статуса (статус, определяющий положение человека в обществе). Однако в процессе социализации возможны сбои, неудачи. Проявлением недостатков социализации является отклоняющееся поведение - это различные формы негативного поведения лиц, сфера нравственных пороков, отступление от принципов, норм морали и права [10, с.126].

Социологи называют отклоняющееся поведение девиантным. Оно подразумевает любые поступки или действия, не соответствующие писанным или неписаным нормам. В некоторых обществах малейшие отступления от традиции, не говоря уже о серьезных поступках, сурово карались. Все находилось под контролем: длина волос, форма одежды, манеры поведения. Так поступали правители древней Спарты в V в. до н.э.

Борьба с девиацией часто перерождалась в борьбу с разнообразием чувств, мыслей, поступков. Обычно она оказывается нерезультативной: через какое-то время отклонения возрождаются, и в еще более яркой форме.

В большинстве обществ контроль девиантного поведения несимметричен: отклонения в плохую сторону осуждаются, а в хорошую – одобряются. В зависимости от того позитивным или негативным является отклонение, все формы девиаций можно разложить на некотором континууме. На одном его полюсе разместится группа лиц, проявляющих максимально не одобряемое поведение: революционеры, террористы, предатели, атеисты. На другом полюсе расположится группа с максимально одобряемыми отклонениями: национальные герои, выдающиеся артисты, ученые, писатели.

Итак, всякое девиантное поведение, которое вызывает неодобрение общественного мнения, называется девиантным. Это чрезвычайно широкий класс явлений: от безбилетного проезда до убийства человека. В широком смысле девиант – любой человек, сбившийся с пути или отклонившийся от нормы. При такой постановке вопроса следует говорить о формах и размерах отклонения. К основным формам отклоняющегося поведения принято относить правонарушаемость, включая преступность, пьянство, наркоманию, проституцию, самоубийство [11, с.14].

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

Амбрумова А. Г. и ряд других исследователей выдвигают концепцию о том, что суицид - это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятиями для данного явления - социально-психологическая адаптация и дезадаптация [8, с.45].

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 [17, с.12].

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 [17, с.15].

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” [26, с.76].

**1.2 Категории самоубийц. Фазы и типы самоубийств**

Существуют категории самоубийц с их психологическими портретами: эгоист (выпавший из общества), альтруист (слишком преданный сообществу, принимающий смерть “за компанию”), аномичный самоубийца (в отсутствие общечеловеческих ценностей и принятых правил поведения), фаталист (в отсутствие необходимых для самовыражения свобод).

Если говорить о самом явлении суицида, то можно выделить несколько фаз [1, с.16].

Выделяется пресуицид, когда у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа “жить не стоит, устал от такой жизни” и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, а имеется самоотрицание жизни. Такие суицидальные формы бывают, свойственны и нормальным людям в тех или иных ситуациях. Но если процесс продолжается, то на следующем этапе пресуицида мы видим пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например: “хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться” и тому подобное, которое выражают внутреннюю готовность человека к суициду.

На следующем этапе возникают суицидальные замыслы. Это активные формы суицидальности. Идет разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия. Следующий этап – это суицидальные намерения: когда принято решение о самоубийстве – непосредственно суждение, возникают суицидальные действия. То есть все эти этапы характеризуют подготовку человека к совершению самоубийства в той или иной форме [10, с.16].

Вообще выделяют истинный суицид, аффективный суицид и демонстративно – шантажное поведение. После того, как все эти этапы пройдены, человек подошел к суицидальному действию, как к итоговому представлению о невозможности существования в данной ситуации. Возможно, это истинный суицид, тогда человек принимает реальные действия, что бы лишить себя жизни.

Пример аффективного суицида: сотрудник силовых структур возвращался с работы на служебной машине, совершил ДТП, сильно повредил машину, в состоянии такого аффекта он застрелился. Человек решился и сделал, хотя явных причин так поступить у него не было.

Пример демонстративно – шантажного самоубийства: был такой случай, когда человек, в пьяном состоянии, после ссоры со своей бывшей женой, вскочил на подоконник со словами: “я сейчас выпрыгну”, потом его успокоили, но ввиду того, что он был пьян, и была нарушена координация движений , он просто свалился с большой высоты. Это была демонстративно – шантажная попытка, но ему не повезло и она оказалась законченной. Для осуществления демонстартивного суицида часто используют мед. препараты. Демонстративно – шантажное поведение предполагает как рациональный, запланированный вариант, так и аффективные формы поведения, когда человек спонтанно организует тот или иной вид шантажа. Тот и другой случаи могут закончиться летально, так как они оба провоцируют негативную форму поведения, которая может привести к тому, что у человека действительно возникнет самоубийство [20, с.82].

**1.3 Основные факторы суицидального поведения, оказывающие влияние на человека**

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.

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.

Но нас, конечно, интересуют, прежде всего, 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 [13, с.47].

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.

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 из 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 могла бы пробудиться, но он не дожил до этого следующего мгновения. В этом великая тайна и парадокс времени. Человек, в сущности, никогда не хочет убить себя… Неудавшееся 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[28, с.235].

Одним из сильнейших факторов, определяющих уровень самоубийств и непосредственно связывающий 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, и до сих пор это явление практически не встречается в странах, исповедующих мусульманскую религию. 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 [24, с.189].

Таким образом, на путях раскрытия специфики вероисповеданий суицидологам трудно обрести твердую почву под ногами, не учитывая особенности самого феномена веры.

Еще одна причина самоубийства – телевидение, нагнетающее состояние безысходности, безнадеги.

Одним из новых источников получения стрессового заряда сегодня является, недавно начавший 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.

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) [29, с.165].

В числе причин, толкающих на самоубийство, некоторые ставят пьянство, но с этим едва ли можно согласиться. Привычные пьяницы обыкновенно умирают от органических страданий желудка, печени и мозга, но, даже и опустившись на самое дно, цепляются за жизнь, несмотря на ее постылый характер. Несомненно, однако, что число самоубийств в состоянии опьянения представляют около 8% их общего числа, но это не результат порочной привычки, обращающейся в болезненную страсть, а чаще всего опьянение перед “вольною своей кончиной” является средством подкрепить ослабевшую перед этим волю и создать себе искусственное полузабытье.

**1.4 Направления в работе социальных служб**

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

Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получат огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями, - подразделение службы не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет [24, с.59].

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

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

Тем не менее, острые медико-социальные проблемы не решаются сами собой. Многолетний опыт суицидологической работы свидетельствует о том, что оснований для самоуспокоения в этом вопросе чрезвычайно мало. Поэтому необходимо продолжать работу в этом направлении, как научную, так и практическую [6, с.136].

Прежде всего, необходимы грамотные социальные работники, способные помочь в проблемах.

В последние годы проблема технологизации социального пространства становится все актуальнее. Исследованием и разработкой инновационных методов занимается инноватика, значительное место среди проблем которой, ставших предметом и объектом ее исследований, занимает относительно самостоятельная область знаний - социальная инновация. Это новые средства регулирования и развития социальных процессов, способных соответствовать сложности общественной ситуации, направленных на удовлетворение потребностей человека и общества в условиях высокой неопределенности обстоятельств.

Инновационные социальные технологии определяются основным средством выхода из кризисного состояния по следующим причинам:

Во-первых, отсутствие инновационных социальных технологий модернизации общественных отношений неизбежно ведет к социальным бедствиям.

Во-вторых, социальная поддержка, социальная помощь приобретает не только массовый характер, но и становится объективной необходимостью. В связи с этим появилась необходимость стандартизировать и унифицировать социальные услуги, отдельные методики, формы, приемы и способы социального действия.

В-третьих, разработка теоретических основ и практических механизмов общественно-государственного регулирования, новых средств и методов решения социальных проблем в условиях отчужденности, дезинтегрированности людей становятся приоритетными направлениями социальной политики всякого государства. Как и любая социальная деятельность, социальные технологии многообразны по целевым функциям, характеру деятельности, конкретному воплощению и результату. Как правило, любая социальная технология является ответом на некоторую назревшую потребность [6, с.70].

Любая технология социальной работы не может быть внедрена без учета особенностей, как объектов, так и субъектов деятельности, их состояния, ресурсов и мотивов. Так для решения задач социальной защиты людей пожилого возраста необходимы определенные объективные и субъективные условия и предпосылки, что обуславливает различие технологии социальной работы с ними. В одном случае, например, применяется семейная психотерапия, в другом посещение специализированных центров, в третьем оказывается материальная помощь.

Устранение деструкции может обеспечить комплексная социальная терапия, синтезирующая все три основных уровня общения:

- межличностный, личностно-групповой и личностно-социальный. Для этого необходимо чтобы психика человека перешла в режим рефлексивного функционирования.

Переход в такой режим обеспечивается:

- интенсификацией усилий (что позволяет мобилизовать резервные возможности человека);

- заменой средств достижения цели (переоценкой и выбором более приемлемых);

- заменой самих целей;

- переоценкой всей ситуации (интенсификация усилий, использование новых средств достижения целей формируют и новый взгляд на ситуацию, на свое личное отношение к ней, что приводит к переоценке).

Если исходить из обобщенной системы принципиальных положений о содержании деятельности социального работника, то оказывается возможным и определение круга основных задач, возлагаемых на работников социальной сферы, в процессе непосредственного общения с людьми. Это, прежде всего:

- оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них;

- помогать людям, справляться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия;

- защищать беспомощных в соответствии с законом, прибегая к использованию власти;

- способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей для социальной самозащиты;

- использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

Рассматриваемый круг задач со всей определенностью показывает, что они включают в себя широчайший диапазон тех навыков и умений, которые потребуются социальным работникам для их выполнения.   
Если рассмотреть в контексте с задачами социальной работы, круг основных обязанностей, которые должен выполнять социальный работник как профессионал, то в основном это выглядит следующим образом:

- создавать и поддерживать рабочую обстановку и атмосферу;

- выявлять и преодолевать негативные чувства, которые влияют на людей и на него самого;

- опознавать и преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность;

- наблюдать, понимать и интерпретировать поведение и отношения между людьми;

- общаться вербально и письменно;

- организовывать и вести беседу в различных обстоятельствах;

- вести переговоры, выступать по радио и т.д.

Поле деятельности социального работника очень широко:

- в микрорайонах и на предприятиях он выявляет лиц, нуждающихся в социально-медицинской, юридической, психологической, материальной помощи;

- содействует интеграции деятельности различных государственных организаций и учреждений по оказанию социально-экономической помощи населению;

- помогает в семейном воспитании;

- проводит работу с пенсионерами, инвалидами, детьми;

- участвует в работе по созданию центров социальной помощи, социальной реабилитации;

- работает с несовершеннолетними правонарушителями и людьми, вернувшимися из заключения и т.д. [13, с.167].

Социальный работник сегодня не только человек, оказывающий помощь определенным неблагополучным людям и семьям, но и в определенной степени — политик и общественный деятель, участвующий в реформировании социальной политики и законов, направленных на достижение благосостоянии всего общества. Для выполнения этой многоплановой деятельности социальный работник должен быть готов выступать в разных качествах, играть множество ролей.

Социальная работа в системе социальной защиты населения, здравоохранения, образования, молодежной политики, милиции и других ведомств имеет специфику, определяемую, прежде всего целями, задачами, средствами, формами работы.

Социальный работник в медицинском учреждении – пока редкое явление в условиях России, хотя в социальной помощи нуждаются сегодня различные группы больных.

Практика и исследовательская работа социального работника в учреждениях здравоохранения опирается не только на диагнозы врачей, показания лабораторных экспертиз, но и на психолого-социологические исследования, соответствующую экспертизу социального положения и психологического состояния больного и его близких, ситуаций в их семьях. С помощью бесед выясняется общественное мнение и отношение к болезни клиента со стороны его близких и родных, выясняется, кто может наилучшим образом оказать больному материальную и психологическую, моральную поддержку.

В работе с больными используются данные о специфике поведения в различных ситуациях, а также сведения о социальном статусе, образе жизни, профессии клиента, его семье. Учитывается и комплекс возможностей медицинского учреждения, его профессионально-квалификационная техническая и технологическая оснащенность.

Социальный работник свободен в выборе теоретических оснований своей деятельности, в сборе дополнительных данных о больном, его состоянии, семье, близких, а также в привлечении дополнительных социологических и психологический сведений. Однако в главном они сводятся к информационному обеспечению тех задач, что стоят перед социальным работником сферы здравоохранения:

1. обеспечить оптимальную связь больного с его социальным окружением;
2. оптимизировать самопомощь и поддержку близких больному в кризисной ситуации;
3. обеспечить связь работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного;
4. оказать поддержку родным и близким в ситуациях трагического исхода болезни клиента;

5)медико-социально-психологическое просвещение населения.

Таким образом, рассматриваемые задачи социальной работы, роли, функции и обязанности социального работника не исчерпывают всей его деятельности, но они позволяют проследить и выявить главную, стержневую идею, как бы объединяющую все остальные слагаемые трудной и крайне необходимой ныне профессии социального работника, а именно умение, желание идти к людям, находить формы общения с ними, чтобы помочь им.

**1.5 Проблема суицидального поведения в Вологодской области**

На необходимость развития системы профилактики суицидального поведения указывает Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренная Правительством РФ 24 сентября 2001 г. В частности в ней отмечено: «В целях улучшения психического здоровья населения необходимо принятие мер по профилактике самоубийств, включая развитие сети телефонов доверия, совершенствование деятельности врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников».

Актуальность и многофакторность проблемы суицидального поведения обусловливает необходимость разработки и внедрения упорядоченной системы профилактики негативных суицидальных тенденции. И хотя действующие специалисты в целом не могут повлиять на глобальные причины самоубийств, так как они социальны по своей природе и отражают дефекты современного общественного устройства, тем не менее, в их силах оказывается успешное выявление суицидоопасных контингентов, выведение их из психологического кризиса с целью предотвращения возможных суицидальных действий и предотвращения повторных суицидальных попыток. Внимание специалистов, при этом, должно быть направлено не только на купирование суицидоопасного кризиса, но и на выработку у суицидента навыков социально-психологической адаптации, что необходимо для профилактики рецидивов парасуицида.

На территории Вологодской области проблема общественного психического здоровья стоит более остро, чем в среднем по регионам Российской федерации. В 2007 году произошло незначительное снижение показателей распространенности симптомов тревог, депрессии и невроза на предпатологическом уровне, однако в течение периода 2002-2007 гг. данные показатели практически не изменялись. На проблеме суицидального поведения это отражается, прежде всего, тем, что низкая выявляемость рассмотренных выше психических патологий создает опасность увеличения уровня смертности от самоубийств, при этом вероятность такой ситуации имеет место даже в отсутствии каких-либо социально-экономических или политических катаклизмов.

За период 1999-2006 гг. на территории Вологодской области было совершено 5146 самоубийств. Средний уровень суицидальной активности населения региона за этот период составлял 50,3 случая на 100 тыс.населения, что почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения ( 20 случаев на 100 тыс.населения) [Приложение 7].



Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации(умерших на 100 тыс. населения)

В среднем за период с 1999-2006 гг. уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области был больше, чем в целом по России.

На протяжении периода 2002-2006 гг. динамика распространенности симптомов депрессии имела те же тенденции, что и показатель смертности населения от самоубийств. То же самое можно сказать, анализируя динамику распространенности завершенных суицидов и болезненности психическими расстройствами. Из этого можно сделать вывод о том, что малейшие изменения в психическом здоровье населения (особенно на пограничном, непатологическом уровне) мгновенно отражаются на уровне суицидальной активности.



Уровень распространенности симптомов депрессиии завершенных самоубийств\*

\* (уровень самоубийств в 2007 г. – за янв. – авг.)



Болезненность психическими расстройствами и уровень завершенных самоубийств (на 100 тыс. нас.)

Возрастная структура проблемы суицидального поведения на территории Вологодской области представлена в таблице. По последним данным количество завершенных суицидов значительно увеличилось среди людей пенсионного возраста, однако в среднем за исследуемый период наиболее суицидально активной категорией населения являлись люди среднего возраста.

**Возрастная структура смертности населения Вологодской области от самоубийств** (умерших на 100 тыс. населения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возрастная  группа | 1998 г. | 1999 г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. |
| **10– 19 лет**  ***(с 1998 по 2000 гг. – 0-19 лет)*** | **6,7** | **6,3** | **8,8** | **12,0** | **15,2** | **12,1** | **12,8** | **11,9** | **8,8** |
| **20 – 39 лет** | **59,8** | **68,4** | **61,0** | **56,4** | **57,0** | **69,6** | **55,6** | **40,9** | **43,2** |
| **40 – 59 лет** | **88,2** | **94,7** | **84,5** | **80,6** | **74,7** | **67,8** | **4,3** | **58,2** | **56,0** |
| **60 и более лет** | **54,8** | **81,0** | **71,4** | **69,4** | **63,0** | **55,0** | **2,0** | **46,7** | **57,8** |

Аналогичная картина при анализе возрастной структуры респондентов, у которых были отмечены симптомы тревоги, депрессии и невроза: признаки этих патологических состояний чащей отмечались в группе пожилых и людей среднего возраста.



Распределение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от возраста респондентов

(среднее за 2002-2007 гг.; в % от числа опрошенных)

Если завершенные суициды чаще распространены в средней возрастной группе, то попытки самоубийства значительно чаще встречаются в молодежной среде. Данный факт подтверждают результаты исследования, проведенного в 2007 году на базе Вологодской областной психиатрической больницы: из 98 попыток самоубийств, совершенных в 2006 – 1 кварт 2007 гг., 46% оказалось на счету возрастной группы до 30 лет, при этом в большинстве случаев парасуициды был спровоцированы семейным конфликтом (55%) и относились к разряду демонстративных и импульсивных [Приложение 5,6].

Можно предположить, что импульсивность и отсутствие жизненного опыта, свойственные молодым людям, играют в данном случае двоякую роль: с одной стороны, они повышают риск попытки суицида, с другой – делают ее не до конца продуманной, импульсивной или демонстративной. Более подробно возрастная структура выборки исследования представлена на следующей диаграмме.



Субъективная оценка населением Вологодской области уровня своего материального положения свидетельствует о тесной связи количества самоубийств и доли людей, относящихся себя к «бедным» и «нищим» слоям населения. Особенно наглядно она проявлялась в период с 1996 по 2001 гг. Коэффициент корреляции между уровнем смертности от самоубийств в Вологодской области за период с 1999-2006 гг. и долей, относящих себя к бедным и нищим слоям населения, составил 0,84.



Обобщая полученные данные, можно выделить некоторые основные характеристики социального портрета суицидентов Вологодской области: средний возраст, мужской пол, проживание в сельской местности, низкий уровень образования, материальное неблагополучие, проблемы трудоустройства, конфликтогенность семейных отношений.

На современном этапе проблема снижения уровня суицидального поведения в Вологодской области требует организации упорядоченной системы изучения, помощи и профилактики. При этом подход к проблеме должен быть комплексным, то есть с задействованием всех необходимых управленческих структур и исполнительских учреждений (социальных, медицинских, финансовых и т.д.)

Целенаправленно или косвенно на суицидента оказывают воздействие 6 субъектов (в скобках указаны их возможности в профилактике суицидальных тенденций):

1. Семья (первичная диагностика факторов суицидального риска);
2. Специалисты здравоохранения (купирование острого психологического кризиса);
3. Специалисты сферы социального обслуживания (организация специальных условий проживания и наблюдения за успешностью адаптации суицидента после коррекции личности);
4. Ближайшее окружение (коллектив друзей, коллег; помощь в адаптации, преодолении кризисных ситуаций);
5. Субъекты профессиональной деятельности (педагогический коллектив в школе, работодатели; помощь в трудоустройстве, социальной адаптации, организация соответствующих лекций и семинаров, сотрудничество со специалистами здравоохранения и социального обслуживания);
6. Средства массовой информации (информатизация населения об учреждениях системы профилактики суицидального поведения, обучение основам психогигиены, правилам реагирования в кризисных ситуациях, конфликтологии).

Для коренной перестройки деструктивных структур личности необходима консолидация усилий всех перечисленных субъектов деятельности. Это является основным условием эффективной деятельности системы профилактики суицидального поведения, однако в настоящее время четкой координации действий на территории Вологодской области нет даже среди учреждений здравоохранения.

В медицинских учреждениях реабилитация суицидентов осложнена также тем, что они не выделяются в отдельную категорию клиентов, роль, психиатра чаще всего сводится к диагностическим функциям: при обнаружении патологических расстройств психики суицидента направляют в психиатрическую больницу, в иных случаях его пребывание в медицинском учреждении продолжается от нескольких часов до 1-2 суток ( в зависимости от характера самоповреждений). Таким образом, при отсутствии необходимой психокоррекционной помощи, истинная причина суицидального поведения снижает интенсивность своего влияния, но не исчезает совсем, оставляя высокую степень вероятности рецидива парасуицида при возникновении аналогичных или иных стрессовых условий. В результате, 12% совершивших суицидальную попытку повторяют ее в течение двух лет, четыре из пяти самоубийств происходит как минимум после одной суицидальной попытки в прошлом.

По статистике лишь 15-20% самоубийств – душевнобольные люди, однако одним из самых широко распространенных мифов о суициде, является его представление как о результате психической болезни. Это влечет за собой явление дискриминации, выражающееся в стремлении избежать общения с суицидентом, в ограничениях трудоустройств, включения в различные социальные группы и т.д.

Стигматизация учреждений, оказывающие специализированную помощь, является одной из причин низкого уровня диагностики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития, что приводит к низкой обращаемости населения за помощь в кризисных ситуациях.

Отрицательное отношение общества к суицидентам негативно отражается на их реабилитации после попытки суицида. Родственники суицидента испытывают давление со стороны окружающих, которые могут обвинять их в создании условий, повлекших попытку суицида, или в несвоевременном принятии мер по оказанию помощи.

Таким образом, несмотря на высокую степень актуальности проблемы, в Вологодской области отсутствует антисуицидальная политика и организованная система профилактики суицидов. Отражение данного вопроса в нормативно-правовых актах не находит своего воплощения в практике. Специалисты - суицидологи практически отсутствуют, а психологов, психиатров, психотерапевтов явным образом недостаточно, особенно в районах.

**Раздел II. Методы и формы работы по преодолению суицидального поведения**

**2.1 Подготовка и планирование исследования**

По данным исследования проблем суицидального поведения в Вологодской области выявлено, что смертность от самоубийств, как социальное явление, есть результат резкого ухудшения общественного психического здоровья.

Гипотеза, которую мы поставили, звучит следующим образом: если подобрать оптимальные пути решения по преодолению суицидального поведения, то это будет способствовать сокращению числа самоубийств.

Базой исследования мы выбрали 11 общепсихиатрическое мужское отделение ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница».

В исследовании приняли участие 8 человек, которые были выбраны из 75 пациентов отделения. Отбор осуществляется совместно с заведующей отделения и психологом. В группу вошли пациенты, у которых в анамнезе отмечены суицидальные попытки и суицидальные мысли.

Для исследования мы выбрали два направления работы, с помощью которых хотим добиться подтверждения гипотезы.

**Первое направление** – диагностическое.

С помощь диагностики мы проследим и проанализируем динамику изменений.

Мы будем использовать следующие методики: «Опросник депрессии Бека», «Тест смысложизненных ориентаций (Д.А.Леонтьев), «Диагностика ригидности» (Г. Айзенк), «Шкала эмоциональной возбудимости» (авторы адаптации Рукавишников А.А, Соколова М.В.).

**Второе направление** – профилактическое направление.

С помощью, которого мы собираемся провести закрепление несуицидальных форм поведения. Для формирования устойчивой антисуицидальной позиции, мы используем программу проведения социально-психологических тренингов в сочетании с индивидуальным консультированием [Приложение 1]. Наше исследование будет состоять из 5 этапов:

**Первый этап** – на нем мы выберем группу людей склонных к суицидальному поведению, с которыми мы собираемся проводить профилактику и коррекцию суицидальных наклонностей.

**Второй этап** будет заключаться в реализации диагностического направления для выявления личностных особенностей пациентов участвующих в исследовании.

**Третий этап** – изучение методов и форм работы с людьми склонными к суицидальному поведения применяемыми в 11 отделении ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница». Анализ деятельности полипрофессиональной бригады в состав которой входят врач, психолог, социальный работник.

**Четвертый этап** – предусматривает организацию профилактического направления по коррекции суицидальных наклонностей. Реализация программы социально-психологического тренинга и индивидуальное консультирование.

**2.2 Проведение исследования в 11 общепсихиатрическом мужском отделении ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница»**

Собранная нами группа людей склонных к суицидальному поведению состоит из 8 мужчин. Возраст от 28 до 48 лет.

Подбор осуществлялся совместно с заведующей отделением и психологом. Были выбраны пациенты, у которых в анамнезе отмечены суицидальные попытки или суицидальные мысли. Реализуя второй этап, мы провели с группой участников диагностику с помощью запланированных методик. На каждого участника была заведена «Индивидуальная карта участника тренинга» [Приложение 3].

**Первая методика**. «Диагностика ригидности» - с ее помощью мы установили, что у 100% участников средний уровень ригидности. Таким образом пациенты с трудом отказываются от сложившейся у них стратегии поведения, поэтому принимаемые ими решения и формируемый мотив не всегда адекватен ситуации [Приложение 2].

**Следующая методика** «Шкала психоэмоциональной возбудимости» направлена на выявление уровня эмоциональной возбудимости. Обработка результатов показала:

12,5% - имеют низкий уровень эмоциональной возбудимости

37,5% - средний уровень эмоциональной возбудимости

12,5% - склонны к высокой эмоциональной возбудимости

50% - имеют высокую эмоциональную возбудимость

Данная методика выявила низкий уровень контроля над возникшими импульсами, низкий уровень толерантности участников.

**Третья методика «Опросник депрессии Бека»** [Приложение 4].

Анализ результатов показал:

- отсутствие депрессии – 25%

- легкая депрессия – 37,5%

- умеренная депрессия – 37,5%

Считается, что болезнь самоубийц депрессия – до 70% депрессивных больных обнаруживают суицидальные тенденции и примерно 15% из них совершают самоубийства. Поэтому проблема самоубийств – это проблема депрессий. Следовательно, необходимо работать с этой проблемой.

**Четвертая методика.**

«Тест смысложизненных ориентаций». Способствовала выявлению у пациентов наличия жизненных целей, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Шкала «Цели в жизни»:

25% - норма

75% - имеют низкие баллы, что свидетельствует о том, что человек живет сегодняшним или вчерашним днем и не имеет целей на будущее.

Следующий показатель – «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни»:

37,5%- норма

62,5% - низкие баллы - признак неудовлетворительности своей жизнью в настоящем.

«Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией»:

37,5% - норма

62,5% - низкие баллы, свидетельствуют о неудовлетворенности прожитой частью жизни.

«Локус контроля – Я (я хозяин жизни)»:

12,5% - норма

87,5% - низкие баллы, говорят о неверии в свои силы контролировать события собственной жизни.

«Локус контроля – жизнь, или управляемость жизни»:

100% пациентов показали низкие баллы, что говорит об их убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Проанализировав результаты мы видим, что пациенты нуждаются в повышении уровня самооценки, в формировании навыков произвольной регуляции эмоциональных реакций, требуют повышения уровня толерантности, снижению импульсивности (научить произвольному контролю возникающих импульсов), для депрессивных больных обесценить негативные переживания.

**Третий этап** - изучение методов и форм работы с людьми склонными к суицидальному поведению применяемыми в 11 отделении ГУЗ «ВОПБ»

В настоящее время в ГУЗ «ВОПБ» происходит реорганизация практической помощи больным в направлении большей комплексности, интеграции усилий разных специалистов. Работа осуществляется полипрофессиональными бригадами. В которые входят врач, психолог, социальный работник.

Врач осуществляет (помимо медикоментозного лечения) непосредственно (является лечащим врачом) или участвует (являет консультантом) в ведении пациента, определяет объем и план обследования с учетом возраста пациента, диагностических задач и рациональных методов обследования. Дает клиническую оценку состояния пациента, назначает и проводит клиническую оценку состояния пациента, назначает и проводит необходимое психотерапевтическое вмешательство, при необходимости с привлечением других методов терапии.

Психолог осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачам. Проводит необходимые психодинамические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а так же участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса.

При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

Социальный работник – по назначению врача – специалиста организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации, тренинг коммуникативных навыков, организует социально-правовую защиту пациентов, взаимодействие учреждения с организациями, оказывающими социальную помощь.

Индивидуальные консультации пациентов и их родственников проводят врач и психолог. Социальный работник выступает в роли посредника между пациентом и врачом; пациентом и психологом; пациентом и его родственниками; при необходимости ведет поиск родных пациента и способствует их взаимодействию со специалистами больницы.

Кроме индивидуальных консультаций решающую роль в реализации профилактики самоубийств могут сыграть групповые консультации, основанные на проведении социально-психологических тренингов.

**Четвертый этап**

Мы использовали в работе с данной категорией программу социально-психологических тренингов, направленную на профилактику и коррекцию аутоагрессивных форм поведения личности. Внедрение данной программы способствует закреплению несуицидальных форм поведения. Тренинг проводили психолог и социальный работник [Приложение 8].

**Занятие первое «Знакомство»** было направлено на самоопределение членов группы и определение группой целей своей работы. На начальном этапе усилия были направлены на создание атмосферы взаимопонимания, взаимопроникновения и поддержки, определение ожидания каждого участника. Особое внимание уделялось снижению напряженности вгруппе.

В упражнении «Знакомство» нами были отмечены поведенческие реакции, которые позволили сделать вывод о том, чтов данной тренинговой группе, несмотря на внешне проявляющуюся тревожность, недоверие и подозрительность, есть внутреннее желание справиться со своими трудностями [Приложение 8].

Наиболее ярко об этом свидетельствовали высказывания отдельных участников. Например, «…зачем я буду рассказывать о себе? Я не знаю что рассказывать… Пусть кто-нибудь другой начнет.». Проявления поведенческих реакций имели следующий характер: закрытая поза с защитными барьерами при помощи рук и ног, опущенные вниз голова, что внешне свидетельствовало о защитной позиции, а также при развёрнутом положении корпуса тела к двери, окну - о нежелании испытуемого контактировать с окружающими. Приведём примеры высказываний других участников: «Я считаю себя человеком веселым, но люди часто меня не понимают или просто не хотят слушать. Мне это неприятно, и я не считаю, что причина, в основном, кроется в моих недостатках. Это они не хотят видеть во мне интересного собеседника...», «… мне не важно ,что думают обо мне другие –это их проблемы!».

Анализируя: высказывания членов группы, можно акцентировать внимание на следующих позициях: «я с удовольствием буду приходить на группу, мы сможем общаться…», «не знаю мне и так хватает общения, не понимаю, зачем мне эти занятия. Лучше бы выписали побыстрее…».

При проведении упражнений «Ужасный секрет» и «Интервью» большинство неохотно рассказывали о себе, что стало основанием для выбора направления следующего занятия: «Доверие».

Было отмечено, что в большинстве своём пациенты не были ориентированы на рефлексию и саморефлексию, что говорит о возможных нарушениях в структуре самосознания личности. Но, несмотря на трудности, в целом вся; группа была настроена на работу. При обсуждении дискуссионных вопросов было отмечено, что не все участники раскрыты и готовы к общению, но в целом чувство тревожности, характерное для первого этапа работы с данной категорией, было снято.

**Занятие второе «Доверие»** ориентировалось на преодоление скованности, снятие напряжения среди участников с тем, чтобы в процессе дальнейшей работы установилось межличностное доверие [Приложение 8].

Следует отметить, что на данном этапе работы упражнения, направленные на формирование доверия, были встречены с большим энтузиазмом. С одной стороны, участники тренинговой группы узнали о существующих мышечных зажимах - панцире, пользе нервно-мышечной релаксации и взаимосвязи между психологическим и физиологическим здоровьем. С другой стороны, на своём примере убедились в необходимости выброса негативной, отрицательной энергии, но общественно-приемлемыми способами. Приведем высказывания участников тренинга; «...мнебыло очень сложно расслабиться, когда мы делали «восковую палочку». Я боялся, что меня уронят», « Я как будто весь деревянный стал. Было неудобно падать, ступни мешали», «Мне очень понравилось упражнение «живые руки» - было так здорово. Я не задумывался, что для меня значит человек, я просто делал то, что мне хотелось сделать с данным человеком».

В результате проведённых упражнений внимание большинства переключилось со своих ощущений на внутреннее состояние других участников, что явилось положительным моментом, не позволяющим «зацикливаться» на собственных отрицательных эмоциях, осознать эмоциональное чувство близости других людей и начинать осваивать адекватную коммуникацию.

**Занятие третье «Коммуникация»** было направлено непосредственно на установление межличностной обратной связи в персонифицированной форме. Также на формирование навыков эмпатийного и активного слушания, умение устанавливать контакты, что являлось переключением с позиции эгоцентризма. Приобретение навыков эффективного общения удачно сочеталось с формированием осознания себя как личности. Ряд упражнений пробудили творческую активность, работу воображения, что в совокупности с общением расширяет границы жизненных интересов [Приложение 8].

Для большинства пациентов игры, направленные на формирование коммуникативных навыков открыли новые формы взаимодействия с окружающими.

Приведем некоторые высказывания (после упражнения «Коммуникативный тренинг»): «Раньше я часто обижался на людей, когда думал что они не хотят меня понимать, а теперь вижу ,что сам плохо выражал свои мысли и чувства они просто не догадывались (не понимали), что я имею ввиду», «…никогда не думал,что мы придумываем или додумываем не понятую нами информацию. Было очень весело, когда мы разделились на активных к пассивных участников тренинга, но мне стало не по себе от того, что именно так и рождаются какие-нибудь сплетни. Япостараюсь на будущее следить за своей речью и не говорить о том, чего не знаюили не понимаю до конца», «…мне было неприятно, что мне досталась такая роль в упражнении «Включение и исключение партнёра», что меня исключали из процесса общения, так как в повседневном взаимодействии с другими я тоже очень часто был в стороне. Но здесь я понял, что это и моя вина ,что я не проявлял инициативу. Не пытался заинтересовать других, включиться в контакт. Я заметил, что даже не задумывался о том, что мне говорят, а обращал больше внимания на то, как себя держат люди. Они не столько отталкивали меня словами, сколько выражали это своими позами (отворачивались от меня, говорили как будто в сторону, вроде, как и нет меня рядом)».

При проведении рефлексии многие высказывали свое мнение по поводу того, что не всегда акцентируется внимание на содержании речи, а более всего важна эмоциональная окраска коммуникации, которую обеспечивает невербальное общение.

**Занятие четвёртое «Невербальное общение»** явилось, с одной стороны, благодаря игровой форме проведения, отвлечением от существующих проблем и, в итоге, возможностью посмотреть на мир «новыми глазам и». С другой - «вложением в будущее» с целью формирования навыков спонтанности и гибкости в общении, чувствительности к невербальным средствам общения и фиксации внимания участников на своих психологических особенностях, а также с целью коррекции отрицательных эмоций, развития произвольного контроля за своими действиями, снятия двигательной расторможенности, негативизма [Приложение 8].

Упражнение «психологическая дистанция» позволило выявить собственную дистанцию, осознание важности межличностного пространства: «Я теперь понимаю, почему меня так раздражает, что люди очень близко ко мне подходят и это не проявление моей болезни, а просто личная особенность». Следует отметить, что некоторые из участников испытывали много трудностей с упражнением «карточки», где необходимо было передать информацию*,* используя только навыки невербального общения. В ходе рефлексии было отмечено, что источником проблемы является ориентация на оценку поведения со стороны окружающих, а не на внутриличностные индивидуальные особенности, что остановило выбор тематики следующего занятия на «определении особенностей личности».

**Занятие пятое «Определение особенностей личности»** способствовало выявлению истинного «Я» и позволило разобраться в себе, в своих недостатках, привычках, которыми не довольны, скорректировав их нахождением в себе положительных качеств, что проходило несколько болезненно для участников тренинговой группы и привело к необходимости проведения в конце занятия релаксационного тренинга [Приложение 8].

Так как на предыдущих занятиях мы столкнулись с проблемой неумения сконцентрировать внимание на собственных переживаниях и ощущениях, стало наиболее актуальным использование упражнений, направленных па выявление особенностей личности.

В процедуре «Хиппи» многие участники замолкали и не знали, что сказать, как охарактеризовать одним словом или фразой другого человека. Приведем пример из рефлексии по завершению упражнения: «Очень сложно сказать про другого человека что-то, чтобы его не обидеть. Иногда у меня вертелась фраза, но она была немного жесткая». *«*Язаметил, что обращаю внимания на такие качества у других людей, которые отмечаю у себя самoго», «Не ожидал услышать о себе такое. Может в чем-то они и правы, но я не задумывался о том, что меня видят надменным и заносчивым». Подобные высказывания логично подвели нас к выбору тематики следующего занятия.

**Занятие шестое «Самоанализ и самопознание»** как логичное продолжение предыдущего занятия былонаправлено на познание собственных сильных и слабых сторон, втом числе во взаимодействии с другими людьми.

При выполнении упражнения « назови свои сильные стороны» участники группы столкнулись с трудностями, несмотря на то, что не у всех самооценка занижена. Многим было сложно мыслить о себе в позитивном ключе: «Очень сложно оказалось себя хвалить», «…в голове только негативные качества…» , «мне кажется у меня нет сильных сторон» [Приложение 8].

В свою очередь процедура «Разбор» позволила осознать, что проблемы большинства в принципе не уникальны. Каждый из участников тренинга отметил следующую реакцию: «Что вы на меня набросились. Вы меня не знаете и не пытаетесь узнать. Яне считаю, что со мной что-то не так. Мне неприятно, что так на меня набросились».

При определении своего состояния выявилась необходимость работы по индивидуальной программе с отдельными участниками группы в связи с неадекватной самооценкой и состоянием близкому к депрессии. В результате формирования чувства внутренней устойчивости и доверия к самому себе, развития умений думать о себе в позитивном ключе пришли к выводу, что в работе над собой наиболее важно обнаружение в себе «опоры», позитивного (но адекватного), что можно использовать для самосовершенствования. При сопоставлении групповой оценки и самооценки выявлялись причины расхождений, что позволило участникам тренинга соприкоснуться с теми сторонами своей личности, которые никогда не осознавались ими полностью.

**Занятие седьмое «Конфликтность и способность работать в коллективе»** было изначально направленно на снижение конфликтности участников группы. Упражнения, направленные на осознание своего внутреннего мира, конфликтов, а также демонстрация смены чувства злобы на чувство успокоения, осознание поведения каждого из конфликтующих партнёров привели к получению навыков анализа иразрешения конфликтной ситуации. Об этом свидетельствуют высказывания следующих участников: «Было очень здорово работать в группе, когда решение принимают все вместе», «После проведения упражнений на сплочение появилось ощущение, что я как будто сроднился с этой группой. Как будто я этих людей знаю давно и могу довериться им. Ещё заметил, что стал прислушиваться к мнению другого человека. Я понял, что каждый из нас имеет право считать по-своему, так как у каждого свой жизненный опыт и вместе мы можем решить те задачи, которые ставит перед нами ведущий. А те люди, которые специально напрашиваются на конфликт, не стоят моих нервов», «Я стал лучше общаться и в отделении и с родными , а упражнение «выбор тактики» и «улаживание конфликта» показали мне, что проблему можно решить без проявлений агрессии» [Приложение 8].

**На занятии восьмом «Самосознание»** акцент делался на повышение самосознания, повышение ответственности за свои мысли, чувства, поведение и,соответственное, принятие себя в новом поведении, интегрирование в «Я» новых структур опыта. Осознание своих качеств, мотивов поведения спровоцировало упражнение «перевертыш», в ходе которого прозвучало два полярных высказывания, свидетельствующих о низком и высоком уровнях самоконтроля и саморефлексии; «...интересно, но я никогда не задумываюсь, что и как я говорю. И если честно, зачеммне это нужно. Кому надо, тот поймёт меня», «я всегда взвешиваю все свои слова, и меня обижает, когда кто-то ненароком меня критикует, не имея на это никаких оснований». Процедура «или-или» также помогла в адекватном развитии самосознания, что, в свою очередь, обеспечивает нормальное поведение [Приложение 8].

Также упор был сделан, в связи с существующей потребностью, на преодоление чувства одиночества и осознание того, что для этого нужно приложить определённые усилия.

**Занятие девятое «Погружение в сказку»** аккумулировало в себе три аспекта: диагностический; воздействующий, профилактический; развивающий. Работа шла поэтапно, начиная с поддержки положительных изменений через осмысление жизненного опыта и нахождение ключевых моментов жизни ксовершенствованию с тем, чтобы помочь построить созидательную жизненную программу. Подобный стиль работы группой был воспринят неоднозначно: «По мне так это как-то не серьёзно. Чемуменя могут научить сказки, когда я уже давно вышел из этого возраста…», но в итоге привёл к желаемому результату: «… мне понравилось, я почувствовал себя маленьким, когда у меня не было проблем» [Приложение 8].

**Занятие десятое «Собственно коррекционное»** было направленно на закрепление несуицидальных форм поведения, что происходило через снятие агрессии, работу с аксиологическим компонентом личности, выработку гибкости в поведении, подготовку к будущим проблемным жизненным ситуациям и внесение коррективов в поведение. Упражнение «разрядка» принесло результат по снятию агрессивности, что является важным компонентом в личностном самочувствии, поскольку при невозможности выплеска агрессии во внешний мир, агрессия принимает внутренний (деструктивный) характер. Приведём пример рефлексии до и после проведённых процедур: «...ятак зол, что меня всё раздражает », «...да, я замечал, что после физических нагрузок у меня нет сил злиться я в хорошем настроении и ни к кому не имею претензий. Теперь я понимаю, почему и как это важно не носить в себе отрицательные эмоции и как их не выплёскивать на других» [Приложение 8].

При помощи моделируемой ситуации отрабатывалась модель поведения в экстремальной ситуации. Наиболее эффективным явилось целенаправленное акцентирование внимания на содержании конкретных проблем участников с целью демонстрации методов поиска конструктивных решений. По итогам работы произошло осознание необходимости выброса отрицательной энергии и отработка подобных навыков приемлемыми способами.

**Занятие одиннадцатое «Посмотреть со стороны»** оказалось реальной возможностью узнать что-то полезное из впечатлений о себе, получить прямую обратную связь от других участников. Например, в процедуре «стул откровений» на вопрос: «Скажи нам, почему ты не даешь другим до конца высказать свое мнение, а перебиваешь?», участник ответил; «…я просто хочу помочь говорящему высказать свои мысли». Таким образом, ряд упражнений спровоцировал участников пойти на риск открытия себя вглазах других и на риск открытия себя для других, чтодало информацию для размышлений о том, верно ли воспринимаются наши желания и потребности другими людьми [Приложение 8].

**Занятие двенадцатое «Заключительное»** стабилизировало самооценки участников, актуализировало личностные ресурсы. Обсуждение того, что больше всего пригодиться из пройденного на занятиях, способствовало определению и закреплению позитивных моментов в жизни. Активное размышление о настоящих целях и смысле жизни определили перспективы жизненных и профессиональных целей. Вот некоторые рефлексивные высказывания на заключительном этапе работы: *«*Японял, что очень многое зависит от меня и моего внутреннего настроя», «Не любил обсуждать свои проблемы с другими людьми, относился с подозрением ко многим, но теперь понял, что нет в этом ничего, что бы выставило меня как дурака. Мне стало интересно с другими, я с терпением стал относиться к чужим и своим недостаткам и, как мне кажется, принимать мнение других людей», «… я переборол в себе волнение, так было страшно говорить что-нибудь при всех…», «я стал чувствовать ,что такой же человек ,как и все и мои проблемы можно решить…и что мой диагноз здесь не причем» [Приложение 8].

В ходе тренинговых занятий применялись дискуссии, ролевые игры, психодрама и ее модификации, способы обратной связи, психогимнастические упражнения, разминки, элементы из телесно-ориентированной терапии, Art терапии (танцетерапия, сказкотерапия), проективные рисуночные методики из области психодиагностики.

Таким образом, реализация психологического сопровождения личности, склонной к суицидальным формам поведения, через деятельностный компонент модели суицидального поведения личности происходит при условии закрепления несуицидальный форм поведения, используя в качестве средства социально-психологические тренинги [Приложение 8].

По окончании занятий мы вновь провели диагностику и получили следующие результаты:

**«Шкала психоэмоциональной возбудимости»**

62,5% - низкий уровень

25% - средний уровень

12,5% - тенденции к высокой эмоциональной возбудимости.

Таким образом, отличается положительная динамика. Нам удалось значительно снизить уровень эмоциональной возбудимости у участников тренинга.

**Показатели депрессии** так же имеют тенденцию к снижению, но есть необходимость в дальнейшей работе по этому показателю с помощью индивидуального консультирования:

-Отсутствия депрессии – 50%

-Легкая депрессия – 50%

**«Тест смысложизненных ориентаций»** выявил:

Баллы по показателю «Цели в жизни» значительно повысились это свидетельствует о том, что участники тренинга строят планы на будущее следовательно у них есть ради чего жить:

-норма 50%

-низкий балл 25%

-высокий балл 25%

«Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» баллы по этому показателю стали незначительно выше, это говорит о том, что нам не вполне удалось изменить отношение пациентов к своей жизни:

-25% норма

-62,5% низкий

-12,5% высокий

«Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией»

-37,5% норма

-25% низкий

-37,5% высокий

Основываясь на изменении данных этого показателя мы можем сделать вывод, что нам удалось изменить в лучшую сторону отношение участников тренинга к прожитому отрезку жизни, акцентировать внимание на позитив.

«Локус контроля – Я ( Я – хозяин жизни)»:

-12,5% норма

-50% низкий

-12,5% высокий

Несмотря на то, что баллы изменились незначительно, тем не менее, мы можем отметить, что пациенты стали более уверены в своих силах контролировать события собственной жизни.

«Локус контроля – жизнь»:

-25% низкий

-75% высокий

Пациенты стали более уверены в своих силах контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, и воплощать их в жизнь.

Следует отметить, что общий показатель увеличился у всех участников.

Таким образом, мы с уверенностью можем сказать, что наши участники стали более оптимистично смотреть на жизнь. Смогли обрести новые жизненные ресурсы, сделать шаг к новому видению себя, людей и поняли, что наша жизнь во многом зависит от того, как мы ее воспринимаем, тренинговые занятия способствовали снижению суицидальных тенденций .

Отметим, что ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница» не стоит на месте, работа с пациентами не ограничивается стенами отделения. В настоящее время на базе больницы открыто реабилитационное отделение, в котором, для пациентов больницы, проводятся развлекательные мероприятия (организация концертов, музыкальных программ, дискотек, спортивных праздников и соревнований), групповая и индивидуальная работа (тренинги коммуникативных и когнитивных навыков, психообразовательные тренинги), осуществляется вовлечение пациентов в трудовые процессы; действуют кружки: «Мукасолька» (лепка из соленого теста), «Арт-терапия», кружок любителей музыки (набирается ансамбль), .

Открыта и освещена молельная комната, таким образом пациенты имеют возможность общаться со священником, отцом Николаем, в том числе причащаться и исповедоваться . Несомненно это важное событие именно для работы с людьми склонными к суицидальному поведению. Многие пациенты изъявляют желание посещать «Встречи с отцом Николаем».

При выписке из больницы, пациент не остается без внимания, сведения о нем передаются в психоневрологический диспансер, специалисты которого осуществляют амбулаторное обслуживание. При необходимости пациента направляют в психотерапевтический центр, который так же является подразделением ГУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница», где прием осуществляют высоко квалифицированные специалисты (психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе).

Мы видим, что работа с пациентами не заканчивается после их выписки из стационара. Подобная преемственность является гарантом эффективности и результативности работы.

Таким образом, реализация коррекционной и профилактической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению, реализована успешно, гипотеза нашего исследования подтверждена, цель и задачи реализованы.

**2.3 Рекомендации в работе с суицидальными наклонностями людей**

Решение покончить с собой редко бывает мгновенным. Как правило, в предшествующие самоубийству человека дни и часы можно догадаться о том, что с ним происходит, имеются предупредительные признаки.

Самые убедительные и тревожные признаки выражаются в словесной форме: "Я так больше не могу", "Мне теперь всё равно" или даже "Я думаю о том, чтобы покончить со всем этим". Такие замечания следует всегда принимать всерьёз.

Другие типичные признаки суть:

1. настроение человека становится подавленным или он замыкается в себе;
2. человек ведёт себя безрассудно;
3. человек приводит дела в порядок и раздаёт свои ценные вещи;
4. поведение человека, его отношение к людям или его внешний вид заметно меняется;
5. человек злоупотребляет алкоголем или наркотиками;
6. человек перенёс тяжёлую утрату или его жизнь резко изменилась.

Ниже приведены дополнительные примеры. Все они могут быть признаками того, что человек обдумывает самоубийство. Конечно, в большинстве случаев эти ситуации не приводят к самоубийству. Но, в общем, чем больше таких признаков человек обнаруживает, тем выше риск того, что он покончит с собой.

Ситуации:

- Человек подвергся сексуальному или физическому насилию

- Самоубийство или насилие в семейном анамнезе

- Смерть близкого друга или члена семьи

- Развод или разлука с кем-либо, прекращение отношений

- Неуспеваемость, предстоящие экзамены, результаты экзаменов

- Потеря работы, проблемы на работе

- Предстоящий судебный процесс

- Недавнее тюремное заключение или предстоящее освобождение

Особенности поведения:

- плач,

- драка,

- нарушение закона,

-импульсивность,

- самоповреждение,

-описание смерти или самоубийства,

-предыдущее суицидное поведение,

- крайности в поведении,

-изменения в поведении,

- физические изменения,

-слабость, недомогание,

- нарушен сон - человек спит слишком много или слишком мало,

- потеря аппетита,

- внезапная прибавка или потеря в весе,

- учащение лёгких заболеваний,

- изменение полового влечения,

- внезапное изменение внешности,

- отсутствие интереса к своей внешности,

- мысли и эмоции,

- мысли о самоубийстве,

- одиночество - отсутствие поддержки со стороны родных и друзей,

- человек чувствует, что его чуждаются, чувствует себя маргинализованным,

- глубокая печаль или вина,

- человек не способен понимать что-либо, выходящее за пределы очень узкого круга вещей,

- галлюцинации,

- тревога и стресс,

- беспомощность,

- потеря самоуважения,

Если кто-либо чувствует депрессию или близко к самоубийству, наша первая реакция - попытаться помочь. Мы даём советы, делимся своим собственным опытом, пытаемся найти решение.

Мы принесём больше пользы, если будем молча слушать. Люди, которые близки к самоубийству, не хотят ответов или решений. Они хотят найти место, где они будут чувствовать себя в безопасности, чтобы выразить свой страх, свои тревоги, чтобы быть самими собой.

Слушать - слушать по-настоящему - нелегко. Мы должны подавить желание сказать что-нибудь - сделать замечание, прибавить к рассказу или дать совет. Нам нужно слушать не просто факты, о которых человек нам рассказывает, но и чувства, которые стоят за ними. Нам нужно видеть вещи такими, какими он их видит, поставив себя на его место.

Вот некоторые моменты, о которых следует помнить, если вы помогаете человеку, который хочет покончить с собой.

Чего хотят люди, чувствующие, что они близки к самоубийству?

1. **Чтобы их кто-нибудь выслушал.** Чтобы кто-нибудь, не торопясь, их действительно выслушал. Кто-нибудь, кто не будет им судьёй, и не будет давать советов и высказывать своё мнение, но уделит им всё своё внимание.
2. **Чтобы они могли кому-то доверять.** Кому-то, кто будет уважать их и не попытается взять на себя контроль. Кому-то, кто сохранит всё в полной тайне.
3. **Чтобы кто-то принял в них участие.** Кто-то, кто будет в их распоряжении, с кем они будут чувствовать себя свободно, кто будет говорить спокойно. Кто-то, кто обнадёжит, примет и поверит. Кто-то, кто скажет: "Мне не всё равно".

Чего не хотят люди, чувствующие, что они близки к самоубийству?

1. **Быть в одиночестве.** Равнодушие в общении с таким человеком может привести к тому, что проблема покажется в десять раз сложнее. Совсем другое дело, когда есть к кому обратиться.

Слушайте.

1. **Получать советы.** Нотации не помогают. Не помогают и рекомендации типа "не унывай", и заверение, что "всё будет хорошо", которое так легко дать. Не анализируйте, не сравнивайте, не классифицируйте и не критикуйте.

Слушайте.

1. **Чтобы им задавали вопросы.** Не переводите разговор на другую тему, не соболезнуйте и не относитесь снисходительно. Говорить о чувствах нелегко. Люди, чувствующие, что они близки к самоубийству, не хотят, чтобы их торопили или вынуждали защищать свои действия. Знания, который чувствует, что он опускается, - если он без своеволия,

Когда, кажется, что кто-то находится в опасности совершить самоубийство, спасение его возможно следующими способами: При психозах единственное средство - это стеречь его, пока опасность не пройдет. При понятных, конечных жизненных обстоятельствах, задача состоит в том, чтобы разрешить эти обстоятельства. Если ошибочно предполагается неизлечимая болезнь или другая угроза, способ отсрочки - попытаться убедить, что есть возможности более благоприятного исхода. Эти виды помощи подразумевают, что самоубийство - это действие, обусловленное или каузальными, или понятными причинами. Но если действие безусловное, помощь невозможна; решимость, которая сильнее любого аффекта и как таковая уже переходит границы существования, происходит из совершенного безмолвия.

Безусловный самоубийца ни с кем не говорит; свой конец от тех, кто остается жить, он совершенно скрывает. Он находится в абсолютном одиночестве, в котором никто помочь не может.

Если тот, кто может покончить с собой, говорит о самоубийстве, возможно, он ищет помощь. Не следует это смешивать с другим случаем, хотя объективно их различить нельзя: когда говорят о намерении покончить с собой, чтобы воздействовать, таким образом, на других и увеличить собственную значимость. Душевные движения, такие как отчаяние и ненависть, ослепляют. Несмотря на это, слова о самоубийстве могут быть неясным выражением определенной правды, то есть инстинктивной надеждой найти, таким образом, помощь и вернуться к самому себе.

Самоубийство - это результат социально-психологических 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 подкармливают целый комплекс обстоятельств, во время которых и созревает мысль о самоубийстве. И, прежде всего человека толкает на это безысходность. Он больше не может конструировать свое будущее. И неважно сильный, волевой этот человек или эмоционально неустойчивый. Самоубийства встречаются среди людей разных типов. В первом случае неуравновешенный человек с большими перепадами настроения может совершить импульсивное самоубийство, а бескомпромиссный и волевой - реализовать хорошо подготовленное, продуманное спокойно и холодно решение. Но существуют общие закономерности, объясняющие страшное решение расстаться с жизнью у совершенно разных людей и, прежде всего, это значимость ситуации для данной личности. Именно из-за различной значимости одни и те же типы личности, в сходных ситуациях дают совершенно различную реакцию. Самые распространенные из них это реакции демобилизации, дезорганизации и пессимистического направления.

Реакция демобилизации, самая часто встречающаяся в повседневном общении с людьми. У человека резко изменяется сфера контактов, он замыкается, мучительно переживает свое одиночество, испытывает безнадежность, какую-то психическую травму перерабатывает в сознании в еще большую. Видит трагический тупик без выхода. Тем не менее, он продолжает жить и работать или учиться, ни на что не жалуется, но мрачнеет с каждым днем, уединяется, перестает быть активным и думает о самоубийстве. В данном случае за суицидальными намерениями в половине случаев могут последовать реальные действия. Высоким риском самоубийства отличается реакция дезорганизации. В ее основе лежит какой-то тревожный компонент, нарушен сон, бывают кризы. При этом заметно снижается интеллектуальный контроль. Человека что-то очень мучает, не дает покоя; он становиться раздражительным. Происходит то, что обычно называют потерей “точки опоры”. Благодаря этому может произойти реализация острого намерения уйти из жизни.

Хронически пониженное настроение, такое на первый взгляд невинное явление, относиться к реакциям пессимистического направления. Пессимистическая реакция - одна из самых тяжелых и опасных. У человека происходит изменение мироощущения, появляется мрачное мировоззрение и оценка суждений, представлений. Меняется вся личная шкала ценностей. При этой реакции встречаются как неожиданные, сиюминутные способы самоубийства, так и хорошо заранее продуманные.

Неконструктивность таких эмоций заключается в их обращенности вспять, на то, что уже произошло, и отрицательные эмоции порождаются одними и теми же неприятными воспоминаниями. Отсюда ни в коем случае не следует, что нельзя вспоминать и анализировать то, что уже произошло, даже если это нерадостные воспоминания. Но обращаться к неприятным событиям прошлого целесообразно именно с целью их анализа. Такой анализ при попадании человека в замкнутый круг отрицательных эмоций позволяет уменьшить возможность возникновения подобных ситуаций в дальнейшем, а сам строй мыслей вместо пассивно-унылого состояния обретает динамичность, целенаправленность. Именно целенаправленная активность по достижению реальной и актуальной в настоящее время цели позволяет преодолевать такие состояния, как растерянность, уныние, разочарованность, тоска.

Если систематизировать некоторые способы борьбы с отрицательными эмоциями неконструктивно-застойного характера, которые (способы) могут помочь в избавлении от таких малоприятных, а для некоторых и смертельно опасных, состояний уныния, растерянности, депрессии, то это следующие:

1. ВЫГОВОРИТЕСЬ! Этот прием возможен, когда есть рядом кто-то обязательно доброжелательный и расположенный выслушать вас, пускай даже молча. В социальной психологии такого человека условно именуют “жилеткой”. Обычно это люди немолодые, душевные, умеющие хранить чужие тайны. Нередки случаи, когда облегчение приносит беседа со случайным попутчиком. Здесь работает фактор анонимности. Одинокие люди, имеющие домашних животных, часто выговаривают все, что накипело, им (с полной гарантией сохранения тайны исповеди!).
2. НАПИШИТЕ ПИСЬМО! Если подходящего слушателя нет или вы не хотите прибегать к первому приему, напишите все ваши огорчения и переживания в форме письма. Адресат не важен. Причем это письмо не обязательно отправлять, а если вы его сохраните, то спустя некоторое время вам будет очень интересно, а, скорее всего и полезно, перечитать его, проанализировать и сделать кое-какие выводы.
3. СДЕЛАЙТЕ СЕБЕ ПОДАРОК! Эту рекомендацию можно выполнить как буквально, так и в переносном смысле - “подарив” себе несколько часов или целый день приятного времяпрепровождения. При этом помните, что такого рода “подарки” нельзя делать слишком часто, иначе радость от них заметно потускнеет. Всегда есть человек, нуждающийся в чьей-то помощи, хотя бы в том, чтобы его выслушали. Переключив свою энергию на помощь “ближнему”, вы не только сделаете доброе дело.
4. РАСТВОРИТЕ ПЕЧАЛЬ ВО СНЕ! Если вы сможете заснуть, то это один из наиболее простых и во все века используемых способов расставаться с унынием и плохим настроением. Отдохнувший мозг направит мысли в русло более конструктивных решений и оптимистического отношения к жизни и проблемам, которые неизбежно возникают. Не случайно почти у всех народов есть пословица соответствующая известной русской “Утро вечера мудренее!”. Не забывайте только, перед тем как заснуть, настроить себя на то, чтобы, проснувшись, вы посмотрели на мир без прежних горьких мыслей, от которых опускаются руки и ничего не изменяется в лучшую сторону.
5. “НЕТ ХУДА БЕЗ ДОБРА!” Эта известная поговорка может служить девизом направленности ваших мыслей и действий. Составьте список всего хорошего, что присутствует в вашем положении, бесстрастно проанализировав то событие, которое повергло вас в уныние и тоску. Составив его, направьте все силы на воплощение в жизнь того, что написано - пускай хорошее постепенно начинает перетягивать плохое!

Таким образом, учитывая результаты исследования, мы можем сделать вывод о том, что наша гипотеза частично подтвердилась, поскольку у пациентов снизились показатели депрессии, появились реальные планы на будущее и это, безусловно, будет способствовать снижению суицидальных наклонностей, следовательно, и снижению числа самоубийств, но мы не можем с уверенностью сказать, что число самоубийств сократиться. Для такого утверждения необходим продолжительный период времени в течение, которого мы могли бы этот результат фиксировать.

Загадка смерти всегда будет волновать человечество: вряд ли возможно и однозначное мнение относительно самоубийства. Наверное, и в самом гуманном обществе обстоятельства будут приводить людей к опасной черте. Но, опираясь на неповторимую ценность каждой человеческой жизни, общество может помочь любому выработать жизнеутверждающее мировоззрение, проникнуться верой в великое предназначение человека.

# Заключение

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.

Исследования показывают. Что большинство предсмертных записок не отражает истиной причины самоубийства. Как правило, человек указывает последнее звено своего психологического состояния. Часто сообщаются последние события, конфликты, мелочные обиды, последние слова. За всем этим кроется истинная, глубокая причина, которая не сообщается, и восстановить которую бывает очень сложно.

Статистика свидетельствует, что самоубийства среди подростков тоже имеют тенденцию к увеличению. Это тревожно. Вообще, переход из мира детства во взрослый мир – сложнейший этап. Подростку его новый социальный статус еще не понятен. И здесь, как никогда, могут помочь родители. Статистика говорит, что в регионах, где традиционно прочны связи между родителями и детьми, где почитается родительский дом, очаг – количество самоубийств значительно ниже. Но там, где родительский канал прерывается, передача социальных навыков между поколениями затруднена, главенствующая роль родителей потеряна, там часто проявляются различные социальные отклонения. Парень выходит из дому – для него любой приятель становится авторитетнее папы-профессора. Потому что мальчик считает, что тот не может, не понимает новое поколение, не мыслит его категориями, и плюс ко всему плохо относится к неформалам. Вот такая искаженная психология. Начинаются частые уходы из дому, побеги и даже бродяжничество. А под всем этим нередко скрывается не что иное, как замаскированная депрессия. Конфликт разрастается, а у подростков очень своеобразная форма на все реагировать протест и агрессия. Все эти явления составляют целый букет социальных отклонений. Сюда же включается и грубость и непослушание. А кульминацией может стать и самоубийство.

Таким образом, подводя итог анализа самоубийства, можно выделить следующие факторы риска:

- Врожденная и / или возникшая после сильного стресса склонность к самоубийству.

- Проблемы в личной жизни.

- Сильная травма, в том числе и психическая.

- Социальное неблагополучие: бедность, безработица и т.д.

- Рецидив древней болезни.

- Потеря близких, одиночество, острые конфликты.

- Экономические проблемы, шантаж, сексуальные домогательства, череда драматических событий.

- Нарцистическая травма.

- Психическая болезнь.

- Алкоголь и наркотики.

- Соматические заболевания, сильные боли.

А также сдерживающие факторы:

- Неприятие суицида, обусловленное наследственностью, воспитанием и опытом.

- Персональные качества: глубокое осознание ценности жизни, уверенность в собственных силах, жизненные достижения, способность обратиться за помощью в трудный момент, способность принять чужой совет в ситуации жесткого выбора, открытость опыту и чувствам других людей, готовность усваивать новые знания, коммуникативность.

- Модель родительской семьи: эмоциональная родительская любовь, теплые и доверительные отношения между родственниками, взаимная поддержка.

- Социокультурные факторы: принятие специфических национальных традиций и ценностей, хорошие отношения с друзьями, работодателями и соседями, поддержка окружающих, отсутствие друзей-наркоманов, социальная интеграция через работу, спорт, религию, различные непрофессиональные организации, осознание цели собственной жизни.

- Качество жизни: хорошая еда, хороший сон, много света, физические нагрузки, нет наркотикам и курению.

Суицидогенные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по социальной работе. Следовательно, задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их. Задача эта сложная, требующая разработки масштабных социальных программ, так как для ее решения нужно добиться кардинальных позиций сдвигов в общественных сдвигов в общественных отношениях – и на микро- , и на макросоциальных уровнях.

Высшие образовательные учреждения, занимающиеся подготовкой специалистов по социально-психологической работе, должны ввести не просто специализации “Социально-психологическая работа с группами риска”, но и “Социально-психологическая работа с суицидентами и их окружением”. Это связано с тем, что, во-первых, не все самоубийцы являются “лицами с патологией”, во-вторых, тех знаний, которые даются по работе в экстремальной ситуации или с группами риска, не хватает для адекватной помощи суицидентами, в-третьих, в связи с ростом уровня самоубийств.

Наиболее актуальным направлением является организация социально-психологической работы по профилактике самоубийств, так как это сохранит человеческую жизнь, не принесет страданий близким и окружающим и , наконец, сэкономит средства, “высвободив” их на другие нужды. Любовь к жизни, умение преодолевать возникающие трудности необходимо нормировать уже с детских лет, например, через мультфильмы, сказки, детскую художественную литературу и др. Специфика организации социально-психологической работы с лицами, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению их социальной изоляции и уменьшению суицидальных тенденций.

Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений. Во-вторых, это оптимизация межличностных отношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, “обществ по интересам”, соседей. Но главные усилия должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая привела к суициду. Кроме этих мероприятий, необходимо оказать суициденту необходимой социальной помощи (материальной, социально-бытовой, социально-психологической). Также необходимо оказать социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента.

Таким образом, организация социально - психологической работы по борьбе с самоубийством идет по двум основным направлениям:

* профилактика самоубийств;
* реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

По результатам нашего исследования, мы можем сделать вывод о том, что наша гипотеза частично подтвердилась, поскольку у пациентов снизились показатели депрессии, появились реальные планы на будущее и это, безусловно, будет способствовать снижению суицидальных наклонностей, следовательно, и снижению числа самоубийств, но мы не можем с уверенностью сказать, что число самоубийств сократиться. Для такого утверждения необходим продолжительный период времени в течение, которого мы могли бы этот результат фиксировать.

# Список литературы

1. Акопян К.З. Самоубийство: проблемы мотивации // психологический журнал, 1996 №2. С. 16-23.
2. Актуальные проблемы суицидологи. // Под ред. Портнова А.А. М., 1978.
3. Белоглазов Г. Социологический анализ самоубийств в России, (www вариант).
4. Бердяев “О самоубийстве”.М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – 24 с.
5. Бурханов Р. А. Трансцендентальная антропология И. Канта и Ф.В. Шеллинга – Екатеринбург, Изд-во Уральского государственного университета.
6. Волков Ю.Г., Нечипуренко В.Н. и др. Социология: курс лекций: Учебное пособие. – Ростов-н/Д: Феникс, 1999.
7. Вест. Моск. ун-та. сер. 12., Политические науки. 1998 №6.
8. Ворошилов С., Гилинский Я. Военная девиантология // РЖ,1995,№3.
9. Гуревич П. С. О жизни и смерти // Жизнь земная и последующая. Сборник.- М., Политиздат,1991.
10. Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). М., Мысль, 1994.
11. Иванов В.Н. Девиантное поведение: причины и масштабы // Социально-политический журнал. – 1995. - № 2.
12. Камю А. Бунтующий человек. М., Политиздат., 1990
13. Красненкова И. П. Качество веры, как решающий аргумент в решении проблемы преодоления сознательного суицида. // “Идея смерти в российском менталитете”. – СПб: Издательство “Русский гуманитарный христианский институт”, 1999г.
14. Лазарев С.Н. Диагностика кармы. СПб: Кн.изд «Любовь», 1999.
15. Ланцова Л.А., Шурупова М.Ф. Социологическая теория девиантного поведения // Социально-политический журнал. – 1993. - № 4.
16. Медико-социальные основы здоровья: Учебная программа базовой подготовки по социальной работе /Коллектив авторов под рук. А.В. Мартыненко. - М.: Институт молодежи, ММА им. И.М. Сеченова, 1993. -116с.
17. Осипова О.С. Девиантное поведение: благо или зло? // Социс. – 1998. - № 9.
18. Основы социальной медицины: Учебно-методическое пособие. /Под ред. А.В. Мартыненко. - М.: Социум, 1998. - 87 с.
19. Пелипа В. Е. Депрессия и суицид в практике общесоматических лечебных учреждений // Лечащий врач №06/98
20. Плотников Н. Самоубийства в России // СОЦИС – 1999 №5 с.82-83
21. Радугин А.А., Радугин К.А. Социология. Курс лекций. - М.: Центр, 1997
22. Римашевская Н.М. Русский крест (О численности населения) // Природа – 1999. – №6 – С.3-10.
23. Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики //Социс., 1990, № 4.
24. Социальная работа: Учебное пособие. /Под ред. А.М.Панова, Е.И. Холостовой. - М.: Социально-технологический институт, 1997. - 234 с.   
    Основы социально-медицинской работы. - М.: Рарог, 1998. - 256 с.
25. Смирнов Н. Познай себя М.: Прогресс, 1991-79 с.
26. Сладков Л. С. Плюс Минус жизнь. – М.: Мол. Гвардия, 1990 – 98 с.
27. Философия Достоевского в систематическом изложении М: Республика, 1996.
28. Фролов С.С. Социология. - М.: Логос, 1996
29. Фромм Э. Бегство от реальности // Тайны порока. Харьков: ИКФ «Гриф», 1995. С 146-204.

**Приложение 1**

**Протокол психотерапевтической работы**

**Тренинг когнитивных функций (индивидуальная форма**)

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата завершения занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель: развитие познавательной сферы пациента.

Задачи: развитие памяти, внимания, мышления.

Результат:

-эмоциональная сфера (настроение, мимика, реакция на проводимую работу - поведенческий компонент (оценка активности деятельности (активное или пассивное участие в работе), т.д.)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

-оценка динамики познавательной сферы (психологическое заключение до начала занятий и после проведенной работы),

-эффективность проводимой работы (степень достижения поставленной цели и выполнение поставленных задач) (достигнуто или нет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись проводившего занятия:

Подпись лечащего врача:

Подпись зав. отделения:

**Протокол психотерапевтической работы**

**Тренинг когнитивных функций (групповая форма**)

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата завершения занятий\_\_\_\_\_\_\_

Количество занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид психотерапии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель: развитие познавательной сферы пациента.

Задачи: развитие памяти, внимания, мышления.

Результат:

-эмоциональная сфера (настроение, мимика, реакция на проводимую работу, т.д.),

-поведенческий компонент (оценка активности деятельности (активное или пассивное участие в работе), позиция в группе (лидирующая, зависимая, пассивное пребывание в группе, т.д.)),

-эффективность проводимой работы (степень достижения поставленной цели и выполнение поставленных задач) (достигнуто или нет).

Подпись проводившего занятия:

Подпись лечащего врача:

Подпись зав. отделения:

**Протокол психотерапевтической работы**

**Семейное консультирование**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата завершения занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид психотерапии: (индивидуальная или групповая)

Цель: повышение медико-социальной адаптации в послевыписной периоде, вторичная психопрофилактика с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациента.

Задачи:

-информирование родственников пациентов о клинических проявлениях болезни; возможных прогнозах, осложнениях;

-возможности социальной помощи в условиях семьи,

-анализ и оценка семейных отношений (степень принятия родственниками пациента, его болезни, готовность участвовать в уходе, поведение членов семьи в конфликтных ситуациях, распределение ролей в семье),

-коррекция отношения к больному со стороны членов семьи).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результат:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись проводившего занятия:

Подпись лечащего врача:

Подпись зав. отделения:

**Протокол психотерапевтической работы**

**Музыкотерапия**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата завершения занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид психотерапии: (групповая)

Цель: снижение психофизического напряжения.

Задачи:

-обучение способам расслабления (релаксации),

-развитие воображения путем создания (визуализации) образов,

-повышение уровня саморегуляции.

Результат:

-эмоциональная сфера (настроение, мимика, реакция на проводимую работу, т.д.),

-поведенческий компонент (оценка активности деятельности (активное или пассивное участие в работе), позиция в группе (лидирующая, зависимая, пассивное пребывание в группе, т.д.)),

-эффективность проводимой работы (степень достижения поставленной цели и выполнение поставленных задач) (достигнуто или нет).

Подпись проводившего занятия:

Подпись лечащего врача:

Подпись зав. отделения:

**Протокол психотерапевтической работы**

**Индивидуальная психотерапия**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата завершения занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество занятий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель:

-формирование моделей поведения,

-изменение отношения,

-нормализация психо-эмоционального состояния пациента.

Задачи:

-повышение уровня социального взаимодействия,

-повышение самооценки,

-усиление самостоятельности,

-ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность,

-разбор конфликтных ситуаций (поведение пациента),

-формирование конструктивных моделей поведения,

-повышение способности к социальной адаптации в послевыписной период,

-вторичная психопрофилактика.

Результат:

-эмоциональная сфера (настроение, мимика, реакция на проводимую работу, т.д.),

-поведенческий компонент (оценка активности деятельности (активное или пассивное участие в работе),

-эффективность проводимой работы (степень достижения поставленной цели и выполнение поставленных задач) (достигнуто или нет).

Подпись проводившего занятия:

Подпись лечащего врача:

Подпись зав. отделения: