

## **«Методика взаимодействия с лицами, имеющими суицидальные наклонности. Факторы и психологические особенности лиц, имеющих суицидальные наклонности»**

### **Актуальность профилактики суицида в правоохранительной деятельности**

Актуальность проблемы заключается в том, что увеличение частоты суицидов и покушений на самоубийство, происходящее, как в нашей стране, так и в большинстве стран мира, отрицательно сказывается на состоянии общественного порядка, нравственных и духовных устоях общества, его экономическом состоянии.

Самоубийства являются одной из острейших проблем современного общества. Самоубийство гражданина, совершенное на территории, обслуживаемого участка, является чрезвычайным происшествием для участкового уполномоченного милиции, и в любом случае, связано с качеством его профилактической деятельности.

Специальная профилактика суицидальных происшествий включает:

1. Выявление лиц с повышенным риском самоубийства.

2. Прогнозирование суицидальной активности последних.

3. Своевременное оказание адекватной помощи лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса.

Лица, имеющие суицидальные наклонности, являются одной из категорий граждан, с которыми приходится сталкиваться участковому уполномоченному милиции в ходе реализации своих должностных обязанностей. Его коммуникативная компетентность предполагает наличие способности оказывать такое влияние на представителей данной категории граждан, которое будет способствовать восстановлению их желания нормально жить, работать, учиться и т.д. Для того, чтобы это влияние было эффективным, участковому необходимо знание психологических аспектов суицидального поведения, а также способов его профилактики.

Самоубийство, суицид (лат.sui – себя, caedere - убивать) – умышленное (намеренное) лишение себя жизни является не только чрезвычайным событием на обслуживаемом участке, но и противозаконным актом.

Как правило, самоубийства очень трудно профилактировать, предугадать. Импульсивные - из-за скоротечности возникновения причин и поводов самоубийства (характерны для лиц молодого возраста). Подготовленные - человек, уже убежденный в том, что жизнь потеряла для него смысл, будет стремиться тщательно скрывать задуманное, чтобы предотвратить вмешательство окружающих. Соответственно причины самоубийства определяются и анализируются обычно после самого факта.

### **Факторы суицидального поведения, анализируемые сотрудником в процессе взаимодействия с суицидентом**

Сотруднику правоохранительных органов следует быть в максимально полном объеме проинформированным в вопросах о причинах, факторах суицидального поведения.

В первую очередь это психологические причины, коренящиеся в чувствах и понятиях человека, общей направленности его жизни, психологических особенностях. Недавно был распространен взгляд, будто всякое самоубийство совершается только психически ненормальными. Конечно, душевная болезнь может натолкнуть на уход из жизни, но признать психическую ненormalность единственной причиной всех самоубийств - значит идти против очевидных фактов. Добровольно уходит из жизни масса таких людей, которые при жизни каких-нибудь признаков болезни, а напротив отличались последовательной логикой, содержательностью спокойствием и вообще всеми свойствами психически здорового человека.

Современные данные по проблеме констатируют - среди лиц, совершивших попытки самоубийства или же покончивших собой только около 1/4 являются душевнобольными.

Кроме психологических, внутренних причин существуют еще и причины социальные. К их категории относятся: экономические кризисы, культурные традиции, когда у определенных народов самоубийство носило характер предписания, сохранение чести рода;

Выяснение истинных мотивов самоубийств очень - сложная задача. В силу ряда причин окружающие самоубийцу лица и его родственники часто бывают незaintересованы в разглашении побудительных сил самоубийства. Лица, покушавшиеся на самоубийства, не всегда адекватно оценивают смысл своих поступков и зачастую выдвигают в качестве их объяснений лишь непосредственные поводы, близайшие события, или собственные искаженные версии событий. Изучение материалов расследования по фактам самоубийств, историй болезней лиц, покушавшихся на свою жизнь, беседы с ними, их родственниками, друзьями, коллегами дают возможность сгруппировать поводы и мотивы самоубийств.

Факторы суицидального поведения:

С определенной долей условности известные к настоящему времени факторы, ведущие к суицидальному поведению, можно классифицировать как социально-демографические, природные, медицинские, индивидуально-психологические.

Социально-демографические факторами суицидального поведения являются: пол, возраст, место жительства, семейное положение, образование, общественное положение, социально-экономические факторы.

**Пол.** Установлено, что женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; но в большинстве случаев эти покушения носят демонстративный характер и направлены не на прекращение собственной жизни, а на улучшение ее качества (привлечь внимание к своему несчастью, получить помочь, вызвать сострадание и прочее). У мужчин суицид чаще носит завершенный характер. Объяснение этого факта, возможно, кроется в методах самоубийства: женщин обычно больше интересует вопрос о том, что произойдет с их телом после смерти, их больше волнует эстетика самоубийства. Подавляющая часть женщин почти всегда использовала пассивные средства саморазрушения, например снотворные препараты, яды или газ. Большинство же мужчин чаще совершают суицид путем повешения, использования огнестрельного оружия или прыжка с высоты.

Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2—3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины преобладают над женщинами. В нашей стране существенных отличий в уровнях покушений на самоубийство у мужчин и женщин не выявлено; однако отмечается некоторое увеличение числа суицидальных попыток у мужчин — 1,1:1.

Характерно, что в скандинавских странах, где эмансипация началась раньше и получила большее развитие, социальные роли полов почти полностью нивелированы, и, как результат, количество самоубийств среди женщин и мужчин почти сравнялось. Редким исключением в этом отношении является Япония — там женщины убивают себя чаще, чем мужчины, что особенно проявляется в старших возрастных группах, что видимо, объясняется особенностями национальной культуры.

**Возраст.** Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3—6 лет. Смертность от самоубийства в возрасте до 10 лет очень низкая, в 15—19 лет наблюдается ее повышение. А возраст 20—30 лет является периодом жизни, в котором наблюдается наибольшее число суицидальных попыток, что связано с предъявлением именно в этом возрасте наиболее высоких требований к адаптационным механизмам личности. Однако пик завершенных суицидальных актов отмечается среди лиц 45—49 лет, затем число самоубийств несколько

снижается, а среди людей 65—70 лет вновь повышается. У молодых суицидальные попытки имеют, как правило, менее серьезный характер, чем у лиц пожилого возраста, но встречаются чаще.

**Место жительства.** Традиционно принято считать, что количество самоубийств среди городских жителей несколько выше, чем в сельской местности (одна из возможных причин - в аграрных сообществах крепче институт семьи). Но по современным данным, в нашей стране частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова. По данным исследований, уровень самоубийств выше в тех странах и среди тех слоев населения, где выше материальный уровень жизни.

**Семейное положение** и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Известно, что состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Предлагается также следующая градация риска самоубийств: наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке, вслед за ними — овдовевшие и разведенные; далее — состоящие в бездетном браке; и, наконец, супружеские пары, имеющие детей.

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. Суицидоопасные состояния, в частности, легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотивации членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

**Образование.** В риске совершения самоубийства определенную роль играет и уровень образования, хотя данные по этому вопросу противоречивы. Но сведениям ряда авторов среди суицидентов преобладают лица с невысоким уровнем образования; другие авторы, напротив, указывают на повышенную опасность самоубийства у лиц с высоким уровнем образования.

**Общественно-профессиональное положение.** По данным некоторых отечественных исследований, среди суицидентов преобладают студенты вузов, медицинские работники, водители транспорта (мужчины), работники системы бытового обслуживания (женщины) и неквалифицированные рабочие. Эти авторы также подчеркивают, что к дезадаптации и суициду ведет не его профессиональное положение, сколько фактор "горизонта его профессиональной мобильности", то есть частая смена места работы или профессии.

**Социально-экономические факторы.** В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономически кризисов увеличивается. Так, в Великобритании в годы экономической депрессии 1936—1938 гг. 30 % всех самоубийц составили безработные. Частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Интересно также то, что самоубийства случаются как среди бедных, так и среди богатых людей. Более того, похоже, что последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.

В России ни причины, ни частота самоубийств не имеют прямых связей с такими факторами, как трудное материальное положение, плохие условия груда или социальные конфликты. Эти факторы оказываются значительными в совокупности с другими, отягчающими положение человека.

### ***Природные факторы***

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (всплеск самоубийств наблюдается в понедельник: сказывается нежелание идти на работу и похмельный синдром) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятен на Солнце и частотой суицидальных актов, пришли к отрицательным выводам.

### ***Медицинские факторы суициdalного риска***

**Соматическая патология.** Острые и хронические соматические заболевания обнаруживают у многих самоубийц, причем на первом месте стоят заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, аппарата движения и опоры, а также травмы. По данным Н.К.Бачерикова около 20 % обследованных лиц с суицидальным поведением страдают разнообразными соматическими расстройствами, ограничивающими их социально-профессиональную, деятельностьную активность. Незадолго до совершения суицидального акта суициденты часто обращаются к врачам терапевтам, хирургам и т.п. (почти 50 % суицидентов).

**Церебрально-органические патологии.** Н.В. Бачериков с соавторами считают, что чем острее протекает органическое поражение головного мозга, тем ниже суицидальный риск. Суицидальный риск сравнительно высок у лиц с остаточными симптомами органического поражения головного мозга, причем в обстоятельствах, которые личностно значимы и представляются непреодолимыми, т.е. свидетельствуют об определенной степени несостоятельности личности.

**Психическая патология.** По различным данным, душевнобольные совершают самоубийства чаще, чем психически здоровые лица. Наиболее высокий суицидальный риск отмечается при реактивных депрессиях, неалкогольных токсикоманиях, психопатиях и аффективных психозах.

### ***Индивидуально-психологические факторы суициdalного риска***

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначною «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений.

Повышенный риск самоубийства характерен дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальные поступки в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, расширенное самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т.п.).

Существует так называемый «эффект Вертера», обозначающий имитационное суицидальное влияние. Эффект Вертера подтверждается статистически достоверной взаимосвязью между отражением проблемы суицидов в средствах массовой информации и повышением частоты самоубийств среди подростков.

При суицидальных попытках, совершаемых в состоянии аффекта лицами без психоза, в большинстве случаев звучат мотивы индивидуалистического плана, отражающие социальную незрелость и морально-этическую неустойчивость. Например, наиболее частым пусковым механизмом являются обида, гнев, возмущение в ответ на недоверие, законную требовательность, ограничение эгоистических желаний, измену, а также неудовлетворенность притязаний, боязнь ответственности. В этом находит отражение неумение или нежелание считаться с обстоятельствами, необходимостью соблюдения интересов окружающих, неспособность к рациональному разрешению конфликтной ситуации и другие особенности личности.

Среди факторов, влияющих на поведение потенциального самоубийцы, также выделяются резкие изменения жизненного стереотипа, привычного уклада и стиля жизни, отрыв от прежних традиционных культурных ценностей, невозможность заниматься каким-либо привычным видом деятельности.

Кроме того, факторами суицидального риска являются: предшествующие попытки, суицидальные угрозы, семейная история суицидов, алкоголизм и наркомания, эмоциональные расстройства, неизлечимая или смертельная болезнь, тяжелые утраты, семейные, финансовые проблемы.

Каждый из этих факторов должен быть принят во внимание, и особо бдительно следует относиться к их сочетанию.

### ***Предшествующая попытка суицида***

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

Большинство попыток являются «криком о помощи» для выхода из невыносимой ситуации. Тем не менее, почти у трети лиц, предпринимавших попытку самоубийства, отмечаются признаки депрессии, обусловленной критической ситуацией; у половины из них отмечаются расстройства невротического уровня. Некоторые превращают попытки в характерный стиль поведения, возникающий как ответ на любую, даже незначительную, психотравмирующую ситуацию. Их личностные особенности и отличаются большой импульсивностью. Разрешение кризиса у большинства приводит к снижению эмоциональных нарушений, враждебности и, изоляции, повышению самооценки и улучшению отношений с окружением. Семьи лиц, предпринимавших попытку самоубийства, характеризуются деструктивными отношениями и хроническими конфликтами. В случае оказания помощи они часто сопротивляются или протестуют, далеко не всегда оставляют мысли о самоубийстве.

### ***Суицидальная угроза***

Давний миф о том, что «люди, говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», как доказала практика, является не только ложным, но и опасным. Напротив, многие, желающие покончить с собой, люди говорят об этом, раскрывая свои будущие намерения. Вначале угроза является бессознательным или полуосознанным призывом о помощи и вмешательстве. Если не находится никого, действительно заинтересованного помочь, то позднее человек может наметить время и выбрать способ самоубийства. Некоторые суициденты ясно и прямо говорят о своих намерениях: «Я не могу этого выдержать», «Я не хочу больше жить», «Я хочу покончить с собой» и др. Часто высказывания являются скрытыми и замаскированными: «Вы не должны беспокоиться обо мне», «Я не хочу создавать вам проблемы», «Я хочу уснуть и никогда не проснуться», «Скоро, очень скоро, эта боль будет уже позади», «Они очень пожалеют, когда я их покину», «Мне бы хотелось знать, где

отец прячет ружье». Принимают ли эти опасные высказывания форму открытых заявлений или искусственных намеков — в любом случае они не должны игнорироваться.

### **Ситуационные факторы**

Кризисная ситуация делает людей более восприимчивыми к самоубийству. В это время происходит нечто очень важное как внутри, так и вокруг них. В этих обстоятельствах человек утрачивает позитивные перспективы или ориентиры, к которым следует стремиться. Прогнозы на будущее кажутся мрачными и безнадежными. В итоге под угрозой оказывается сама жизнь.

Ситуационные факторы, способствующие самоубийству, были детально исследованы американскими суицидологами. По мере их значимости в развитии суицидального поведения выделяются следующие.

а) Риск суицида является очень высоким у людей с недавно выявленной хронической прогрессирующей болезнью, например раком, рассеянным склерозом или СПИДом. Фактор дальнейшего развития заболевания представляется более существенным для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособности. Так, испытывающие хронические боли больные параличом со временем адаптируются к своему состоянию, если оно является стабильным. Однако болезнь, вынуждающая постоянно приспосабливаться к неблагоприятным переменам, приводит к гораздо большему психическому страданию; в этих условиях ряд больных скорее совершают самоубийство, чем разрешают болезни поставить последнюю точку.

#### **б) Проблемы материального благополучия.**

Материальные проблемы, приводят к конкретным сложностям (оплата жилья, содержание семьи и т.д.). Финансовая несостоятельность снижает самооценку человека, способствует депрессивным переживаниям. Постоянное напряжение ощущается в семейных отношениях, начинается злоупотребление алкоголем, что углубляет одиночество и отчуждение от близких. Будущее кажется неопределенным или не сулящим ничего хорошего, поэтому самоубийство рассматривается как приемлемое разрешение ситуационной дилеммы. Изучение связи между материальными проблемами и аутоагрессивным поведением не привело к получению простых и однозначных результатов. Более или менее устойчивой следует считать, тенденцию к большей частоте суицидальных попыток у лиц с финансовыми проблемами по сравнению с теми, у кого их нет.

в) Со смертью любимого человека разрушается привычный стереотип семейной жизни. Суициду, как правило, предшествует затяжное осложненное горе.

В течение многих месяцев после утраты возникшая реальность отрицается. Появляются соматические или панические расстройства, охватывают чувство вины и апатия. Идеализация потерянного человека существует с враждебным отношением к готовым помочь друзьям и родственникам. Человек отказывается осознавать одиночество и пустоту в жизни, вызывающие невыносимую психическую боль. В этих условиях суицид кажется освобождением от нее или способом соединения с тем, кто навсегда ушел. Он может быть и наказанием за мнимые или реальные проступки, допущенные в отношении ушедшего из жизни человека. Поэтому первый год после утраты является особенно подозрительным в отношении суицидальных действий.

г) В силу многих обстоятельств развод часто кажется событием более тяжелым, чем смерть. Распадается семья, которая, как считал Э.Дюркгейм, защищает жизнь. Исключение составляют ранние браки, которые скорее усугубляют трудности молодых пар, чем их решают. Если человек умирает, то этому существуют рациональные («У него был рак») или религиозные объяснения («Бог дал. Бог взял»). При разводе разумные или сверхъестественные толкования лишены оснований. Они не удовлетворяют, поскольку в ситуацию вовлекаются дети, проблемы с опекой или воспитанием, которые приходится решать на фоне бессознательного чувства вины, поражения или мести. Они оказывают

глубокое психотравмирующее влияние на родителей и детей. При этом наиболее уязвимыми являются женщины, чей изменившийся семейный статус является фактором риска суицида, тогда как мужчины оказываются более толерантными к разводу или вдовству.

### **Семейные факторы**

Чтобы понять суицидентов, нужно исследовать их семью. Часто она характеризуется деструктивностью и хаосом отношений. В ней отражаются эмоциональные нарушения ее членов. От характера семейного окружения зависит, проявится ли их потенциал саморазрушения в виде реальных бедствий.

Члены семьи могут испытывать гнев и раздражение. Чтобы отреагировать на них, они выбирают, порой бессознательно, одного из близких объектом коллективной агрессии. Человек, ставший жертвой такой агрессии, к сожалению, не знает, как правильно поступить в этой ситуации, как преодолеть недоброжелательность и постоять за себя. Если, в конце концов, он решится покончить с собой, то тем самым проявит враждебность, которая скрыта в поведении других членов семьи. Семью могут постичь такие кризисные ситуации, как смерть близких, развод или потеря работы. Эти коллизии обычно вызывают интенсивную тревогу и другие эмоциональные проявления. Бывает, что ищется ответственный за возникшие проблемы. Чаще всего выбирается наиболее ранним член семьи, не умеющий возразить или отстоять свое мнение.

Два обстоятельства в семье считаются имеющими наибольшие отношения к последующей аутоагрессии: ранние утраты и дисгармоническое воспитание (хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей).

### **Эмоциональные нарушения**

Эмоциональные нарушения являются одним из основных показателей возможности суицида. Большинство потенциальных самоубийц страдают от депрессии, которая может не осознаваться. Она может быть признаком кризисного состояния или его синдромом, а также самостоятельным психическим расстройством. Она часто начинается постепенно, появляются тревога и уныние. Потом замечается подавленность, печаль и «хандра». Будущее становится тусклым, появляется уверенность, что его нельзя изменить. Часто возникают мысли о заболевании раком или иным неизлечимым (например, психическим) заболеванием.

Перед суицидом приходят мысли о смерти. Становятся обузой даже простые обязанности: «Я и мыслить не могу ясно». Вялость, усталость и отсутствие жизненной энергии мешают принимать самые простые решения.

Признаком депрессии может быть снижение сексуальной активности. Больные жалуются на бесплодие или импотенцию, интимные связи не доставляют им удовольствия. За этими жалобами, как правило, выявляется депрессивное настроение и, более того, суицидальные тенденции. С другой стороны, сохранившаяся сексуальная функция, если она является частью позитивных семейных взаимоотношений, может быть защитой от саморазрушающего поведения.

Достоверно установлено, что депрессия повышает риск как суицидальных попыток, так и завершенных самоубийств. В последней группе, как показывают исследования, ею страдают 50—80% суицидентов. Среди многих признаков депрессии выделяют шесть основных провоцирующих самоубийство уже в течение первого года после ее начала: а) приступы паники, б) выраженная тревога, в) сниженная способность к концентрации внимания и воли, г) бессонница, д) умеренное употребление алкоголя, е) потеря способности испытывать удовольствие. В дальнейшем безнадежность, суицидальные мысли и наличие аутоагрессивных эпизодов в прошлом поддерживают или даже усугубляют эту предрасположенность.

### **Психические заболевания**

**Алкоголизм.** Наряду с другими факторами алкоголизм рассматривается как вариант саморазрушающего поведения человека. Не случайно его связь с самоубийствами более чем очевидна. Уровень суицидов среди больных алкоголизмом очень высок: среди тех, кто кончает с собой, по различным данным, 18—30% злоупотребляли спиртными напитками, 15—25% больных алкоголизмом в итоге сводят концы с жизнью. Однако, алкоголизм не определяет целиком суицидальный риск. При этом заболевании жизнь является хаотической, наполненной личными драмами, оно негативно влияет на работу, социальные связи и физическое здоровье, очень частыми являются различные утраты. Самоубийства чаще всего характерны для больных зрелого возраста и пожилых. В это время появляется ряд утрат, связанных с болезнью: распад семьи, серьезные сложности на работе, явная потеря здоровья. Непосредственная связь алкоголизма и аутоагрессии проявляется в следующем:

- алкоголизм как форма саморазрушающего поведения мотивируется желанием избежать жизненных проблем, кажущихся невыносимыми;
- депрессия, являющаяся фактором риска суицида, очень характерна для алкоголизма и бывает причинно связана с ним;
- большинство социально-психологических последствий алкоголизма (например, утраты) способствуют возникновению аутодеструкции;
- употребление больших количеств алкоголя, характерное для развернутой стадии болезни, усиливает риск фатального исхода суицидальной попытки.

**Наркомания.** Прием наркотических (психоактивных) веществ также связан с повышенным риском аутоагрессии, чаще всего с попытками самоубийства. Большие дозы наркотических препаратов могут быть использованы для достижения состояния (эйфории), в котором данные попытки легко реализовать. Самой высокой их частоты является у лиц моложе 30 лет.

**Шизофрения.** От 5 до 10 % тех, у кого была диагностирована шизофрения, кончают с собой. Риск совершения самоубийств связан с характером ее течения и преобладающими признаками. Больные с бредовыми идеями или галлюцинациями наиболее подвержены риску. Если они к тому же являются безработными мужчинами в возрасте до 30 лет с депрессивной окраской переживаний, то суицидальный риск становится максимальным. Чаще всего до начала заболевания они уже имеют опыт аутоагрессии и ранние утраты в детстве. При оказании им помощи следует учитывать, что суицидальные тенденции чаще возникают не во время обострения, а когда заболевание затухает и возникает светлый промежуток (ремиссия). Тогда здоровая часть личности реагирует на болезнь безнадежностью, пониманием своей неадекватности, трагическим пониманием того, что большинство ожиданий никогда не исполняются.

#### **Имитация суицидального поведения**

Существует немало свидетельств о заразительности и имитации самоубийств, например, проявляющихся во влиянии средств массовой информации на частоту последующих суицидов.

В современной суицидологии под имитацией понимают процесс, при котором одно самоубийство становится подражательной моделью для другого. Имитацией объясняется заразительность аутоагрессии, если один суицид облегчает возникновение последующего. Способ передачи известий об аутоагрессии может быть прямым (от человека к человеку) и косвенным. Вспышки суицидов среди близких друзей являются аналогом первого способа. Самоубийство знаменитости косвенно, посредством СМИ, влияет на миллионы людей.

Историей и научными исследованиями доказано, что заразительность чаще повышает частоту самоубийств на некоторой небольшой территории в ограниченный промежуток времени.

Несмотря на противоречивые данные, прослеживаются две основные тенденции влияния СМИ: (а) чем больше они освещают реальные суициды, тем чаще возникают

имитационные последствия, и (б) описания вымышленных самоубийств (в романах, «мыльных операх») скорее отрицательно влияют на имитацию. Кроме того, прослеживается так называемая «суициdalная волна», затухающая со временем, но периодически дающая всплески.

Механизм суициdalной заразительности основан на том, что человек формирует свое поведение, обучаясь и наблюдая за моделями. Ее сущность состоит в быстром распространении аутоагрессивного настроения или поведения на группу людей. Заразительность зависит от:

(а) мотивации следовать этой форме поведения; (б) знания, каким образом ее реализовать; (в) наблюдения за ней, и (г) реализации модельного поступка. Имитационные суициды или информация о них влияют на мотивацию, обеспечивая человека моделью поведения, снижающей внутренние запреты на самоубийство. Естественно, что СМИ обеспечивают знаниями о том, как можно совершить суицид. Для имитации имеет значение, как, когда и где в СМИ подается информация (фактор сенсационности), кто покончил с собой, время подачи, характер иллюстраций, популярность СМИ и т.д.

### **Признаки," свидетельствующие о суициdalной угрозе**

Сотрудник правоохранительных органов, в процессе взаимодействия с людьми, должен внимательно относится к **признакам, непосредственно свидетельствующим о суициdalной угрозе**. Эти признаки можно классифицировать на а) поведенческие, б) словесные, в) эмоциональные.

К первым относятся:

1 . Любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких.

2. Склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам.

3. Чрезмерное употребление алкоголя или таблеток.

4. Посещение врача без очевидной необходимости.

5. Расставание с дорогими вещами или деньгами.

6. Приобретение средств для совершения суицида.

7. Подведение итогов, приведение дел в порядок, приготовления к уходу.

8. Пренебрежение внешним видом.

9. «Туннельное» сознание.

Ко вторым относятся:

1 . Уверения в беспомощности и зависимости от других.

2. Прощание.

3. Разговоры или шутки о желании умереть.

4. Сообщение о конкретном плане суицида.

5. Двойственная оценка значимых событий.

6. Медленная, маловыразительная речь.

7. Высказывания самообвинения.

К третьим относятся:

1. Амбивалентность.

2. Беспомощность-безнадежность:

3. Переживание горя.

4. Признаки депрессии: нарушение сна или аппетита, повышенная возбудимость, социальная самоизоляция, отсутствие удовлетворения, печаль.

5. Вина, ощущение неудачи, поражения.

6. Чрезмерные опасения или страхи.

7. Чувство собственной незначимости.

## 8. Рассеянность или растерянность.

Иногда индикаторы суицида могут быть невербальным.

Приготовление к самоубийству зависит от особенностей личности и внешних обстоятельств. Оно состоит в том, что называется «приведением дел в порядок». Для одного человека это означает оформление завещания или пересмотр ценных бумаг. Для другого — длинные запоздалые письма или улаживание конфликтов с родными и близкими. Завершающие приготовления могут делаться достаточно быстро, после чего мгновенно следует суицид.

В процессе социального познания другого человека сотрудником правоохранительных органов решаются многочисленные профессиональные задачи, в то числе, задачи профилактики аутоагрессивного поведения. Но выявление и анализ факторов и признаков суициdalного поведения некоторых граждан являются лишь одним из этапов профилактической работы в этом направлении.

Работа по профилактике самоубийств включает в себя психологически грамотную организацию процесса взаимодействия с суицидентами.

## **«Психотехнология взаимодействия участкового уполномоченного полиции и инспектора по делам несовершеннолетних с лицами, имеющими суицидальные наклонности»**

### **Условия эффективного взаимодействия между сотрудником и суицидентом**

Главным в преодолении кризисного состояния человека с признаками суицидального поведения является индивидуальная профилактическая беседа.

Эффект беседы заключается в том, что когда человек «выговаривает» свои неприятности, высказывается вслух, как бы отчуждается от человека в слове, при этом нередко «отходит», облегчается и переживание.

Следует принять во внимание следующее:

- в беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию, поскольку такой человек больше нуждается в обсуждении переживаемой им боли, крушений надежд и ему важнее выговориться, чем слушать самому;
- активный слушатель — это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным;
- активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя.

Рекомендации по проведению беседы:

- разговаривать в том месте, где никто не мог прервать беседу;
- уделять все внимание собеседнику, смотреть на него таким образом, чтобы ему было это удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;
- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилиению у собеседника чувства собственного достоинства;
- произносить только позитивно-конструктивные фразы.

### **Сущность и структура индивидуально-профилактической беседы**

Структура профилактической беседы должна включать в себя следующие этапы:

**Начальный этап** — установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства».

Главная задача этого этапа — убедить суицидента в эмоциональном «принятии», сочувствии и готовности к пониманию. Это следует выражать не только словами, но и неверbalными средствами, уменьшая степень его эмоциональной напряженности. Тогда человек получает возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях, включая те аспекты, которых по каким-либо причинам стыдится. Эмоциональное принятие, сочувствие, готовность к пониманию снижают выраженное при суицидоопасных состояниях переживание одиночества.

Психологические приемы, используемые на начальном этапе, — это приемы, способствующие установлению контакта и коммуникации:

- «Повторение содержания». Этим приемом психолог сообщает сотруднику, что внимательно слушает его и понимает.

- «Отражение эмоций». Выделение эмоционального компонента, какого-либо факта и сообщение его сотруднику, например: «Представляю, какое горе охватило Вас, когда Вы узнали, что болезнь ребенка серьезна». Прием стимулирует более открытое проявление эмоций и особенно показан в тех случаях, когда суицидент испытывает тоску, подавленность, обиду.
- «Означивание ситуации или переживания». Выделение из высказываний их основного значения. Например: «Если я Вас правильно понял, жена постоянно упрекала Вас в недостаточном внимании к себе?».
- «Установление последовательности событий». Повторение сообщенных суицидентом фактов в их причинно-следственной или временной последовательности.
- «Разработка». Углубление в тему. После того как сотрудник сориентировался в проблеме, он направляет беседу на обсуждение вопроса, представляющегося ему наиболее важным. Разработка должна осуществляться тактично, ее нельзя превращать в расследование. Если проблема, действительно, значима для человека, он вернется к ней в той или иной форме.
- «Вербализация». Словесное обозначение того, что подразумевает гражданин. Это прием, приближающийся к интерпретации. Содержанием вербализации должно быть лишь то, что суицидент сам подразумевает.
- «Поиск источников эмоций». Сотруднику предлагается задуматься над своим эмоциональным состоянием и установить его непосредственные причины, поскольку для лица, находящегося в кризисном состоянии, част характерно непонимание связей между поступками и реакциями на них. Например: «Какие чувства вызвало у Вас это происшествие?». Этот прием помогает суициденту осознать взаимосвязи между его поступками, поступками других лиц, вовлеченных в конфликт, и возникающими у него эмоциями.

**Второй этап** — установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. В этом случае выясняются социально-демографические характеристики суицидента и других, вовлеченных в кризисную ситуацию лиц, их положение в микросоциальной группе. Рассказ о себе, своем образовании, семейном статусе активизирует в сознании суицидента представления о принадлежности к определенной группе, способствует преодолению нарушений личностной идентификации.

Затем устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась текущая критическая ситуация. При этом гражданин в своем рассказе склонен уделять особое внимание психотравмирующим, болезненным для него моментам, связанным с наивысшим для чет эмоциональным напряжением. Тому, кто общается с суицидентом, необходимо активно преодолевать тенденцию формирования в сознании последнего объективную картину процесса дезадаптации в его развитии (прием «структурирование ситуации»).

Во многих случаях суициденту представляется, что данная неблагоприятная ситуация могла сложиться только у него, и в силу его личностных недостатков и ошибочных действий. В этом случае целесообразно тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации встречаются в жизни многих людей (прием «преодоление исключительности ситуации.»)

Важно выяснить, какое событие внезапно повлияло на сложившиеся обстоятельства и, что побудило обратиться за помощью. При острых суицидоопасных состояниях неблагоприятная ситуация вследствие искажений познавательных процессов часто воспринимается личностью как неожиданная, внезапная, непреодолимая, безнадежная.

Раскрытие ее структуры и динамики поможет человеку осознать, что эта ситуация сформировалась на протяжении определенного периода, тесно связана с какими-то предшествующими событиями на жизненном пути и, следовательно, может быть изменена в благоприятном для него направлении. Таким образом, актуальный кризис связывается с предыдущей жизнью суицидента (прием «включение в контекст»).

Часто критические обстоятельства представляются суициденту требующими немедленного, неотложного решения. В таких случаях нужно подчеркнуть, что у него есть время на обдумывание, на принятие решения (прием «снятие остроты»).

Устанавливая связь актуального кризиса с предшествующим периодом жизни, гражданин, как правило, осознает, что лица, в настоящее время, вовлеченные в конфликт, ранее поддерживали с ним доброжелательные, часто близкие отношения — следовательно, либо отношения могут быть восстановлены. В процессе беседы часто выясняется, что аналогичные критические ситуации возникали у сотрудника и раньше, но он находил способы их преодоления.

Всегда необходимо установить причины, в силу которых суицидент в настоящее время не может использовать эти способы.

Сотрудник должен получить также исчерпывающие сведения о близких сотруднику лицах, не связанных с данной критической ситуацией. Получение таких сведений представляет определенную трудность, так как внимание суицидента сосредоточено на тех, кто вовлечен в кризис. Между тем часто именно лица первой группы (родственники, друзья, сослуживцы) являются резервными источниками поддержки и помощи.

При правильном проведении беседы суицидент, сообщая о своих жизненных удачах и достижениях, трудностях, которые ему пришлось преодолеть, лучше осознает себя как личность — «терапия успехами к достижениям».

При выяснении характера и глубины суициdalных переживаний тому, кто ведет беседу с суицидентом, необходимо стремиться к тому, чтобы последний открыто высказывал свои суициdalные намерения. Опыт показывает, что это способствует повышению ответственности человека за свое поведение и проявлению критического отношения к суициdalным переживаниям, уменьшает вероятность их осуществления.

Во многих случаях суицидент, находящийся в состоянии кризиса, сообщив значимую с его точки зрения информацию, в силу искажений предвидения ситуации, испытывает трудности в ее осмыслении. Попытка дать точную формулировку переживаемого человеком кризиса формирует у человека представление, что какой бы трудной ни была его проблема, она может быть понята им самим и другими людьми. Тем самым уменьшается переживание одиночества и беспомощности.

На протяжении второго этапа беседы используются приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию:

- «структурирование ситуации»;
- «преодоление исключительности ситуации»;
- «поддержка успехами»;
- «включение в контекст»;
- «снятие остроты»;
- «терапия успехами и достижениями» и др.

**Третий этап** — совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Он посвящен совместному планированию деятельности, необходимой для выхода из кризиса. Необходимо выяснить, что еще остается позитивно значимым для человека. Что он еще ценит? Надо отметить признаки эмоционального оживления, когда речь идет о «самом лучшем» времени в его жизни. В этом случае есть возможность учесть, совместить, найти способы, с помощью которых человек ранее ужеправлялся с кризисными ситуациями. Они могут быть полезны и в разрешении настоящего конфликта.

Прежде всего, основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении ситуацией, необходимо подвести суицидента к осознанию того, какое разрешение кризиса является для него наиболее приемлемым. Вслед за этим проблема разбивается на более мелкие потенциально разрешимые задачи. Для ближайших задач выдвигается несколько

предварительных решений. Такие решения предлагаются только в общем, незавершенном виде. Их незавершенность стимулирует собственную активность суицидента.

В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленный на преодоление критических обстоятельств.

Совместный поиск адекватных способов поведения придает суициденту уверенность в своих силах, восстанавливает снизившуюся самооценку, способствует повышению ответственности за свое поведение. Разработка конкретного плана действий преодолевает переживание безнадежности, безысходности, представляющих собой одну из главных детерминант суициdalного решения.

Ведущими приемами третьего этапа представляются:

- «Интерпретация». Высказывание гипотез, указывающих на существование определенных аспектов кризисной ситуации, неучтенных суицидентом, а также на возможные способы разрешения ситуации.

- «Планирование». Побуждение к словесному оформлению планов предстоящей деятельности. Оно может выражаться, в частности, в предложении суициденту подумать, что можно сделать в данной напрягающей ситуации, чтобы избежать неблагоприятных для него последствий. Планирование включает в себя не только сферу проблем, требующих решения, но и элементы собственного поведения личности. Если планирование осуществляется лицом, получающим помочь, то вероятность реализации планируемых действий выше, чем в тех случаях, когда основную роль в планировании играет собеседник.

- «Удержание паузы». Целенаправленное молчание, которое имеет своей целью предоставление суициденту возможности проговаривания разрабатываемых планов. Молчание собеседника должно сообщать суициденту, что он ждет его слов.

**Завершающий этап** — окончательное формулирование плана действий, активная психологическая поддержка суицидента. План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. На этом этапе необходимо высказать и внушить суициденту веру в свои силы и возможности, напомнить, что ранее он успешно преодолевал трудные моменты жизни, а также призвать сотрудника проявить максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого разрешения кризиса.

Ведущими приемами этого этапа являются:

- «логическая аргументация»;
- «убеждение»;
- «переубеждение»;
- «рациональное внушение уверенности».

В завершение беседы предлагается лицу, переживающему кризис, план дальнейших контактов, сообщается график работы, назначается конкретное время следующей встречи.

В процессе беседы должен произойти постепенный переход от позиции эмпатического слушания со стороны сотрудника к позиции соучастия в познавательном овладении и практическом разрешении ситуации. Это выражается в росте вербальной активности.

Как показывает опыт, продолжительность профилактической беседы может быть до 1,5 - 2 ч. В 25 % случаев для преодоления суициdalного поведения бывает достаточно одной беседы. В большинстве случаев человек в кризисном состоянии обращается за помощью несколько раз.

Последующие беседы, происходят, как правило, через 2-3 дня, имеет своей целью интеллектуальное освоение ситуации. На фоне уже сформировавшегося эмпатического контакта сотрудник помогает суициденту глубже и точнее овладеть происходящим, принять его реальность. Оцениваются уже предпринятые действия, направленные на разрешение кризиса. Осуществляется «обратная связь»: совместно разработанный план поведения — действия суицидента — совместный анализ их результатов — дальнейшее планирование

деятельности. В случае «неразрешимых конфликтов» и необратимых утрат, когда изменение внешней ситуации невозможно, самосовершенствование и самоактуализация могут быть представлены суициденту в качестве ведущей жизненной цели, заменяющей утраченную цель.

Сотрудник в ходе бесед должен оценить степень риска самоубийств Неоспоримым фактом высоты степени риска является обдуманный метод самоубийства: чем четче он разработан, тем выше его потенциальный риск. В ситуации высокой степени риска нельзя человека оставлять одного, его необходимо немедленно и с сопровождающим направить в ближайшее лечебное учреждение.

В заключении данного вопроса необходимо подчеркнуть общие моменты, характеризующие стратегию и тактику взаимодействия сотрудника с суицидентом.

**Существует три основных метода оказания психологической помощи человеку, думающему о суициде:**

1. Своевременная диагностика и соответствующее лечение суицидента.
2. Активная эмоциональная поддержка человека, находящегося в состоянии депрессии.
3. Поощрение его положительных устремлений, чтобы облегчить ситуацию.

**Стремясь оказать человеку первичную психологическую помощь важно соблюдать следующие правила:**

1. Будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
2. Набирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
3. Будьте терпеливы;
4. Не старайтесь шокировать человека, говоря: «Пойди и сделай это»;
5. Не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому, что...»;
6. Не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не можете убить себя, потому что ...»;
7. Делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

В беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию. Активный слушатель - это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность партнеру выговориться без боязни быть прерванным. Активный слушатель к полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя. Активный слушатель поможет тому, чтобы высказывания его собеседника о желании умереть наверняка были услышаны.

**Рекомендации по проведению беседы.**

1. Разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе.
2. Уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол.
3. Пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей.
4. Дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он.
5. Говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства.

**Произносите только позитивно-конструктивные фразы.**

1. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Ненавижу работу, дом и т.п» СПРОСИТЕ: «Что происходит, из-за чего ты себя так чувствуешь?...» НЕ ГОВОРИТЕ: «Когда я был в твоем возрасте... да ты просто лентяй!»

2. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Все кажется таким безнадежным...» СКАЖИТЕ: «Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь». НЕ ГОВОРИТЕ: «Подумай лучше о тех, кому еще хуже, чем тебе».

3. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Всем было бы лучше без меня!» СКАЖИТЕ: «Ты очень много значишь для нас и меня беспокоит твое настроение. Скажи мне, что происходит». НЕ ГОВОРИТЕ: «Не говори глупостей. Давай поговорим о чем-нибудь другом».

4. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Вы не понимаете меня!» СКАЖИТЕ: «Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать». НЕ ГОВОРИТЕ: «Кто же может понять молодежь в наши дни?»

5. Если Вы слышите: « Я совершил ужасный поступок...», СКАЖИТЕ: «Давай сядем и поговорим об этом». НЕ ГОВОРИТЕ: «Что посещать, то и пожнешь!»

6. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «А если у меня не получится?» СКАЖИТЕ: «Если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное». НЕ ГОВОРИТЕ: «Если не получится - значит, ты недостаточно постарался!»

#### **Кроме того, при проведении беседы нужно руководствоваться следующими принципами:**

1. Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи).

2. При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни продолжался).

4. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к врачу психиатру в ближайшее лечебное учреждение.

Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем: тяжелое эмоциональное состояние - явление временное; его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом; он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать.

#### **Типичные ошибки, затрудняющие профилактику самоубийств**

Профилактика самоубийств должна начинаться, прежде всего, с развенчания «мифов», якобы объясняющих психологию людей, покончивших жизнь самоубийством. Некоторые из них, получившие наибольшее распространение изложены ниже.

**Заблуждение № 1. Самоубийства совершаются в основном психически ненормальными людьми.** Изучение обстоятельств суицида показало: большинство из лишивших себя жизни - это практически здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Они никогда не лечились у психиатров, не обнаруживали каких-либо поведенческих отклонений, позволяющих отнести их к категории больных. По данным многих авторов на учете в психоневрологических диспансерах состояло лишь около 20% суицидентов и только 8-10% нуждались в специализированной медицинской помощи.

**Заблуждение № 2. Самоубийства предупредить невозможно. Тот, кто решил покончить с собой, рано или поздно это сделает.** Некоторые руководители высказывают сомнение относительно самой возможности предупреждения самоубийства. Суицидальные намерения, считают они, неотвратимы: если человек решил покончить с собой, никто и ничто не сможет его остановить. Однако еще В.М. Бехтерев (1912 г.) отмечал, что потребность к самоуничтожению у подавляющего большинства людей является лишь временной. Н.А. Бердяев подчеркивал, что самоубийцы - это люди с «ободранной кожей», т.е. суицид - это «крик о помощи». Таким образом, потребность суицидента в душевной теплоте, желание быть выслушанным, понятым, готовность принять предлагаемую помочь - все это убеждает, что организация профилактики самоубийств необходима.

**Заблуждение № 3. Если человек открыто заявляет о желании покончить с собой, то он никогда не совершил самоубийства.** По данным исследований, 3/4 людей, совершивших самоубийства или покушавшихся, сообщали о своих намерениях ближайшему окружению, а изучение уголовных дел показало, что около 20% суицидентов ранее уже пытались покончить с собой.

**Заблуждение № 4. Если загрузить человека работой, то ему никогда будет думать о самоубийстве.** У некоторых сотрудников сложилось упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального происшествия. По их мнению, если граждане будут загружены работой и за ними будет осуществляться жесткий контроль, то проблема будет решена. Реальное же осуществление такой «профилактики» выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что может привести к истощению психофизиологических ресурсов организма, еще больше повышая вероятность суицидальных попыток.

**Заблуждение № 5. Чужая душа - потемки. Предвидеть попытку самоубийства невозможно.** Барьером для профилактики самоубийств является мнение, что нет внешних признаков, которые указывают на решение человека покончить с собой. В подобных высказываниях есть рациональное зерно: «заглянуть в душу», познать внутренний мир подчиненного действительно очень сложно. Но такие возможности у тонко чувствующих людей, как правило, имеются.

**Заблуждение № 6. Существует некий тип людей, «склонных к самоубийству».** Самоубийство совершают люди различных психологических типов. Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее личностной оценки как непереносимой.

**Заблуждение № 7. Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что человек решился на самоубийство.** Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Руководители должны знать «знаки беды», т.е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду.

**Заблуждение № 8. Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки..** Анализ суицидальных действий показал, что они являются результатом достаточно длительной психотравматизации. Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев.

**Заблуждение № 9. Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова.** Если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность - в первые два месяца.

## **Антисуицидальные факторы личности**

У любого человека существует определенный антисуицидальный барьер. Но у разных людей он по-разному крепок. Этот барьер сформирован установками, переживаниями, которые препятствуют самоубийству. Сюда входят такие факторы, как:

- сильная эмоциональная привязанность к близким;
- родительские обязанности;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- боязнь причинения себе физических страданий, ущерба;
- представление о греховности, позорности самоубийства, зависимость от общественного мнения и избежание осуждения со стороны окружающих;
- представление о неиспользованных жизненных возможностях, наличие творческих планов, замыслов.
- нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти, т.е. наличие эстетических критериев в мышлении.

Все перечисленные факторы подразделяются на две категории:

1.Факторы, требующие для своего поддержания постоянной деятельности и дополнительных затрат энергии (такие, например, как наличие творческих планов и замыслов);

2.Факторы, не зависящие от энергетических колебаний, не требующие дополнительной активности (такие, как ранее оформленное устойчивое представление о позорности суицида или эстетические критерии).

При состояниях снижения психической активности (пессимизм, депрессия) прежде всего выходит из строя первая группа факторов, в то время как факторы второй группы отличаются достаточно стабильным функционированием.

Таким образом, получается что, чем большим количеством антисуицидальных факторов обладает человек, тем прочнее его антисуицидальный барьер, тем менее вероятно его самоубийство и наоборот.

## **Демонстративно-шантажные покушения на самоубийства**

В последнее время возросло количество демонстративно-шантажных покушений на самоубийство. Это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийств без всякого намерения покончить с собой, а иногда с расчетом на то, что спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь к себе или вернуть утраченное внимание, любовь разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей или наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, доставить ему серьезные неприятности («довел человека до петли своими придирками», «запилила мужа» и т.п.).

Место, где совершается «демонстрация», обычно свидетельствует о том, кому она адресована: на работе - коллегам, начальству, дома - семье, близким людям, друзьям. При демонстративном поведении чаще всего используют порезы вен, отравление неядовитыми веществами, и реже - изображение попыток самоповешения и самострел. Однако следует учесть, что демонстративно-шантажные по замыслу действия вследствие неосторожности, неправильности манипуляций или простой случайности могут привести к роковым последствиям.

В любом случае все попытки самоубийства не должны оставаться без внимания. Ведь в их основе, как и самого самоубийства, осознанно или не осознанно содержится апелляция к чувствам близких людей, руководству, коллегам или общественному мнению, стремление человека таким парадоксальным способом получить от окружающих помощь и поддержку.