СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1.Теоретические основы организации социальной помощи, предотвращающей суициды 4

1.1.Основные психологические подходы к исследованию суицида 4

1.2.Причины суицидального поведения 10

1.3.Факторы развития суицидального поведения 13

2.Психологические аспекты превентивной помощи людям «групп риска развития суицидального поведения» 20

2.1.Психологическая диагностика суицидального поведения 20

2.2.Психотерапевтическая и консультативная помощь 23

2.3. Комплексная медико-психологическая реабилитация как возможность профилактики суицидального поведения 29

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 35

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 37

ВВЕДЕНИЕ

Обращая свой взор в глубь веков, всегда и повсюду мы сталкиваемся в истории человечества с феноменом самоубийства. Не удивительно при этом, что самоубийство всегда вызывало и вызывает интерес, сострадание и, как следствие этого, желание разобраться в корнях и истоках этого явления, свойственного только человеку.

Интерес к проблеме самоубийства прослеживается у специалистов различных областей: медиков, психологов, социальных работников, социологов, педагогов. Исследуются причины самоубийств, их статистика, влияние самых различных социальных, демографических, экономических, политических и других факторов. На основе научных работ и обобщений практики развивается молодая наука – суицидология. Ежегодно выпускаются специальные суицидологические журналы, проходят международные симпозиумы, создана международная ассоциация по предупреждению самоубийств.

Данная курсовая работа посвящена изучению возможностей предотвращения суицидов психологическими методами.

Объект курсовой работы – психологические аспекты суицида.

Предмет данной курсовой работы – психологические аспекты социальной помощи, предотвращающей суициды.

Цель данной курсовой работы: выявить возможности организации психологической работы в рамках социальной помощи при суицидах.

Цель конкретизируется в следующих задачах:

1. Изучить научную литературу по избранной теме;
2. Изучить статистический материал по избранной теме;
3. Выполнить теоретическое исследование и сделать необходимые выводы.

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

##### 1.Теоретические основы организации социальной помощи, предотвращающей суициды

#####

##### 1.1.Основные психологические подходы к исследованию суицида

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

Антропологический подход представлен «конституциональными» воззрениями Э. Кречмера и У. Шелдона, усматривавших основу суицидального поведения «в конституциональных или же характерологических особенностях индивида»[[1]](#footnote-1).

Основы психологического подхода к проблеме были заложены 3.Фрейдом в его концепции «влечения к смерти», присущего человеку, а также в описаниях личности невротика[[2]](#footnote-2). В своей работе «Печаль и меланхолия» он раскрывает механизм формирования суицидального поведения. Он пишет: «Там, где имеется предрасположение к неврозам навязчивости, амбивалентный конфликт придает печали патологический характер и заставляет ее проявиться в форме самоупреков в том, что сам виновен в потере любимого объекта, то есть сам хотел ее. Самоистязание меланхолика, несомненно, доставляющее ему наслаждение, дает ему точно так же, как соответствующие феномены при неврозах навязчивости, удовлетворение садистических тенденций и ненависти, которые относятся к объекту и таким путем испытали обращение на самого себя. Только этот садизм разрешает загадку склонности к самоубийству, которая делает меланхолию столь интересной и столь опасной. Мы знаем, что ни один невротик не испытывает стремления к самоубийству, не исходя из импульса убить другого, обращенного на самого себя»[[3]](#footnote-3).

«В гештальт-терапии жизненную активность человека рассматривают как непрерывный процесс созидания и разрушения гештальтов, цепь контактов с окружающей действительностью»[[4]](#footnote-4). Контакту, то есть осознанию, препятствует ряд феноменов, возникающих на его границе в каждой из стадий. Человек, прибегает к ним, чтобы, сопротивляясь, не допустить осуществления контакта. Они представлены защитными механизмами в виде интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции. Каждое конкретное суицидальное действие является реализацией того или иного сочетания следующих четырех векторов.

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

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

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

Слияние, или конфлюэнция, традиционно в гештальт-терапии считается состоянием, в котором человек препятствует возникновению фигуры и связанного в нею возбуждения. Таким образом, его психическая реальность представлена фоном. Человек спасается от переживания действия как принадлежащего ему самому ценой растворения своей личности, полной утраты идентичности в некоем «мы». Конфлюэнтный вектор приобретает значимость, например, при суицидальном поведении в молодом возрасте, при возникновении у юношей высокой степени слияния с группой, например, принадлежащей деструктивному культу. «Конфлюэнтные самоубийства как бы «поглощают» человека и характеризуются заразительностью, поскольку один суицид облегчает или приводит к возникновению последующего, то есть возникает «суицидальная волна». В состоянии слияния человек не осознает своих чувств и потребностей, поэтому является весьма восприимчивым к аутоагрессивным действиям»[[5]](#footnote-5).

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

Психопатологический подход рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Предпринимались, но оказались безуспешными попытки выделения самоубийств в отдельную нозологическую единицу — суицидоманию. Несколько схожую позицию выражает взгляд на суицидальное поведение как пограничное состояние. А. Е. Личко пишет: «Суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии, то есть области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера»[[6]](#footnote-6). А.Е. Личко отмечает, что в 10% у подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время.

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

«Среди подростков совершавших суицидные попытки преобладают истероиды (36%) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты(33%), еще у 13% отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко»[[7]](#footnote-7).

Депрессия наиболее часто упоминается в связи с суицидами, что определяет необходимость ее более пристального рассмотрения. Депрессия переживается субъективно как подавленное настроение, как состояние угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины. Чтобы признать истинную депрессию у конкретного человека не менее двух недель должны проявляться три и более признака[[8]](#footnote-8):

* снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной;
* отсутствие реакции на деятельность (события), которые в норме ее вызывают;
* пробуждение утром за два (или более) часа до обычного времени;
* внешне выраженная психомоторная заторможенность или ажитация;
* заметное снижение (повышение) аппетита;
* снижение веса;
* заметное снижение либидо;
* снижение энергии;
* повышенная утомляемость.

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

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

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

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

Как все виды социальных девиаций, самоубийства чутко реагируют на степень социальной и экономической дифференциации населения и темпы ее изменения. Чем выше степень дифференциации, тем выше показатели суицидального поведения. Особенно «самоубийственно» резкое снижение социального статуса («комплекс короля Лира»). Поэтому относительно высок уровень самоубийств в первые месяцы у солдат срочной службы, среди демобилизованных офицеров, у лиц, взятых под стражу. Дюркгейм писал: «Если человек считает себя ответственным за то, что случилось, то гнев его обращается против него самого; если виноват не он, то - против другого. В первом случае самоубийства не бывает, во втором оно может следовать за убийством или за каким-нибудь другим проявлением насилия. Чувство в обоих случаях одно и то же, изменятся только его проявление. В таких случаях человек всегда лишает себя жизни в гневном состоянии, если даже его самоубийству и не предшествовало никакого убийства»[[9]](#footnote-9).

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

А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Наличие дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную фазу имеет конфликт, переживаемый личностью. «Конфликт может носить межличностный или внутриличностный характер. В том и другом случае он образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую - тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Конфликт, превышающий порог дезадаптации личности, является кризисным»[[10]](#footnote-10).

##### 1.2.Причины суицидального поведения

Э. Дюркгейм, автор первого фундаментального социологического труда, посвященного самоубийствам, различал их по причинам[[11]](#footnote-11):

* эгоистические (как результат недостаточной интеграции общества, ослабления связей между индивидом и обществом);
* аномические (в кризисном обществе, находящемся в состоянии аномии);
* альтруистические — как следствие чрезмерного социального контроля.

#### Таблица 1.1

|  |  |
| --- | --- |
| Основной характер | Второстепенные вариации |
| Элементарныетипы | Эгоистическое самоубийство | Бесстрастие | Вялая меланхолия, услаждающая собою рассудочное равнодушие скептика |
| Альтруистическоесамоубийство  | Страстная или волевая энергия | Со спокойным чувством долга С мистическим энтузиазмомСо спокойной храбростью |
| Аномическое самоубийство | Раздражение, отвращение | Горячий протест против жизни вообщеГорячий протест против определенного лица |
| Смешанные типы | Эгоистично-аномическоесамоубийство |  | Смесь возбуждения и бесстрастия, действия и мечтательности |
| Аномично-альтруистическое | Возбужденное отчаяние |
| Эгоистично-альтруистическое | Меланхолия, умеряемая известной моральной твердостью |

Последователь Э. Дюркгейма «М. Хальбвакс частично отходит от классификации учителя, предлагая различать самоубийство искупительное (самообвинение), проклинающее (протестное) и дезиллюзионное (результат разочарования, неудовлетворенности своим статусом и др.). М. Хальбвакс отрицает альтруистическое самоубийство, считая его самостоятельным феноменом самопожертвования»[[12]](#footnote-12).

Э. Шнейдманн[[13]](#footnote-13) выделяет три типа самоубийства: эготическое, дуалистическое и «выламывающееся». Эготическое - плод внутреннего психологического диалога с самим собой, самопорицающей депрессии. Это суицид психологической природы. Дуалистическое - результат коллизий с внешним миром, следствие фрустрации, ненависти, страха, стыда, гнева, чувства вины, импотенции и т. п. Это суицид, социальный по своей природе. «Выламывающийся» суицид - это последствие «выпадения» из поколения, непричастности к своему времени, поколению, «выламыванию» из поколенческих, родственных, семейных связей, сетей.

Всемирная Организация Здравоохранения насчитывает 800 причин самоубийств. Из них: 41% - неизвестны; 19% - страх перед наказанием; 18% – душевная болезнь; 18% - домашние огорчения; 6% - страсти; 3% денежные потери; 1,4% - пресыщенность жизнью; 1,2% - физические болезни[[14]](#footnote-14).

Та же организация насчитывает 80 способов ухода из жизни. Предпочтительные способы самоубийств могут сильно отличаться, в зависимости от региона.

- Повешение. Именно этот способ ухода из жизни выбирает большинство самоубийц.

- Огнестрельное оружие. В США, где оружие легкодоступно, 60% самоубийц умирает именно от пули.

- Отравление. От передозировки лекарственных средств погибает 15-18% самоубийц.

- Считается, что большой процент фатальных ДТП с единственной жертвой – фактически суициды. Такое явление получило даже специальное название – автоцид.

Интересный философско-психологический взгляд на причины суицида высказан О. Дарком: «Самоубийство - замена творческого акта. Обыватель прав, когда считает, что художник покончил с собой потому, что исчерпался. Самоубийство - его последнее произведение, которое всегда в запасе. Художник распоряжается жизнью и смертью - героев, своей собственной - в тексте. «Рядовой» самоубийца, казалось бы, может только раз сымитировать авторскую распорядительную роль»[[15]](#footnote-15). Очевидно, что автор описывает недостаток жизненного авторства, невозможности сконструировать и осуществить свой индивидуальный жизненный путь.

##### 1.3.Факторы развития суицидального поведения

Р. Марис[[16]](#footnote-16) вводит в научный оборот понятие «суицидальная карьера». Он выявляет восемь значимых ключевых «узлов» в «суицидальной карьере»:

1) возраст, пол и развивающийся застой;

2) ранняя травма;

3) изоляция, негативное взаимодействие и сексуальные отклонения;

4) служебная карьера;

5) алкоголь, наркотики и соматические заболевания;

6) депрессия и беспомощность;

7) религиозный фактор;

8) летальность способов поведения.

Р. Марис представляет пятнадцать различных моделей «пути к суициду». Он уверен, что системная теория суицида должна включать четыре широких компонента: личностный, социальный контекст, биологические факторы и «временные», включая «суицидальную карьеру». Факторный анализ позволил ему довести исследование до уровня моделирования суицидального поведения.

С точки зрения И. Макинен, существуют следующие группы суицидогенных факторов[[17]](#footnote-17):

* психологические (мозговые дисфункции, соматические заболевания, фрустрация, депрессия, безнадежность, неврозы, шизофрения, алкоголизм, наркомания);
* экологические (включая географические, климатические, погодные);
* экономические (безработица, экономическая нестабильность);
* социальные (модернизация, социальная дезорганизация, индустриализация, урбанизация);
* культурологические, включая религиозные (превалирующие ценности, СМИ, «национальный характер», традиции).

Все исследователи суицида, так или иначе, рассматривают группы социально-экономических, национальных и возрастно-психологических факторов. Все они влияют на психическую реальность личности таким образом, что она может принять решение о добровольном уходе из жизни. Вычленение этих факторов происходит не в результате умозрительных обобщений, а является продуктом изучения статистических данных.

По официальной мировой статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством около 1000000 человек. Среди них: 280 тысяч китайцев, 60 тысяч русских, 30 тысяч американцев, 25 тысяч японцев, 20 тысяч французов, 10 тысяч украинцев. Официальная статистика суицида значительно отличается от реальных цифр (приблизительно в 4 раза), поскольку в нее попадают только явные случаи суицида.

Всемирная организация здравоохранения делит все страны по показателю суицида на три группы[[18]](#footnote-18):

- Низкий уровень самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения) - Гватемала (0.5), Филиппины (0.5), Албания (1.4), Армения (2.3), Греция (4.8). Самый низкий уровень самоубийств отмечается в Египте (0.03);

- Средний уровень самоубийств (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) – Италия (10.3), Белоруссия (16), Австралия, США;

- Высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек на 100 тыс. населения) - Литва (90.5), Эстония (54.9), Латвия (54), Венгрия (35.9).

Россия уже давно занимает прочную позицию в третьей группе (36.1). В Москве суицидальный показатель составляет 11, в Питере - 18. В некоторых районах России (Волго-Вятский, Западно-Сибирский, Восточно-Сибирский, Дальневосточный, Уральский) этот показатель достигает 65-80, Корякия (133), Коми (110), Алтай (102), Удмуртия - 101 на 100 тыс. населения[[19]](#footnote-19).

Можно проследить динамику суицидальной кривой в бывшем Советском Союзе. После октябрьской революции и гражданской войны кривая самоубийств резко пошла вверх. К 1926 году в Москве и Ленинграде уровень самоубийств на 100 тысяч составлял 42 среди мужчин и 20 среди женщин (и это только официальная статистика). Далее, были два скачка - в 1937-м и в 1947-м. Затем - некоторый спад во время хрущевской «оттепели», и резкий рост вплоть до 1984 года (39 человек на 100 тысяч), когда Россия занимала по числу самоубийств второе место, уступая только Венгрии.

Во время перестройки уровень самоубийств резко упал (до 23 человек), но, начиная с 1988 года, вновь стал расти, и в 1994-м количество самоубийств возросло чуть ли не вдвое. Это означает, что 2,7 процента всех умерших в стране составляют самоубийцы. Для сравнения - аналогичный показатель для 50-х годов ХIХ века - 0,06 - 0,09 процента.

Существуют этнические группы, предрасположенные к суициду. К примеру, среди угро-финской группы: жители Удмуртии, Венгрии или Финляндии.

Суицидальный риск различается для различных профессий (оцениваемый в баллах от 1 до 10) выглядит так: на первом месте музыкант (8,5 балла); далее следуют медсестра (8,2); зубной врач (8,2); финансист (7,2); психиатр (7,2); замыкают список библиотекарь (3,2) и продавец (2,1).

По статистике, состоящие в браке кончают с собой значительно реже, нежели холостые или разведенные. Высокий уровень самоубийств у тех, кто потерял партнера - они кончают с собой в три раза чаще, чем семейные.

Вопреки расхожим представлениям, алкоголь перед суицидом употребляли лишь 8% самоубийц, а наркотики – 4%. Такие же житейские заблуждения связаны с материальным положением суицидентов. Удовлетворительное материальное обеспечение имеют 44% суицидентов, неудовлетворительное – 56%. Уровень жизни и количество самоубийств не связаны между собой - так одна из самых высокоразвитых и богатых стран Европы - Швеция на протяжении десяти лет является одним из лидеров по числу суицидов.

Важным психологическим фактором выступают взаимоотношения, широта круга общения:

* Общались с широким кругом людей – 24%;
* С несколькими людьми – 60%;
* Были замкнуты и избегали общения – 16%.

Во всем мире прослеживается связь числа самоубийств с возрастом.

Диаграмма 2.1

Диаграмма 2.2.

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

К сожалению, светлые картины личных воспоминаний у сегодняшнего старшего поколения зачастую тонут в общественной волне печальных напоминаний об эпохе 30-х годов, а подчас и в собственной горечи «покаяния» и утери прежних жизненных ценностей.

Люди средних возрастов в России, еще полные сил, часто ощущают свое несоответствие современным реалиям, утрату профессиональных навыков. Людям этих возрастов трудно найти высокоплачиваемую работу, так как уже накоплен жизненный опыт, не позволяющий быть легкоуправляемыми. Иными словами, люди этого возраста думают «не ногами», а «головой».

Часто эту возрастную группу сопровождает неуверенность в своем профессиональном и социальном будущем, чувство вины за несоответствие требованиям и плохую работу, тревога за свое место и уровень заработной платы, негативные эмоции от конфликтов с руководством и коллегами.

Те, кто, казалось бы, успешно адаптировался, стал жить «быстрее» получают дополнительные стрессовые нагрузки из-за большой напряженности труда и из-за тех или иных барьеров, возникающих при этом на их пути, а также из-за возрастающей конкуренции и необходимости постоянно делать выбор из большого числа альтернатив.

«На первом месте из проблем, характерных для подростков и молодежи с суицидальным поведением, находятся отношения с родителями. Примерно в 70 % случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом, на втором месте - трудности, связанные со школой, на третьем - проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола»[[20]](#footnote-20). Суициды из-за неразделенной любви у подростков до 16 лет составляют практически половину от общего числа самоубийств, а после  25 лет по этой причине кончают с собой гораздо реже.

Многие попытки суицида у молодых рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам, пробить стену непонимания между младшим и старшим поколениями.

Интересно, что у молодых (в возрасте 15-19 лет), наоборот, ранние браки не спасают от уменьшения риска суицида - по данным американских авторов, среди женатых юношей в 1.5, а среди замужних девушек в 1.7 раз процент самоубийств выше, чем у их несемейных сверстников. «Это связано прежде всего с тем, что «молодые» браки чаще всего являются попыткой, и не всегда удачной, решить какие-то другие, не относящиеся к браку проблемы, например, избавиться от невыносимой обстановки в семье родителей»[[21]](#footnote-21).

Школьные проблемы также могут вызвать суицид или попытку к нему. «Школьные трудности обычно связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями и администрацией школы, реже с взаимоотношениями в классе»[[22]](#footnote-22).

В подростковом возрасте часто возникает сильная эмоциональная привязанность к другому человеку. «И разрыв отношений воспринимается как фатальный, выход из которого один – самоубийство. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, происходят «ситуативные самоубийства» - импульсивные, неподготовленные и собственно несвязанные с осознанным намерением лишить себя жизни»[[23]](#footnote-23).

«Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей: «дать понять человеку, в каком ты отчаянии» - около 40 % случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» - около 30 % случаев, «показать, как ты любишь другого» и «выяснить, любит ли тебя действительно другой» - 25%, «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение» - 25 %, и наконец в 18 % случаев «призыв, чтобы пришла помощь от другого»[[24]](#footnote-24).

Трудное социально-экономическое положение почти всего населения приводит к тому, что детьми некогда и некому заниматься. Подростки предоставлены самим себе, и строят жизнь, как могут и умеют. Без поддержки родителей, а то и при их противодействии, возникают проблемы, кажущиеся молодому человеку неразрешимыми.

«Обостряется межпоколенческий разрыв в силу того, что современная российская семья дестабилизирована, не выполняет своих функций как социокультурный институт»[[25]](#footnote-25).

На основании всего вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

* Самоубийство является предметом изучения многих наук, что порождает разнообразие подходов к его объяснению;
* Психологические подходы можно классифицировать следующим образом: антропологический подход, собственно психологический подход, психопатологический подход, социально-психологический подход. Кроме того, органично дополняют психологические подходы социология и культурологические объяснения;
* Среди основных причин суицидов можно назвать страх перед наказанием, душевную болезнь, домашние огорчения, страсти, денежные потери, пресыщенность жизнью, физические болезни;
* Самый популярный способ суицида в мире – повешение;
* К суицидогенным факторам можно отнести: психологические, экологические, экономические, социальные, культурологические.

##### 2. Психологические аспекты превентивной помощи людям «групп риска развития суицидального поведения»

#####

##### 2.1. Психологическая диагностика суицидального поведения

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

И все же необходимость решать эту общественно значимую проблему всеми доступными способами заставляет искать, прежде всего, диагностические пути, позволяющие, прежде всего, выявить «группу риска возникновения суицидального поведения». Особенно важна такая работа в отношении молодых людей, подростков. Хайкина М.В. пишет: «Анализ вариантов суицидального поведения позволяет сделать вывод, что подростки, совершающие попытку самоубийства, имеют личностные особенности, располагающие в определенных ситуациях к подобному типу поведения. Поэтому в психологии важно разработать пакет диагностических методов, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую помощь».[[26]](#footnote-26)

Обычно психологи включают в диагностические батареи известные, хорошо зарекомендовавшие себя методики и тесты, позволяющие исследовать глубинные тенденции и потребности личности. Выбирают обычно проективные методики, такие как ТАТ (тематический апперцептивный тест), Тест Г. Роршаха (цветные пятна), тест Розенцвейга, позволяющий исследовать уровень социальной дезадаптации и характер реагирования в затруднительных ситуациях. Часто исследователи предпочитают пиктограммы[[27]](#footnote-27).

Кроме перечисленных методик психологи и психотерапевты используют различного рода приемы и процедуры, позволяющие проверить эффективность проведенной психотерапевтической работы. Например, В. Франкл[[28]](#footnote-28) предлагал пациентам расположить значимые события в прошлом и предполагаемые в будущем на прямой, символизирующей жизнь. Отказ человека отметить события будущего считался тревожным признаком.

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

При обработке результатов по тесту Г. Айзенка имеются в виду следующие характеристики[[29]](#footnote-29):

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

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

Таблица 2.1

Сравнение среднебалльных показателей по шкалам в группе суицидентов и в контрольной группе

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

Как свидетельствует Таблица 2.1 наибольшие различия между группами получены по шкалам тревожности. Это говорит о том, что суициденты характеризуются более низким порогом возникновения реакции тревоги, чем подростки из контрольной группы. По шкале фрустрации также были выявлены значимые различия. В группе суицидентов уровень фрустрации существенно выше. Таким образом, наиболее информативными показателями являются тревожность и фрусмтрация. В то же время, Хайкина М.В. отмечает, что данная модификация опросника не предоставляет возможностей для однозначного заключения о склонности к суициду

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

1) «Завтра я…»;

2) «Когда я закончу школу…»;

3) «Наступить день, когда…»; 4) «Я хочу жить, потому что…».

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

##### 2.2.Психотерапевтическая и консультативная помощь

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной или скрытой форме. Всегда есть опасность, что слабо выраженная депрессия может перейти в острую с суицидальными намерениями. Психотерапевт или консультант тоже человек со своими предубеждениями и заблуждениями. Часто начинающие специалисты пренебрегают информацией о суицидальных намерениях клиента, не могут сопережить или понять его готовности совершить самоубийство, даже если клиент прямо или косвенно высказывает такое намерение. Р. Кочюнас утверждает: «Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них».[[30]](#footnote-30)

Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Кеннеди указывает на несколько критериев риска[[31]](#footnote-31):

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

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

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

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве. Встретившись с депрессивным клиентом, высказывающим суицидальные намерения, очень важно оценить риск их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента. Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы. Прямо спрашивать: «Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?» - неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию. Эффективна тактика постепенного расспроса. Например:[[32]](#footnote-32)

Консультант: Как идут дела?

Клиент: (пожимает плечами)

Консультант: Не все хорошо?

Клиент: (трясет головой)

Консультант: Грустно?

Клиент: (кивает головой)

Консультант: Все кажется безнадежным?

Клиент: Да

Консультант: Жизнь иногда кажется бессмысленной?

Клиент: Иногда

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

Клиент: Большую часть времени

Консультант: Возникает желание покончить с жизнью?

Клиент: Иногда

Консультант: Обсуждали ли Вы, как это сделать?

Клиент: Еще не зашел так далеко.

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

Существую определенные правила консультирования лиц с суицидальными намерениями:

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

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

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

1. Мировоззренческие установки:
* специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает клиент вне стен терапевтического кабинета;
* самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
* нельзя предотвратить самоубийство, если клиент действительно принял решение.
1. Тактика при консультировании клиентов с суицидальными намерениями:
* необходима бдительность и готовность к неудаче;
* в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
* необходимо обсудить с коллегами самоубийство клиента как возможный вариант выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь клиента и помочь ему найти другие пути выхода из кризиса.
1. Как реагировать на самоубийство клиента:
* исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
* вы обретаете потрясающий опыт;
* не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.
1. Преодоление последствий самоубийства клиента:
* скорбь – естественная реакция, и все переживают ее одинаково;
* говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
* позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
* помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутым врасплох.

##### 2.3. Комплексная медико-психологическая реабилитация как возможность профилактики суицидального поведения

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

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

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

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

Морозова М.В и Овчинникова М.Н. пишут: «Создание комплексной медико-психологической службы, доступной основной массе детского населения страны - реальный шаг на пути оздоровления подрастающего поколения. Генеральная направленность деятельности службы - психогигиеническая - определяется характером поставленной задачи всемерно содействовать охране и укреплению психического здоровья детей и подростков. Отличительной особенностью работы службы является трехдисциплинарный подход: психолого-педагогический, медицинский, социальный, то есть работа осуществляется совместными усилиями специалистов различного профиля: психологами, медицинскими и социальными работниками в тесном контакте с педагогическим коллективом учебного заведения и родителями»[[33]](#footnote-33).

Можно выделить два основных направления работы:

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

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

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

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

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

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

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

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

Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В. приводят программу также комплексного характера, направленную на преодоление дезадаптаций у военнослужащих, выводимых из мест боевых действий, вообще, и на профилактику суицидального поведения, в частности. Она разработана на основе психологических трудов А.Г. Караяни.[[34]](#footnote-34) Приведем краткое содержание данной программы.[[35]](#footnote-35)

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

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

Задачи:

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

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

1-Й ЭТАП:

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

Форма проведения: групповая диагностика.

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

Выделяются следующие критерии для отнесения к группам риска:

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

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

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

2-Й ЭТАП:

Цель: углубленная психодиагностика как основа дальнейшей коррекционной работы.

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

Форма проведения: групповая диагностика

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

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

3-Й ЭТАП:

Цель: проведение индивидуальной и групповой коррекционной работы.

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

На основании всего вышеизложенного в Главе 2, можно сделать следующие выводы:

* Люди, совершающие попытку самоубийства, имеют личностные особенности, располагающие в определенных ситуациях к подобному типу поведения. Поэтому в психологии важно разработать пакет диагностических методов, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую помощь;
* Диагностически значимыми показателями, связаннами с повышенной вероятностью возникновения суицидального поведения являются тревожность, фрустрация, агрессия и ригидность;
* При высоком риске суицидального поведения показано психологическое консультирование и психотерапия, важнейшим результатом которых для клиента является понимание и чувство, что он услышан и не одинок;
* Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство;
* Возможна работа с «группами риска развития суицидального поведения» по специальным программам реабилитации и реадаптации, направленным, прежде всего на развитие общения, взаимопонимания, новых социальных контактов, навыков, преодоление стрессовых состояний.

##### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

##### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980;
2. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 1994;
3. Берман А. Суицид - общие теории и предотвращение. – Режим доступа: www.ihtik.lib.ru;
4. Бойко И.Б. Самоубийство и его предупреждение. – Рязань, 1997
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб, 1999;
6. Глэддинг С. Психологическое консультирование. – СПб, 2002;
7. Дарк О. Феноменология суицида. – Режим доступа: www.ihtik.lib.ru;
8. Дюркгейм Э. Самоубийство. – СПб, 1998;
9. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. – М., 1998;
10. Кон И.С. Психология ранней юности. – М., 1989;
11. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999;
12. Красненкова И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида // Вестник Московского Университета, сер. 12, Политические науки, 1998, № 6, 18-33;
13. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - М., 1983;
14. Мирошниченко В.Н. Функциональная трансформация института семьи в современном российском обществе: автореферат дисс. на соиск. ученой степени канд. социол. наук. - Ростов-на-Дону, 2007;
15. Морозова М.В., Овчинникова М.Н. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994;
16. Польстер И. “Я” в действии: взгляд гештальт-терапевта. Эволюция психотерапии: сборник статей. Т. 3. “Let it be...”: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Под ред. Дж.К. Зейга - М., 1998;
17. Польстер М. Гештальт-терапия: :эволюция и практика. Эволюция психотерапии: сборник статей. Т. 3. “Let it be...”: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Под ред. Дж.К. Зейга - М., 1998;
18. Практическая психология в образовании / под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1997;
19. Проблемы суицида. Лучшие рефераты по социологии / сост. О.А. Нор-Аревян. – Ростов-н/Д, 2001;
20. Психология и психоанализ характера / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара, 1998;
21. Райс Ф. Психология подростка. – СПб, 2000;
22. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В. Программа коррекционной работы с дезадаптивными военнослужащими. – Ростов-на/Д, 2003;
23. Статистика суицида. – Режим доступа: www. lossofscoul.com;
24. Франкл В. О смысле жизни. – Самара, 1996;
25. Фрейд З. О психоанализе. Психология бессознательного. – СПб, 2007;
26. Фрейд З. Печаль и меланхолия. – Режим доступа: www. kog.ru;
27. Хайкина М.В. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994;
1. Психология и психоанализ характера / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара, 1998, с.227 [↑](#footnote-ref-1)
2. З. Фрейд. О психоанализе. Психология бессознательного. – СПб, 2007, с. 321 [↑](#footnote-ref-2)
3. З. Фрейд. Печаль и меланхолия. – Режим доступа: www. kog.ru [↑](#footnote-ref-3)
4. Польстер И.“Я” в действии: взгляд гештальт-терапевта. Эволюция психотерапии: сборник статей. Т. 3. “Let it be...”: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Под ред. Дж.К. Зейга - М., 1998; с. 102 [↑](#footnote-ref-4)
5. Польстер М. Гештальт-терапия: :эволюция и практика. Эволюция психотерапии: сборник статей. Т. 3. “Let it be...”: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Под ред. Дж.К. Зейга - М., 1998, с. 111 [↑](#footnote-ref-5)
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - М., 1983, с.246 [↑](#footnote-ref-6)
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Психология подростка. Хрестоматия/сост. Ю.И.Фролов. – М., 1997, с.302 [↑](#footnote-ref-7)
8. Первова И.Л. Диагностика и лечение детской и подростковой депрессии // Вопросы психологии, 1999, №3, с. 108 [↑](#footnote-ref-8)
9. Дюркгейм Э. Самоубийство. – СПб, 1998, с.392 [↑](#footnote-ref-9)
10. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980, с.98 [↑](#footnote-ref-10)
11. Дюркгейм Э. Самоубийство. – СПб, 1998, с.13-16 [↑](#footnote-ref-11)
12. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 1994, с.31 [↑](#footnote-ref-12)
13. Красненкова И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида // Вестник Московского Университета, сер. 12, Политические науки, 1998, № 6, 18-33 [↑](#footnote-ref-13)
14. Статистика суицида. – Режим доступа: www. lossofscoul.com [↑](#footnote-ref-14)
15. Дарк О. Феноменология суицида. – Режим доступа: www.ihtik.lib.ru [↑](#footnote-ref-15)
16. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 1994, с.29 [↑](#footnote-ref-16)
17. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 1994, с.33 [↑](#footnote-ref-17)
18. Берман А. Суицид - общие теории и предотвращение. – Режим доступа: www.ihtik.lib.ru [↑](#footnote-ref-18)
19. Статистика суицида. – Режим доступа: www. lossofscoul.com [↑](#footnote-ref-19)
20. Проблемы суицида. Лучшие рефераты по социологии / сост. О.А. Нор-Аревян. – Ростов-н/Д, 2001, с. 233 [↑](#footnote-ref-20)
21. И.С. Кон. Психология ранней юности. – М., 1989, с. 234 [↑](#footnote-ref-21)
22. Практическая психология в образовании / под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1997, с. 429 [↑](#footnote-ref-22)
23. Ф. Райс. Психология подростка. – СПб, 2000, с.356 [↑](#footnote-ref-23)
24. Проблемы суицида. Лучшие рефераты по социологии / сост. О.А. Нор-Аревян. – Ростов-н/Д, 2001, с. 238 [↑](#footnote-ref-24)
25. Мирошниченко В.Н. Функциональная трансформация института семьи в современном российском обществе: автореферат дисс. на соиск. ученой степени канд. социол. наук. - Ростов-на-Дону, 2007, с. 17 [↑](#footnote-ref-25)
26. Хайкина М.В. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994, с.110 [↑](#footnote-ref-26)
27. Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб, 1999 [↑](#footnote-ref-27)
28. Франкл В. О смысле жизни. – Самара, 1996, с. 457 [↑](#footnote-ref-28)
29. Методика диагностики психических состояний Г. Айзенка. Практическая психодиагностика / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара, 1998, с. 141-145 [↑](#footnote-ref-29)
30. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999, с.199 [↑](#footnote-ref-30)
31. Глэддинг С. Психологическое консультирование. – СПб, 2002, с.544 [↑](#footnote-ref-31)
32. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999, с.201 [↑](#footnote-ref-32)
33. Морозова М.В., Овчинникова М.Н. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличевой. – М., 1994, с.174 [↑](#footnote-ref-33)
34. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. – М., 1998, с.173 [↑](#footnote-ref-34)
35. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В. Программа коррекционной работы с дезадаптивными военнослужащими. – Ростов-на/Д, 2003, с.19-24 [↑](#footnote-ref-35)