

А.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, А.С. Орешкина, Е.О. Пятаков

Методологическое научное понимание суицида в качестве культурно-исторического, философского и психосоциального феномена

В настоящей статье с комплексных научно-практических психосоциальных позиций анализа суицида предметно рассматриваются следующие параметры суицида и связанных с этим проявлением человечества аспектов:

- 1) понимание суицида в философии; 2) суицид в качестве социального явления и психологического феномена; 3) отношение к суициду в клинической психологии; 4) типология и основные причины самоубийств; 5) особенности суицидоопасного состояния личности на разных этапах возрастного развития; 6) социально-коррекционная деятельность с лицами, склонными к суицидальному поведению; 7) профилактическая работа с лицами, склонными к суицидальному поведению; 8) реабилитация граждан, склонных к суициду, имеющих психологические нарушения подобного рода.*

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, суицидент, профилактика суицида, личностный кризис, жизненный тупик, социальная помощь.

Вступление

Суицидальное поведение подростков, юношества и молодёжи является достаточно актуальной проблемой нашего и мирового общества. Молодые люди и девушки совершают суицидальные попытки, не задумываясь о последствиях. В открытом доступе, в частности, в Интернете, присутствует много информации о том, как совершить суицид, что это такое, как можно использовать суицид в качестве «шантажного» поведения по отношению к ближнему — к родственнику и/или любимому человеку. В Интернете представлены разные виды суицидальных попыток.

К сожалению негативно-эмоциональной информации имеется, действительно, в избытке, но мало научной и практической информации, сообщающей о дальнейших последствиях, переживаниях, которые испытывает человек и его близкие, о ситуациях, провоцирующих суицидальное поведение, о способах помощи и дальнейшей реабилитации.

В последнее время вопрос о профилактике суицида среди подростков и юношества поднимается все

чаще во всех социальных и «помогающих» сферах — образовании, медицине, психологии, психологической помощи, социальной защите населения, социальной педагогике и т. д. Профилактика суицида среди подростков и юношества является одним из ведущих направлений работы педагогов и психологов на данный момент, в связи с чем возникает необходимость выявления групп риска, определения детерминант и факторов суицидального поведения.

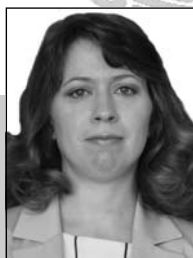
Часто суицидальное поведение становится заметным уже по факту, когда человек не просто задумывается о том, чтобы покончить жизнь самоубийством, а уже делает суицидальный шаг, чтобы уйти из жизни.

В обществе не принято рассказывать о суицидальных попытках, эта тема табуирована, говорить про это страшно. Отсутствие адекватной информации приводит к вакууму и повышенному интересу к запретному плоду, который делают «сладким» разнообразие информационные течения. В школах необходимо проводить профилактические беседы и рассказывать о возможных последствиях суицидального поведения, проводить скрининговую и экспресс-диагностику с выявлением, профилактикой и предотвращением суицидальных попыток обучающихся, рассказывать о способах помощи.

Проводить беседы нужно не только с ребятами, но и с их родителями, которые, как это часто бывает, много работают и не имеют возможности уделить полноценное воспитательное время своему ребёнку, понять и принять его переживания. Всё это необходимо знать всем практическим психологам и смежным специалистам и профессионалам своего дела из систем народного образования, здравоохранения, социальной защиты населения, МВД, вооружённых сил, пенитенциарной системы и т. д. Об этой комплексной проблематике с системных позиций формирования информационных ЗУНов и компетенций повествует настоящая обширная научно-практическая статья.

1. Понимание суицида в философии

Спор философов о проблеме (явлении, феномене) самоубийства продолжается, по меньшей мере, два с половиной тысячелетия, со времен античности.



Сенкевич Людмила Викторовна — доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», заведующая кафедрой клинической и специальной психологии ФГБОУ ВПО «Государственная классическая академия имени Маймонида».

Научные интересы: клиническая психология, возрастная психология, психология личности.

Донцов Дмитрий Александрович — доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и общей психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет».

Научные интересы: история и методология психологии, общая психология, психология личности, психология развития и возрастная психология, социальная психология, психологическое консультирование, клиническая психология.

Донцова Маргарита Валерьевна — кандидат психологических наук, психолог I-й категории ЗАО города Москвы ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению» («МСППН»).

Научные интересы: психологическое консультирование, психологическая коррекция, психотерапия, клиническая психология, специальная психология.

Как и следовало ожидать, мнения философов разделились: на тех, кто оправдывает самоубийство и признаёт человека свободным управлять своей жизнью, и тех, кто считает, что самоубийство недопустимо.

К философам, принципиально отрицающим самоубийство как антижизненное деяние, относятся: Платон, Аристотель, подчёркивавший антиобщественный характер самоубийства, отцы церкви, в том числе Фома Аквинский, назвавший самоубийство преступлением против Бога, близких и себя самого. Такого же мнения придерживались Б. Спиноза, И. Кант, В.С. Соловьев, Н.А. Бердяев. А. Шопенгауэр писал: «Человек, прибегающий к самоубийству, доказывает только то, что он не понимает шутки, — что он, как плохой игрок, не умеет спокойно проигрывать и предпочитает, когда к нему придет дурная карта, бросить игру и в досаде встать из-за стола».

В целом, критики суицидальных действий обоснованно обвиняют самоубийцу в малодушии, слабости, в преступлении нравственного закона и закона природы.

«Внутри» другого лагеря обоснования разнятся: эпикурейцы считали, что правильнее умереть, чем терпеть страдания, такие философы, как Плутарх и Валерий Максим, говорили, что уйти надо в то мгновение, когда счастлив. Морис Бланшо, например, считал самоубийство необходимым условием существования: «... без способности к самоубийству человечество потеряло бы какое-то равновесие, перестало бы быть возможным... Это безумие, необходимое для цельности разума».

Важной темой в «партии» тех философов, которые в принципе не отвергали суицид в качестве возможного для человека выхода из невыносимой ситуации, становится независимость, возможность принять решение, не зависящее ни от кого другого. На эту тему Мишель де Монтень писал: «Лучше всего добровольная смерть. Жизнь зависит от воли других, смерть же зависит только от нас».

Кроме перечисленных философов в определённом смысле в защиту суицида высказывался Д. Юм.

Ф. Ницше писал: «Свою смерть хвалю я вам, свободную смерть, которая приходит ко мне, потому что я хочу».

Все названные философские построения и концепции достаточно подробно описаны именно с психологических позиций анализа известными отечественными и иностранными учёными: К.А. Абульхановой-Славской (1991); Ф.Е. Василюком (1991); Е.Т. Соколовой, Н.Н. Николаевой (1995); Э. Эриксоном (1999); Т.Л. Крюковой (2004); Г.Ш. Чхартишвили (2008); А.Н. Моховиковым, О.Ю. Донцом (2013); Э. Шнейдманом (2013) и рядом других исследователей, чьи научные подходы будут рассмотрены в настоящей статье далее.

2. Суицид как социальное явление и психологический феномен

Самоубийства относятся к трём ведущим причинам смертности в возрастной группе от 15 до 34 лет, что характерно для обоих полов (ВОЗ, 2015). Сопоставление места суицидов в структуре смертности данной возрастной группы населения в европейских странах показало, что самоубийство как причина смерти занимает второе место (после несчастных случаев на транспорте) в общей популяции среди мужчин и третье место (после онкологических заболеваний и транспортных катастроф) — среди женщин.

Таким образом, общество теряет людей самого продуктивного возраста (Абульханова-Славская К.А., 1991; Василюк Ф.Е., 1991; Донцов А.И., Донцов Д.А., Донцова М.В., 2011; Донцов Д.А., Москвитина О.А., Орлова И.Н., 2010; Кучер А.А., 2004; Сенкевич Л.В., Аракелян С.О., 2012; Сенкевич Л.В., 2012–2016; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006).

Как считает А.А. Кучер, экзистенциальный (экзистенция — от лат. *existentia* — существование) кризис, возможно, приводящий к суициду, распространён в тех культурах, где основные нужды населения, необходимые для выживания, удовлетворены (Кучер А.А., 2004).

По мнению Л.В. Сенкевич и С.О. Аракелян, кризис существования, или экзистенциальный кризис, — это состояние тревоги, глубокого психологического дискомфорта, возникающее при актуализированном и не имеющем адекватного личностного ответа вопросе о смысле существования (Сенкевич Л.В., 2011; Сенкевич Л.В., Аракелян С.О., 2012; Сенкевич Л.В., 2012–2016).

Отметим, что возрастной кризис является нередкой причиной обращения за психологической помощью. Психологи и психотерапевты называют такие личностные нормативные возрастные кризисы именно экзистенциальными кризисами. Как считает, например, Людмила Викторовна Сенкевич, экзистенциальный кризис может возникнуть в любой период в жизни человека, но наиболее часто он связан именно с определённым возрастом (Сенкевич Л.В., 2011–2016).

По мнению ряда специалистов по психологии развития и возрастной психологии, юношеские возрастные кризисы и кризисы среднего возраста являются самыми жёсткими и мучительными для души человека в психосоциальном плане (Донцов А.И., Донцов Д.А., Донцова М.В., 2012; Донцов Д.А., Сенкевич Л.В., 2013; Донцов Д.А., Донцова М.В., 2013; Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., 2013). У юношей и мужчин они протекают наиболее сильно и более длительно в связи с присущей им значительной и значимой психосоциальной идентификацией.

Целый ряд исследователей-эмпириков, в частности, Сенкевич Людмила Викторовна, считают, что иерархия смыслов существования и целей жизни у девушек и женщин социально-психологически выстроена иначе, не так как у юношей и мужчин. Для девушек и женщин самореализация более микросоциальна, она представляет собой большую связь с любовью, семьёй, заботой о детях и близких (Сенкевич Л.В., 2011; Сенкевич Л.В., Аракелян С.О., 2012; Сенкевич Л.В., 2012–2016).

По мнению А.А. Кучер, юноши и мужчины в большей степени ориентированы на профессионально-социальную деятельность, на дело (в узком смысле), на достижение карьерного успеха (Кучер А.А., 2004).

Наряду с этим, суицид — это то социальное и психологическое явление, о котором исторически не принято говорить в нашей культуре. Самоубийства людей любого возраста — это довольно закрытая тема, вызывающая самые разные, но всегда сильные социальные эмоции: ужас, отвращение, непонимание, боль, жалость, сочувствие.

Сталкиваясь с суицидентами старшего подросткового и раннего юношеского возраста, даже опытные специалисты в сфере образования, психологии, психотерапии, клинической социальной работы часто теряются. Чаще всего тема профилактики суицидального поведения подростков и юношества поднимается уже



Орешкина Алёна Сергеевна — аспирант Московского городского психолого-педагогического университета; медицинский психолог ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии».

Научные интересы: клиническая психология, возрастная психология, психология личности, психотерапия.

Пятаков Евгений Олегович — художественный редактор журнала «Вестник практической психологии образования».



постфактум, после определённой трагедии, к сожалению.

При этом вся комплексная область профилактики суицида является недостаточно изученной для такой серьёзной проблемы. По числу подростковых и юношеских самоубийств Россия занимает одно из первых мест в Европе. Встречаясь не так часто в детском возрасте, риск суицидального поведения возрастает к подростковому периоду, становясь одной из главных причин смертности в юности, уступая место лишь несчастным случаям и убийствам (Соколова Е.Т., Николаева Н.Н., 1995; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Моховиков А.Н., Донец О.Ю., 2013; Шнейдман Э., 2013).

Отечественные и иностранные исследователи описывают поведение, предшествующее суицидальной попытке у подростков и юношей, однако сам тип «суицидального подростка/юноши», его устойчивые личностные характеристики установить пока не представляется возможным (Соколова Е.Т., Николаева Н.Н., 1995; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Моховиков А.Н., Донец О.Ю., 2013; Шнейдман Э., 2013; Blatt S. J., Blass R. B., 1996; Paris J., 2007).

Представители плеяды современных исследователей-практиков изучают указанные выше вопросы с позиций анализа юности как времени экзистенциальной кризиса, — об этом много пишет Людмила Викторовна Сенкевич, которая также пишет и об увеличении частоты наступления индивидуальных кризисов и о возрастании тяжести протекания кризисов возрастных (Сенкевич Л.В., 2011, 2012, 2013). Таким образом, индивидуальные особенности личности в сумме с неблагоприятными социально-психологическими условиями, накладываясь на протекание возрастного кризиса (часто — по негативному сценарию), делают каждый случай уникальным и сложно предсказуемым. Вместе с тем, по прогнозу ВОЗ, к 2020 году количество самоубийств будет расти и достигнет в мире 1500000 человек. В России показатель самоубийств среди подростково-юношеской возрастной группы вырастет примерно на 26,7% (Донцов А.И., Донцов Д.А., Донцова М.В., 2011; Донцов Д.А., Москвитина О.А., Орлова И.Н., 2010; Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., 2007; Куфтяк Е.В., 2012; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Paris J., 2007). Согласно исследованиям, проведенным А.А. Кучер, уже в 2014 году в городе Москве около 170 человек школьного возраста в результате присущего им суицидального поведения может покончить жизнь самоубийством (Кучер А.А., 2004).

Итак, в современной отечественной научной и практической психологии суицид рассматривается как сложно мотивированный поведенческий акт, как связь социальных, биологических и психологических факторов. В его основе всегда лежит социально-психологическая дезадаптация личности, которую вызывает определённая негативная социальная ситуация либо субъективное восприятие человеком сложной и/

или трудной социально-экономической ситуации как критической и безвыходной (Водопьянова Н.Е., 2009; Кернберг О.Ф., 2000; Крюкова Т.Л., 2004; Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., 2007; Куфтяк Е.В., 2012; Кучер А.А., 2004; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006).

В зарубежных современных исследованиях нам показались психосоциально точными посвящённые изучению суицида работы Эдвина Шнейдмана. Целью любого самоубийства, согласно Э. Шнейдману, является поиск разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему интенсивные страдания. Самоубийца, по Э. Шнейдману, пытается убежать от невыносимой душевной боли (Шнейдман Э., 2013; Эриксон Э., 1999; Blatt S. J., Blass R. B., 1996; Paris J., 2007). Шнейдман характеризует суицид как переходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей, он в данном контексте применяет термин «тоннельность сознания». По мнению этого исследователя, общим действием при суициде является бегство. Самым важным для нашей работы положением Э. Шнейдмана стало его мнение о поведении суицидентов, заключающееся в том, что общей закономерностью в описываемом контексте является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни (Шнейдман Э., 2013; Blatt S. J., Blass R. B., 1996; Paris J., 2007).

Необходимо сказать, что в последнее время всё большее развитие получает биопсихосоциальный подход к объяснению самоубийства. В рамках такого подхода суицид рассматривается как комплексный феномен, не сводимый только к последствиям критической ситуации или психического отклонения или заболевания. В настоящее время исследователи говорят о том, что биологическое наследование суицида уже почти не вызывает сомнений. Проводятся семейные и близнецовые исследования на эту тему, свидетельствующие о наличии определённых механизмов наследования самоубийства (Донцов А.И., Донцов Д.А., Донцова М.В., 2011; Шнейдман Э., 2013; Blatt S. J., Blass R. B., 1996; Paris J., 2007).

Таким образом, исходя из вышеперечисленных подходов, суицид является ответом личности на затруднительные и/или стрессовые внешние обстоятельства, субъективно расцениваемые индивидом как критические и сопровождающиеся невыносимой душевной болью. Чаще всего причина суицида лежит в проблемах, возникающих у индивида во взаимодействии с социумом. Однако это не является решающим, практически всегда имеются некоторые внутренние предпосылки, по-разному представляемые различными авторами. Среди таких предпосылок, в частности, многие исследователи называют генетические и психические факторы. В частности, нас интересуют именно внутренние психологические детерминанты суицидального поведения, среди которых склонность к той или иной стратегии совладания (совладающего поведения) представляется нам исключительно важной. Копинг-стратегии (копинги) кажут-

ся нам именно теми способностями и возможностями, которые выступают значимым фактором адаптивности человека и позволяют личности преодолевать кризисы (Абульханова-Славская К.А., 1991; Анцыферова Л.И., 1994; Базаркина И.Н., Донцов Д.А., 2013; Василюк Ф.Е., 1991; Крюкова Т.Л., 2004; Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., 2007; Куфтяк Е.В., 2012; Кучер А.А., 2004; Москвитина О.А., 2004; Сенкевич Л.В., 2011, 2012, 2013; Шнейдман Э., 2013).

3. Отношение к суициду в клинической психологии

С позиций клинического психоанализа, аргументация суицида как победы над жизнью и смертью, торжества абсолютной свободы, с клинко-психологической точки зрения, вписывается в картину нарциссического расстройства личности, сверхабстракции, отделения от «грязной телесности» и перехода к так называемой чистой идее вследствие нарциссического краха перфекционистских устремлений и специфических переживаний злокачественной обиды и страха. Это утверждают в своих многочисленных исследованиях следующие авторы: Кернберг О.Ф., 2000; Крюкова Т.Л., 2004; Куфтяк Е.В., 2012; Кучер А.А., 2004; Сенкевич Л.В., 2011–2016; Соколова Е.Т., Николаева Н.Н., 1995; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Blatt S. J., Blass R. V., 1996; Paris J., 2007.

Теперь с клинических позиций рассмотрим такую разновидность суицида, как парасуицид.

Парасуицид — это попытка суицида, связанная с намеренным самоповреждением или отравлением, не закончившаяся смертью. Попытка самоубийства рассматривается как достаточно генерализованный механизм манипуляции наряду с инграцией и агрессией, так как это действие, имеющее огромный прагматический эффект (влияющее на других, что связано с психологическими явлениями «вторичной выгоды») и удовлетворяющее фрустрированные потребности Я в самопринятии и близости. Таким образом, парасуицид имеет определённые адаптивные функции: снижение ощущения одиночества; отыгрывание ярости; структурирование фрагментарного Я; налаживание эмоциональной связи с другими людьми (Кернберг О.Ф., 2000; Крюкова Т.Л., 2004; Куфтяк Е.В., 2012; Кучер А.А., 2004; Сенкевич Л.В., 2011–2016; Соколова Е.Т., Николаева Н.Н., 1995; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Blatt S. J., Blass R. V., 1996; Paris J., 2007).

Стоит, несомненно, отметить, что существенно меньшая часть людей, совершающих парасуициды, реально покончит с собой: по статистике, 1 из 20 человек в США совершает попытку самоубийства в течение жизни и только одна из 500 оканчивается смертью (Blatt S. J., Blass R. V., 1996; Paris J., 2007). Это усложняет задачу предсказания парасуицида среди пациентов с тяжёлыми личностными расстройствами. Особенно сложно это в случаях пациентов с пограничным личностным расстройством, характеризующих-

ся аффективной нестабильностью. Иностранцы авторы S. J. Blatt, R. V. Blass (1996), J. Paris (2007) и др. серьёзно сомневаются в эффективности попыток предотвратить парасуицид. Они даже считают, что когда клиницист чувствует себя обязанным сделать хоть что-то, чтобы спасти пациента, терапевтические отношения приобретают характер «принудительной связи», в которой пациент контролирует терапевта. Вместо этого терапевт должен сосредоточиться на решении актуальных проблем пациента и выстроить предсказуемую и устойчивую структуру лечения.

Во всех описанных взаимосвязях рассмотрим специфику парасуицида при тяжёлых личностных расстройствах.

Пациенты с тяжёлыми личностными расстройствами в силу фрустрированности базовых потребностей совершают множественные попытки суицида, самоповреждающие действия или угрожают их совершить.

Как правило, это импульсивное принятие больших доз каких-либо препаратов без летального исхода, спровоцированное трудностями в близких отношениях. Порезы тела также встречаются в этой связи, но не всегда должны рассматриваться как парасуицид. Вместо простейшего «физического» и социального ухода из сложной ситуации, порезы выполняют функцию регуляции дисфорических эмоций и могут приобретать характер зависимости. Для людей с пограничным расстройством личности свойственны также импульсивность и чрезмерность в тех областях, которые потенциально являются самоповреждающими: бездумная трата денег, безудержный секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, постоянные кутежи. В этих тенденциях они могут перейти до антисоциального поведения, перейдя при этом грань асоциального поведения. Такое преувеличенное, безрассудное поведение — способ «оживить» себя, компенсировать чувство пустоты, одиночества, брошенности и ничтожности (Кернберг О.Ф., 2000; Крюкова Т.Л., 2004; Куфтяк Е.В., 2012; Кучер А.А., 2004; Сенкевич Л.В., 2011–2016; Соколова Е.Т., Николаева Н.Н., 1995; Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Blatt S. J., Blass R. V., 1996; Paris J., 2007).

Суицид и парасуицид — «визитная карточка» пограничного расстройства, так как смертность среди этого контингента составляет 10%, что на порядок больше, чем в среднем в контингенте, не страдающем такого рода расстройствами.

4. Типология и основные причины самоубийств

Всемирная организация здравоохранения определяет самоубийство как «акт смертельного исхода, который преднамеренно начат и завершён самим человеком, непосредственно или опосредованно знающим и ожидающим его фатального результата... Самоубийство — самый тяжёлый результат суицидального поведения, с суицидальными мыслями в пределах суицидального мышления, с нанесением фатального



самовреда в виде смерти». Для лишения себя жизни может быть использован любой способ, однако чаще всего встречаются: повешение, отравление ядом или газом, передозировка лекарств, применение оружия, падение с высоты, автоцид, утопление.

Согласно концепции, выдвинутой Э. Дюркгеймом, процент самоубийств (отношение количества самоубийств к численности населения) является функцией нескольких социальных переменных: взаимоотношений в религиозных, семейных, политических, национальных и других группах. Он утверждал в качестве объясняющих факторов сугубо социальные причины: «Самоубийство зависит главным образом не от внутренних свойств индивида, а от внешних причин, управляющих людьми».

Э. Дюркгейм выделил четыре вида самоубийств: эгоистическое, альтруистическое, аномическое и фаталистическое. Его ученик М. Хальбвасс дополнял данную классификацию, описав новые типы, — испугательное, проклинаящее, дезиллюзионное самоубийство.

Эгоистическое — вид самоубийства, при котором индивидуальное «Я» резко противопоставляет себя социальному «Я». Люди, склонные к такому виду ухода из жизни, предоставлены самим себе, их мало что связывает с окружающим миром, людьми; они склонны к одиночеству. Достаточно часто этот тип самоубийства встречается у лиц с патологией характера, акцентуациями и расстройствами личности, чувствующими одиночество и отчужденность, непонимание и невостребованность.

Альтруистическое самоубийство встречается тогда, когда личные интересы совершенно поглощены социальными, когда интеграция группы настолько велика, что индивид перестает существовать как самостоятельная единица. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих свою собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, так и больными лицами.

Аномический вид самоубийства встречается по преимуществу во время крупных общественных потрясений, экономических кризисов, когда индивид теряет способность приспосабливаться к социальным преобразованиям, новым социальным требованиям и теряет связь с обществом. Аномическое суицидальное поведение часто характерно для людей с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом (например, при диагностике рака).

Фаталистическое — вид самоубийства, возникающий в результате усиленного контроля со стороны группы, избытка регламентаций, имеющих тенденцию быть сильными и постоянными, поэтому становящимися невыносимыми; как следствие, жертва не видит будущего.

Весьма распространенной и очень полезной с позиций организации и проведения психологической экспертизы является классификация суицидов по их видам и типам. По личностному смыслу самоубийства можно классифицировать следующим образом.

1. Протест или месть. Человек считает, что его никто не любит, не понимает. Агрессию на обидчиков он переносит в агрессию на себя.

2. Призыв. Человек считает, что он никому не нужен, своим поступком он выражает призыв к окружающим о помощи. Цель суицида в таком случае — изменить ситуацию с помощью других людей.

3. Избегание. Человек испытывает какое-то страдание и считает, что дальше ему будет еще хуже, и он не в силах это вынести. Единственный способ избежать этого — смерть.

4. Самонаказание. Человек совершил поступок, который он не может себе простить. Происходит как бы раздвоение личности на «судью» и «подсудимого». Наказывая себя, он тем самым искупает свою вину.

5. Отказ. Человек отказывается от жизни в силу того, что, по его мнению, он потерял что-то важное для себя и никогда не вернет того, что было.

В свою очередь, А.Е. Личко описывает три типа суицидального поведения: демонстративное, аффективное и истинное.

Демонстративное суицидальное поведение предпринимается с единственной целью — воздействовать на окружающих: избавиться от неприятностей, вызвать жалость, сочувствие или просто привлечь к себе внимание. Способы ухода из жизни при этом избираются лишь безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки, прыжок с низших этажей и др.), либо происходит расчет на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими. Место и время человек выбирает таким образом, чтобы его вовремя заметили и оказали помощь.

Аффективное суицидальное поведение развивается на высоте аффекта и возникает в так называемых «депрессивных фазах», если в это время человек подвергается в результате стечения обстоятельств психической травматизации, которая укрепляет в нем не только его собственные представления о своей неполноценности, но и возникшие мысли и желания суицида как «единственного средства» избавления от субъективно невыносимо тяжелых условий действительности.

Истинное суицидальное поведение имеет место при обдуманном и укрепившемся желании покончить с собой, с выполнением всех условий осуществления плана.

Компонентами суицидального поведения являются: суицидальное мышление (как общее направленное мыслительной деятельностью), суицидальные мысли (уже четкие и сфокусированные на определенной цели), суицидальные замыслы, суицидальные

намерения, суицидальные попытки и завершённый суицид.

Суицидальное мышление включает в себя мысли о лишении себя жизни, рассматривая самоубийство как смерть от самоубийственного акта с намерением умереть с дальнейшим планированием методов совершения самоубийства.

Суицидальные мысли (предсуицид) без конкретных попыток, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жизнь не имеет смысла», «устал от такой жизни» и т. п.

На следующем этапе возникают *суицидальные замыслы*. Это активные формы суицидальности. Идет разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия.

Следующий этап — это *суицидальные намерения*: когда принято решение о совершении самоубийства возникает суицидальное действие. То есть обдумывание и разработка плана характеризуют подготовку человека к внешним формам суицидального поведения.

Суицидальная попытка (целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью) и *завершённый суицид*.

В современной литературе причины самоубийства рассматриваются как комплекс социальных, психологических, биологических предпосылок.

Принято изучать общие и специфические факторы макросреды. К общим социальным факторам относят: степень стабильности социальной системы (стабильность норм и ценностей, уровень социальной напряженности, состояние социального контроля); неодинаковое положение социальных слоев и групп, которое обуславливает различия в возможности удовлетворения потребностей.

К специфическим факторам макросреды относятся: особенность региона, степень стабильности населения, плотность заселения, наличие диспропорций в демографической структуре, экологическая ситуация.

В свою очередь, внутренними факторами суицидального поведения являются индивидуальные особенности личности суицидента (характер, психофизическое и эмоциональное состояние и др.).

К внешним факторам относятся: микросоциальные условия биографического характера, прежде всего, семейного воспитания, и коммуникативные связи.

При оценке конкретных суицидальных актов многое зависит от мотивов и обстоятельств. Классификация наиболее значимых мотивов подобного рода предложена С.В. Бородиным и А.С. Михлиным. Они выделяют: личностно-семейные конфликты, семейные конфликты, развод, болезнь или смерть близких, одиночество, несчастную любовь, оскорбления со стороны окружающих, сексуальную несостоятельность; состояние здоровья (психические, соматические заболевания, уродства); конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента (опасность

уголовной ответственности, боязнь наказания); конфликты, связанные с работой или учебой; материально-бытовые трудности; другие мотивы.

Главная общая причина роста самоубийств — явный психосоциальный рост одиночества личности, её оторванность от общества, что, в свою очередь представляет собою параметр социально нестабильного общества.

Таким образом, при изучении причин самоубийств необходимо иметь в виду не только мотивы этих актов, но и обстоятельства, характеризующие социальную среду и личность, а также отклонения от нормального образа жизни, которые, в конечном счете, определяют положение личности в обществе. В связи с этим актуальным является анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения для исследования суицидальных проявлений личности на современном этапе социально-экономического развития России и определение факторов суицидального риска с целью создания профилактических мер людям, которые входят в зону риска.

5. Особенности суицидоопасного состояния личности на разных этапах возрастного развития

В настоящее время в России и в мире происходят очень активные и глобальные социально-экономические изменения, которые сопряжены с целым рядом факторов, оказывающих сильное стрессогенное воздействие на большие группы населения. К ним можно отнести: неудовлетворённость социально-экономическими реформами, социальную дезорганизацию людей, резкое социально-экономическое расслоение общества, падение уровня производства и угрозу безработицы, экономические и природные катастрофы, повышение частоты несчастных случаев и актов терроризма. Косвенно судить о серьёзности социальных воздействий на психическое состояние людей можно по показателям завершённых самоубийств.

Распространённость самоубийств в мире — а их совершается более 1000 ежедневно, всего около 500 тысяч в год — делает данную проблему актуальной для всего мирового сообщества.

Самоубийство является одной из распространённых причин смертности населения, нанося значительный ущерб здоровью общества, социальному порядку и экономике. Покушение на самоубийство влечет за собой длительную болезнь, а иногда и инвалидность. Суициденты являются помехой для общества, для нормального функционирования социальной системы, нарушается психика не только человека, попробовавшего свести счеты с жизнью, но и его окружения.

Активные изменения в общественной жизни приобретают все более скоротечный характер, в результате чего различные слои и социальные группы оказываются в неравных условиях, которые, в свою



очередь, могут рассматриваться как предпосылки к суицидальному поведению современной молодежи и более старшего поколения. В развитии кризисных состояний и возможных суицидальных действий возрастные периоды имеют важное психосоциальное значение. В своих исследованиях авторы выделяют три возрастных интервала, обладающих своими отличительными чертами: дети и подростки, трудоспособный возраст и так называемый инволюционный период (пожилой и старческий возраст).

Старшее поколение, как известно, одна из главных групп суицидального риска: во всем мире возрастная кривая самоубийств, за исключением лишь некоторых стран, медленно нарастает у слабого пола и резко взмывает вверх к концу жизни у мужчин. Суицидальное поведение у данной возрастной группы в большинстве случаев обусловлено резким изменением образа жизни вследствие потери прежнего ролевого значения (окончание трудовой деятельности, конфликты с детьми и др.). Одиночество, соматические заболевания, упадок жизненных сил и отсутствие радужных надежд на лучшее состояние тела и духа не у всех способно вызывать бодрые эмоции «социально активной старости». Тем более что многие из стариков не восседают в ореоле любви, почёта и уважения среди многочисленных чад и домочадцев у благотворного для старости тепла семейного очага. Становится понятным, что эта социальная группа на данном этапе отнюдь не стремится выйти из зоны повышенного суицидального риска.

Поколение среднего возраста, включая большинство трудоспособного населения «кому за тридцать», оказалось в не менее неоднозначной ситуации в свете политических, экономических и культурных перемен. Потенциально возможным стрессогенным фактором для лиц среднего возраста являются интенсивные изменения мышления и поведения от человека, уже имеющего свое довольно устойчивое мировоззрение, установок, взгляды на различные стороны жизни.

Но не только неопределенность в общественной жизни, но и неустроенность в личной жизни, одиночество, бездетность могут служить побудительными причинами к совершению самоубийства. Среди покушающихся на свою жизнь велика доля одиноких, разведенных, вдовых, бездетных. Однако хорошо известно и то, что и семейные невзгоды нередко приводят к решению наложить на себя руки.

В июле 2015 года ВОЗ представила в Москве доклад «Насилие и его влияние на здоровье. О ситуации в мире», включив в перечень последствий насилия и суицид. Согласно данным, приведённым в этом докладе, снижается возраст потенциальных самоубийц, все чаще к такому решению склоняются подростки, не найдя понимания у родных или друзей.

На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, находятся

отношения с родителями, на втором — трудности, связанные со школой, на третьем — проблемы взаимоотношения с друзьями (в основном противоположного пола).

Общение родителей с детьми и подростками, к сожалению, далеко не всегда строится на фундаменте открытых, искренних отношений, которые являются надежной защитой от многих суровых испытаний, с которыми вынуждены встречаться современные дети и подростки. Многие попытки суицида у юных и молодых людей рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам, пробить стену непонимания между поколениями.

Школьные проблемы связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями, администрацией или одноклассниками. Эти трудности обычно не являются непосредственной причиной самоубийств. Однако они приводят к понижению общей самооценки учеников, появлению ощущения никчемности своей личности, к резкому снижению сопротивляемости стрессам и незащищённости от негативного влияния окружающей среды.

Одним из основных объяснений проблем, связанных со сверстниками, особенно противоположного пола, является чрезмерная зависимость от другого человека, что возникает обычно в качестве компенсации плохих отношений в семье, из-за постоянных конфликтов с родителями. В этом случае часто бывает, что отношения с другом, подругой или любимым человеком становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми, что любое охлаждение в привязанности, а тем более измена, воспринимается как невосполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь.

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и психологи называют различные способы оказать влияние на других людей: «дать человеку понять, в каком ты отчаянии» — около 40% случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» — около 30% случаев, «показать, как ты любишь другого» или «выяснить, любит ли другой тебя» — 25% и только 18% случаев — «призыв, чтобы пришла помощь от другого».

Необходимо отметить, что в современных условиях увеличивается психологический разрыв между различными возрастными и социальными группами — это происходит из-за быстрого изменения культурных норм и эталонов поведения в различных общественных слоях, усиления влияния моды. Родителям, формирование личности которых происходило в условиях менее динамичного общества, очень сложно порой принять и понять своих «свободолюбивых» детей и подростков. С другой стороны, кто, как не юные и молодые, являются поколениями, которые находятся в наилучшем положении в ситуации современного развития российского общества, так как имеют гораздо больше потенциальных возмож-

ностей использовать свои преимущества людей современной формации.

6. Социально-коррекционная деятельность с лицами, склонными к суицидальному поведению

Подход к психолого-социально-коррекционной деятельности и использованию определенных техник и методов в работе с суицидоопасными ситуациями является индивидуальным для психолога, социального работника и других специалистов. Выбор зависит от знаний, умений, опыта работы, личных характеристик профессионала, занимающегося данной проблематикой.

Анализ суицидоопасных состояний личности показывает, что при компетентном подходе психолог, социальный работник и другие специалисты способны выявить суицидальное поведение человека и тем самым предпринять возможные меры по предотвращению совершения самоубийства. Считаем работу с лицами, склонными к суицидальному поведению, одним из наиболее сложных и ответственных направлений практической деятельности психолога, социального работника и других специалистов. Полагаем, что необходим системный подход к реализации данного направления деятельности многих смежных специалистов помогающих профессий. Для того чтобы модель психосоциальной коррекции была продуктивной, необходимо исследование суицидального поведения, факторов и уровня суицидального риска для выявления социально-психологических детерминант суицидальных поступков, определения необходимого уровня профессиональной помощи и проведения профилактических мероприятий.

Особого внимания заслуживают больные с психическими расстройствами личности (например, шизофрения) с риском суицидального поведения. Этот риск часто приходится на депрессивные участки процесса, но и там он представлен неравномерно, имея следующие характеристики: юный и молодой возраст, хроническое рецидивирующее течение заболевания, высокий уровень притязаний, паническая реакция на болезнь, страх умственной дезинтеграции и безнадежное восприятие будущего.

При психотерапевтическом воздействии на этих больных следует предпочесть сочетание эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения.

Депрессия является расстройством, которое чаще всего предшествует суициду. Риск суицида возрастает в значительной степени, если больной составляет план и имеет средства его осуществления. К любому разговору на тему самоубийства и соотвествующим действиям необходимо относиться серьезно и обра-

щать на них внимание. Это сигнал бедствия, зов о помощи, который указывает на конфликтную, безвыходную ситуацию. Необходимо обсудить с больным его переживания, проявить участие и понимание чувства отчаяния и безвыходности; стремиться к тому, чтобы больной проникся доверием и рассказал о своих проблемах, мыслях, настроении и возможных способах суицидальной попытки.

Люди с суицидальными мыслями часто амбивалентны в своих переживаниях, обсуждение этих переживаний приносит им значительное облегчение и может помочь прежде, чем у больного разовьется критическое состояние. Необходимо быть готовым остаться с больным, как только у него начнет нарастать уровень тревоги и чувство внутреннего напряжения. Присутствие профессионала, вызывающего доверие, создаёт у страдающего человека чувство безопасности; специалисту же надо обращаться к позитивным сторонам личности пациента, клиента.

В случаях тяжелого суицидального кризиса следует обратиться к психиатру и добиться от человека обещания, что до встречи с психиатром он не будет действовать под влиянием чувств, не поговорив с психологом, социальным работником или другим специалистом. Такой разговор возлагает на него определенную ответственность за собственную безопасность и может облегчить тревогу и чувство внутренней напряженности.

При высоком риске совершения суицида, при развитии острого психоза больной должен быть госпитализирован.

Учитывая системный характер детерминации суицидального поведения, модель социально-психологической деятельности с лицами, склонными к такому поведению, должна включать профилактическую работу. Она является необходимой мерой превенции суицидоопасных состояний личности, и проводить её целесообразно в комплексе, включая в неё мероприятия общего и специального плана.

7. Профилактическая работа с лицами, склонными к суицидальному поведению

Обострение социально-психологической напряженности в условиях внешнеполитической нестабильности и внутреннего экономического кризиса делают особенно актуальным вопрос о практической деятельности психологов, социальных работников и других специалистов в работе с суицидальными личностями, учитывая особенности социально-психологической атмосферы, в которой находится индивид.

Специфика организации психосоциальной работы с лицами, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению социальной изоляции «пациентов» и уменьшению суицидальных тенденций. Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений. Во-вторых, это оптимизация межличностных от-



ношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, «обществ по интересам», соседей. Но главные усилия психолога, социального работника и других специалистов должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая может привести к суициду. Кроме этих мероприятий психолог, социальный работник и другие специалисты оказывают содействие в предоставлении клиентам необходимой психосоциальной и социально-экономической помощи (материальной, социально-бытовой, социально-психологической).

Психолог, социальный работник и все профильные специалисты-профессионалы оказывают широко-масштабную социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента. Одним из наиболее важных направлений является организация работы по профилактике самоубийств, так как это сохранит человеческую жизнь, не принесет страданий близким и окружающим и, наконец, сэкономит средства, «высвободив» их на другие нужды. Любовь к жизни, умение преодолевать возникающие трудности необходимо формировать уже с детских лет, например, через мультфильмы, сказки, детскую художественную литературу и др. В центре внимания профилактики — здоровые дети, здоровая семья, здоровый образ жизни.

Таким образом, организация психосоциальной работы по борьбе с самоубийствами производится по двум направлениям: профилактика самоубийств, реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения. Исключительно ответственным этапом профилактики самоубийств выступает оказание помощи суициденту со стороны психолога, социального работника и смежных специалистов.

Как показывает практика, существует три основных способа помощи человеку, думающему о самоубийстве, со стороны профильных профессионалов: 1) своевременное диагностирование и соответствующее лечение суицидента; 2) активная эмоциональная поддержка человека, находящегося в состоянии депрессии; 3) поощрение его положительной направленности с целью облегчения негативной ситуации.

Социально-профилактический подход заключается в том, что суицидальное поведение причинно обусловлено. Следовательно, для его устранения нужна система социально-экономических, правовых, воспитательных мер. Выделяются общие факторы, которые представляют собой первичную профилактику: совершенствование социальной жизни людей, устранение факторов, которые способны вызывать суицидальное поведение.

Вторичная профилактика связана с оказанием помощи определённой группе профилактического учёта. В осуществлении этой деятельности есть определённые трудности: существуют рамки допустимого вмешательства в личную жизнь человека и конституционное право неприкосновенности личности, что не

позволяет специалистам на ранних стадиях оказывать специальное воздействие и контроль. Возникают сложности в оперативном получении информации, потому что она зачастую скрывается близкими суицидента.

Профилактическая работа в группах повышенного риска по самоубийствам выделяется в зависимости от:

- подверженности неблагоприятным биологическим, психологическим и иным воздействиям (инвалидизация, психологическое насилие, катастрофы) — по факту наличия воздействия или угрозе такового;
- общепринятых, стандартизированных шкал, индексов и опросников в ходе рутинных общемедицинских обследований (диспансеризация, профосмотры, допуск к профессии);
- семейно-генетической предрасположенности (родственники хронических больных, душевнобольных, зависимых от психоактивных веществ, совершивших самоубийство).

Профилактика является частью большой программы по предотвращению самоубийств, осуществить которую только силами узкопрофильных специалистов невозможно. Для её реализации необходимо привлечение всех профессиональных сил и средств: медицинских (клинических) психологов, психологов-консультантов, церковных служителей, работников различных общественных и государственных организаций и социальных служб, волонтеров, создание групп самопомощи, а также активное участие средств массовой информации.

Деятельность всех названных выше категорий профессионалов должна быть сфокусирована на следующих направлениях:

- круглосуточная неотложная телефонная помощь;
- образовательные программы для населения, направленные на знание признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких;
- образовательные программы для медицинских работников разного профиля, направленные на знание признаков суицидоопасных состояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания);
- активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид);
- психологическое консультирование населения;
- кризисные стационары, в которых будут осуществляться психотерапевтические и реабилитационные программы;
- создание института частичной госпитализации при дневных и ночных стационарах ПНД, в которых будут продолжать амбулаторное лечение выпущенные из кризисного стационара суициденты, что позволит им работать и получать поддерживающую терапию;

- преемственность между токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой;
- создание групп само- и взаимопомощи;
- снятие табу с темы смерти.

Сегодня известно, что медико-биологический подход в лечении суицидентов имеет лишь вспомогательный характер, так как бессмысленно бороться с самоубийством путем лишь назначения лекарств, уменьшающих тревожность и улучшающих настроение. Нередко выясняется, что попытка совершения самоубийства произошла при наличии неврозов, психопатий или иных психологических заболеваний, человек не мог восстановить контроль за своим поведением, и ему давно уже нужна была помощь клинических психологов и психотерапевтов.

Наряду с этим, доказана важная роль врачей общей практики в профилактике, оценке состояния и контроле за суицидальными пациентами, в прогностической оценке суицидального риска. Зачастую врач является, например, единственным источником социального контакта у пожилых людей, которые обычно свои психологические и социальные проблемы представляют в виде соматических заболеваний. В этих случаях врач должен оценить риск суицидального поведения, войти в психотерапевтический, сочувственный контакт с пациентом.

Поэтому медицинский аспект профилактики самоубийств заключается в том, чтобы, с одной стороны, приблизить психотерапевтическую, клиническую и психиатрическую помощь к нуждающимся в ней пациентам общесоматических лечебных учреждений, а с другой — повысить уровень информированности врачей общего профиля в вопросах клиники и терапии депрессии и суицидальных явлений у депрессивных больных. Главным же является врачебное наблюдение и диагностическая беседа, ведь обнаружение у пациента депрессивных расстройств и особенно суицидальных проявлений налагает на врача и смежного специалиста значительную ответственность и часто заставляет его искать консультации психиатра.

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

В системе социальной защиты населения работают центры экстренной психологической помощи по телефону, которые оказывают соответствующую по-

мощь детям и подросткам, находящимся в стрессовой ситуации, в состоянии, близком к суицидальному. Кроме того, при органах социальной защиты населения и при учреждениях социального обслуживания семьи и детей функционируют «телефоны доверия». К работе в них привлекаются психологи, наркологи, юристы, работники органов внутренних дел, врачи различных специальностей, священнослужители и т. д. Информацию о «телефонах доверия» дети и подростки узнают через органы социальной защиты населения, образования, здравоохранения. Номера «телефонов доверия» помещаются на рекламных щитах, в средствах массовой информации. Кроме того, в системе Комитетов по делам молодежи работают центры экстренной психологической помощи по телефону.

В качестве положительного многолетнего примера эффективной службы не только телефонных, но и очных (личных) консультаций также можно выделить московскую службу психологической помощи населению («МСППН»).

Рекомендуется делать упор в работе по предупреждению самоубийств на коммуникативном уровне, направлять усилия на сохранение социальных связей потенциальных суицидентов с семьями, родственниками, соседями, которые могут играть важную роль в снижении уровня самоубийств, а также совершенствовать практические навыки работников различных служб по предупреждению суицида.

Тем не менее, можно сделать вывод о том, что в России пока не существует единой политики в отношении решения «суицидального вопроса», нет понимания архиважности проблемы суицида, и наши люди достаточно часто игнорируют развитие депрессивных состояний у своих родственников и близких, включая детей и подростков, не обращают внимания на наличие у них суицидальных высказываний, намерений.

Таким образом, помимо самого суицидента, помощь оказывается нужной и его окружению. Необходимы комплексные меры по повышению психологической культуры населения вообще и по вопросу суицида, в частности. Социально-профилактический подход также заключается в том, что суицидальное поведение причинно обусловлено. Следовательно, для его устранения нужна система социально-экономических, правовых, воспитательных мер.

Надо расширить численность государственных и общественных организаций, обеспечивающих поддержку суицидентам и лицам, имеющим суицидальные намерения, обеспечить их материально-технической базой; необходимы высококвалифицированные специалисты: психологи, социальные работники, психотерапевты, медицинские (клинические) психологи, медики, психиатры; важным аспектом является активное подключение всех средств массовой информации, включая Интернет, к информированию всех слоев населения о кризисных центрах, телефонах доверия, службах очной консультации и т. д.



8. Реабилитация граждан, склонных к суициду, имеющих психологические нарушения такого рода

Реабилитация — это система мер, имеющих своей целью возвращение человека к активной жизни в обществе, к общественно полезному труду. Этот процесс является непрерывным, хотя и ограничен во времени.

Следует различать такие виды реабилитации, как:

1) *медицинская реабилитация*, направленная на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма или на возможное замедление прогрессирующего заболевания;

2) *психологическая реабилитация*, направленная на психическую сферу суицидента и имеющая своей целью преодоление в его сознании представления о его ненужности и никчемности;

3) *профессиональная реабилитация*, предусматривающая меры по обеспечению для реабилитируемых возможности участвовать в общественно-профессиональной деятельности;

4) *бытовая реабилитация*, обеспечивающая нормальные условия для жизнедеятельности суицидента;

5) *социально-педагогическая реабилитация* как система мер воспитательного характера, направленная на формирование личностных качеств, значимых для жизнедеятельности суицидента, активной жизненной позиции, способствующих его интеграции в общество;

6) *социально-экономическая реабилитация* как комплекс мероприятий, нацеленных на обеспечение суицидента возможными денежными выплатами, защиту его законных прав и интересов;

7) *социальная реабилитация* как процесс восстановления граждан, склонных к суициду, к жизнедеятельности в социальной среде, а также самой социальной среды и условий жизнедеятельности личности, которые и привели к психологическим затруднениям, суицидальным мыслям или намерениям.

В зависимости от личностных особенностей клиента, испытывающего психологические затруднения или склонного к суициду, при проведении реабилитационных мероприятий следует учитывать то, в каком состоянии находится человек. Это может быть предкризисное или кризисное состояние, обусловленное социальной запущенностью вследствие конфликтов в семье, с друзьями, в школе, на работе т. д. Психолог, социальный работник и иной профильный и/или смежный специалист должны владеть приемами экстренной диагностики личности и ситуации, выявления причин возникновения психологических и социальных затруднений, которые привели к суицидальному поведению.

Основными видами помощи суицидентам являются: индивидуальные беседы; включение клиентов в

тренинговые группы с целью коррекции негативных эмоционально значимых ситуаций; переориентация индивидуальных и групповых интересов на социально интересные, социально значимые и социально полезные; обучение социальным навыкам, способам эффективного общения, взаимодействия с окружающими, конструктивному поведению в конфликтных ситуациях; рекомендации для чтения специальной литературы; привлечение специалистов — психологов разного профиля, социальных юристов, социальных педагогов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе и т. д.

Эффективная реализация данных реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении трех условий: а) высокой мотивации всех участников реабилитации; б) социально-психологической компетенции специалистов и руководителей реабилитационного учреждения; в) координации деятельности различных государственных служб образования, здравоохранения, социальной защиты, правоохранительных органов.

В заключение можно сделать вывод о том, что суицидальные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по социальной работе, психологов, педагогов и других профессионалов. Следовательно, генеральная задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их и существенно повысить психологическую культуру населения в целом и относительно вопросов суицида, в частности.

Необходимы комплексные меры по повышению психологической культуры населения, в том числе и по вопросу суицида. Следовательно, необходима система социально-экономических, правовых, воспитательных мер. Надо поддерживать и создавать общественные организации, обеспечивающие поддержку суицидентам и лицам, имеющим суицидальные намерения, нужны высококвалифицированные специалисты-психологи, социальные работники, медики, активное подключение СМИ к информированию населения о кризисных центрах, телефонах доверия, службах очной психологической консультации («МСППН» и др.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ананьев Б.Г. Избранные труды по психологии: В двух томах. — СПб: СПбГУ, 2007.
2. Асмолов А.Г. Психология личности. — М.: Академия, 2010. — 192 с.
3. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. — М.: МГППУ, Смысл, 2003. — 240 с.
4. Вепренцова С.Ю., Донцов Д.А. Роль старших подростков в эффективности первичной профилактики употребления младшими подростками психоактивных веществ

- // Социальная психология и общество. — 2012. — №4. — С. 74–84.
5. Донцов Д.А. Методология и методика научного исследования: построение и логика психологических изысканий: Учебно-методический комплекс. — Bahnhofstraße 28.66611 Saarbrücken, Deutschland: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2016. — 133 с.
 6. Донцов Д.А. Методология и методы психологического научного познания, исследования и воздействия // Концепции фундаментальных и прикладных научных исследований: Сборник статей Международной научно-практической конференции (13 марта 2016 г. г. Саратов): В 2 ч. — Ч. 2. — Уфа: МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2016. — С. 132–138.
 7. Донцов Д.А. Системная научная методология общей психологии // Тенденции развития науки и образования: Сборник научных трудов по мат-лам международной научно-практической конференции 31 марта 2016 г. — Ч. 3. — Самара: НИЦ «Л-Журнал», 2016. — С. 29–32.
 8. Донцов Д.А. Социальная психология Интернет-коммуникаций на примере группового психологического консультирования в Интернет // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. Мат-лы XVIII международной научной конференции «Психология и педагогика в системе гуманитарного знания 30–31 марта 2016 г. (г. Москва).
 9. Донцов Д.А., Денисов А.А., Сенкевич Л.В. Социальная психология: Учебно-методическое пособие по дисциплине «Социальная психология». Специальность: 030301.65 «Психология». — М.: Человек, 2010. — 80 с.
 10. Донцов Д.А., Донцова М.В. Психологические особенности юношеского (студенческого) возраста // Образовательные технологии. — 2013. — №2. — С. 34–42.
 11. Донцов Д.А., Донцова М.В., Матвеева О.В., Поляков Е.А. Психология общения: Учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности 030301.65 «Психология». — Тула: Тул. гос. пед. ун-т имени Л.Н. Толстого, 2011. — 128 с.
 12. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Сенкевич Л.В., Шарагин В.И., Кононов С.В. Психодиагностика. Практикум по психодиагностике: Учебно-методическое пособие. — Воронеж: Научная книга, 2013. — 164 с.
 13. Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Инклюзия в учебных группах, социальная реадaptация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп // Клиническая и специальная психология: электронный журнал. — 2015. — №4. — С. 79–91.
 14. Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования: Учебное пособие. — СПб: Речь, 2013. — 224 с.
 15. Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Сенкевич Л.Ф., Консон Г.Р. Психология развития детских возрастов: младенчество, раннее детство, дошкольное детство, младший школьный возраст, подростковый возраст: Коллективная монография. — М.: Liteo, 2015. — 174 с.
 16. Донцов Д.А., Ерёмина Л.Ю. Правовые и технологические аспекты социальной работы с мигрантами, на примере социальной работы с детьми беженцев // Информационно-методический бюллетень городской экспериментальной площадки второго уровня. — М.: МГППУ. — 2009. — №4. — С. 48–53.
 17. Донцов Д.А., Кочетков Н.В., Молчанова Е.В., Драчёва Н.Ю., Сухих Е.В. Социально-психологические методы и методики исследования, диагностики и формирования детских, подростковых и юношеских групп и коллективов: Коллективная монография. — М.: Liteo, 2015. — 90 с.
 18. Донцов Д.А., Москвитина О.А., Ерёмина Л.Ю. Неблагополучные семьи с позиций специалистов по социальной работе // Школа здоровья. — 2008. — №4. — С. 17–25.
 19. Донцов Д.А., Москвитина О.А., Орлова И.Н. Технологии психосоциальной работы и психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. — 2010. — №1. — С. 192–197.
 20. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований // Национальный психологический журнал. — 2011. — №1 (5). — С. 42–49.
 21. Зинченко Ю.П. Методология и метод в психологии // Учёные записки кафедры методологии психологии. — М.: МГУ, 2011. — С. 5–15.
 22. Зинченко Ю.П. Теоретико-методологические основания психологических исследований: детерминация и социальное значение: Монография. — М.: АПКПРО, 2011. — 308 с.
 23. Зинченко Ю.П. Типы рациональности в развитии научного психологического знания: классика, неклассика, постнеклассика // V Съезд Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». Москва, 14–18 февраля 2012 года. — Т. 1. — М., 2012. — С. 19–21.
 24. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Отношение к смерти: возрастные, региональные и гендерные различия // Культурно-историческая психология. — 2013. — №4. — С. 58–65.
 25. Куликов Л.В., Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Шарагин В.И. Психология эмоций и чувств: Коллективная монография. — Воронеж: Научная книга, 2014. — 192 с.
 26. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Психокоррекция в рилев-терапии методом проблемных тематических вопросов // Российский научный журнал. — 2013. — №2 (33). — С. 198–206.
 27. Рыжов Б.Н., Донцов Д.А., Сенкевич Л.В., Консон Г.Р. Общая психология: введение в общую психологию, психология познавательных процессов, психология личности. Учебно-методическое пособие. — М.: Liteo, 2015. — 307 с.
 28. Рыжов Б.Н., Сенкевич Л.В., Васильева Т.Е., Хорошева О.И. Социальная психосоматика: Учебное пособие. — Тула: ТПГУ, 2007. — 440 с.
 29. Сенкевич Л.В. Возрастные аспекты субъективного ощущения одиночества в группе нормы и группах риска // Вестник Академии права и управления. — 2015. — №3 (40). — С. 138–146.
 30. Сенкевич Л.В. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса»: первый этап апробации // Системная психология и социология. — 2015. — Т. 4. — №16. — С. 46–54.
 31. Сенкевич Л.В. Особенности мотивационного профиля аддиктивно развивающейся личности: опыт эмпирического исследования в рамках системной теории мотивации // Системная психология и социология. — 2016. — №1 (17). — С. 39–50.



32. Сенкевич Л.В. Особенности мотивационной сферы и смысложизненных ориентаций у мужчин с аддикциями, переживающих экзистенциальный кризис в зрелости // Социальная политика и социология. — 2012. — №8 (86). — С. 227–235.
33. Сенкевич Л.В. Особенности эмоциональной сферы и копинг-стратегий аддиктивной личности // Ученые записки РГСУ. — 2015. — Т. 14 (32). — С. 36–47.
34. Сенкевич Л.В. Отношение к смерти при девиантном поведении на разных возрастных этапах // Вестник Академии права и управления. — 2015. — №4 (41). — С. 168–174.
35. Сенкевич Л.В. Психология отклоняющегося поведения. — М.: Человек, 2012. — 224 с.
36. Сенкевич Л.В. Содержательные характеристики экзистенциального кризиса у юношей с аддиктивным поведением // Российский научный журнал. — 2013. — №2 (33). — С. 178–183.
37. Сенкевич Л.В., Донцов Д.А. Психологические особенности, социально-психологические закономерности и специфика развития личности в юношеском возрасте // Российский научный журнал. — 2013. — №1 (32). — С. 198–207.
38. Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сокурено М.Б., Павлова А.В., Пятаков Е.О. Представления о поведении в критических ситуациях в качестве суицидального фактора в юности // Вестник практической психологии образования. — 2015. — №3 (44). — С. 33–41.
39. Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Шарагин В.И. Механизмы психологической защиты личности: Коллективная монография. — Воронеж: Научная книга, 2014. — 158 с.
40. Сенкевич Л.В., Орешкина А.С. Искажение мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер в юношеском возрасте при суицидальном поведении // Вестник Академии права и управления. — 2015. — №2 (39). — С. 262–273.
41. Senkevich L.V. Phenomenological and Process Dynamic Characteristics of Existential Identity Crisis // Global Media Journal. — 2016, S2: 19.

