

А. Д. Пирожник

Научный руководитель: Н. Г. Новак, канд. психол. наук, доцент
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,
г. Гомель, Республика Беларусь

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В статье рассматриваются понятие и формы суицидального поведения, этапы формирования и мотивы суицидального поведения, описано содержание работы психолога при выявлении риска разных форм суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидальные мысли, факторы риска суицида.

Проблема самоубийства стала широко распространенной в современном мире. Ученые и специалисты во многих областях, такие как психологи, педагоги, социальные работники, медики, социологи, сотрудники служб экстренного реагирования, журналисты, пытаются изучить эти проблему различными способами.

Но, к сожалению, среди работников медицины и специалистов существует такое мнение, что диагностика, предупреждение и предотвращение суицидального поведения распространяется только на работу психотерапевтов и психиатров. Но люди, которые имеют психические расстройства и психологические проблемы очень часто обращаются к врачам другого профиля. В тоже время они могут просто бояться идти к психиатру и психотерапевту, либо не знать о своих проблемах. По данным ряда проведенных исследований 45–70 % люди посещают врача терапевтического профиля за две недели до самоубийства или попытки. В среднем врач общей практики сталкивается с двумя суицидальными попытками ежегодно и каждые три с половиной года среди своих пациентов.

Множество исследований подтверждают, что более чем 60 % людей, совершивших самоубийство, никогда ранее не обращались к психиатрам до суицида. Но при ретроспективном анализе документации и биографии человека, у большинства из них были выявлены признаки зависимости от психоактивных веществ, расстройств настроения, расстройств личности и другой психической патологии. Поэтому, одним из важных направлений стала профилактика суицидов, раннее выявление психических расстройств и риска самоубийства на этапе первичной медицинской помощи до обращения пациента к психиатру.

Суицидальное поведение (СП) – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде мыслей, фантазий, представлений или действий, которые направлены на самоуничтожение или самоповреждение и, по крайней мере, в наименьшей степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти [3].

СП подразделяют на внешние и внутренние формы. Внешние формы СП включают в себя:

- суицидальные интенции – решение к выполнению плана;
- суицидальные замыслы – разработка плана суицида;
- антивитаальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти;
- суицидальные мысли [3].

Согласно известному американскому исследователю и психиатру А. Беку, суицидальные мысли делят на активные и пассивные [4]. *Активные суицидальные мысли* связаны с активным желанием покончить с собой. К ним относятся мысли, которые связаны с размышлением о наиболее подходящем способе самоубийства, времени и места суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида. *Пассивные суицидальные мысли* не связаны с формированием плана самоубийства и носят недифференцированный характер. Сюда так же можно отнести случаи, когда индивид фантазирует о своей смерти, но не допускает возможность самоубийства или фантазирует о том, как его близкие отреагируют на его смерть.

Внешние формы СП включают в себя:

- парасуицид – преднамеренное самоотравление или самоповреждение, не закончившееся смертью, которое было нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет нанесения себе физических увечий;
- самоубийство (суицид) – преднамеренное, быстрое и осознанное лишение себя жизни;
- абортивный парасуицид – действие, совершенное с целью преднамеренного суицида или самоповреждения, но прерванное до фактического самоповреждения непосредственно самим индивидом;
- прерванный парасуицид – действие, совершенное с целью намеренного самоубийства или самоповреждения, но прерванное до реального самоповреждения внешними воздействиями (например, прервали акт самоповешения, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение, человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, и т. п.).

К суицидальному поведению не относятся:

- привычную аутоотравматизацию (ПА). Намеренное самоповреждение, которое не связано с идеей о суициде или смерти. ПА чаще всего сочетается с суицидальными действиями, и вместе они являются серьезным признаком патологии личности (пограничного расстройства личности);
- несчастные случаи – случайные, т. е. непреднамеренные передозировки или самоповреждения.

Самоубийство подразделяют на три основные группы: скрытые или косвенные, демонстративные и истинные. *Скрытым или косвенным суицидом* называют вид суицидального поведения, который характеризуются действиями с высокой вероятностью смерти, нацеленными на риск, игру со смертью. Например, поездки в горячие точки, употребление сильных наркотиков, экстремальные виды спорта, опасный бизнес и т. д. *Демонстративный суицид* не основан на желании умереть. Он представляет собой способ, с помощью которого индивид пытается обратить на себя внимание, попросить помощи, вести диалог. *Истинный суицид* определяется желанием умереть и характеризуется предшествующими размышлениями по поводу смысла жизни, депрессивным состоянием, угнетенным настроением, мыслями об уходе из жизни.

Известный французский философ и социолог Э. Дюркгейм разделяет самоубийство на виды в соответствии с особенностями социальных взаимодействий человека. К ним относятся эгоистическое самоубийство, фаталистическое самоубийство, альтруистическое самоубийство, анатомическое самоубийство [4].

Принято выделять три этапа СП:

- этап реализации суицидальных намерений характеризуется тем, что индивид планирует предстоящее самоубийство, то есть выбирает место, время и способа совершения суицидального действия;
- пресуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления побуждений и суицидальных мыслей до принятия решения о самоубийстве;
- последним является постсуицидальный этап, который охватывает промежуток времени совершения суицидальных попыток. Осуществляется в том случае, если суицидальные действия, предпринятые индивидом, не закончились смертельным исходом [2].

Существует огромное количество классификаций мотивов суицидального поведения. Так, согласно классификации В. А. Тихоненко, мотивы самоубийств представлены следующим образом:

- *месть, протест*. Возникает из-за чувства «несправедливости» и «обиды». Суицидальные действия (попытка или суицид) бессознательно направлены на индукцию чувства вины у значимого человека в ситуации конфликта;
- *призыв, «крик о помощи»*. Мотивом и смыслом суицидального акта, является обретение помощи;

– *избегание страдания*. Катализатором являются психологические или физические страдания. Человек считает, что самоповреждение или смерть представляется способом прервать его страдания навсегда;

– *избегание непереносимой жизненной ситуации*. Происходит из-за неприемлемых для человека изменений в жизненной ситуации. К таким ситуациям могут относиться: развод, долги, перспектива выписки из отделения, уголовное наказание и прочее. Самоповреждение и самоубийство может так же использоваться человеком как средство манипуляции другими. Степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой;

– *воссоединение*. Мотив, который исходит из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты;

– *жертвоприношение*. Исходит из потребности «искупить вину» за фантазийные или реальные действия;

– *наказание себя*. Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов;

– *сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов, публикаций в СМИ («синдром Вертера»)*. Термин синдром Вертера, был введен в 1970-х социологом Д. Филлипсом, занимавшимся в то время исследованием волны самоубийств, спровоцированных романом В. фон Гете «Страдания юного Вертера». Эффект Вертера описывает феномен, когда число суицидов резко возрастает, если масс-медиа уделяют большое внимание какому-то самоубийству и с жадной сенсацией освещают его [2].

Этот эффект бывает особенно сильным, если самоубийство описывается детально или если предметом для публичного обсуждения становятся мотивы самоубийцы, которые нередко изображаются в упрощенном виде – неудачный брак, долги и т. п.

Факторы риска суицида – это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках человек, совершивших суицид. Наиболее общей является классификация, согласно которой существуют психолого-психиатрические (наличие психического заболевания (шизофрения, депрессия, расстройства личности, алкогольная зависимость,), биологические (наличие самоубийств среди биологических родственников,), индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению (суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом) и социально-средовые факторы (стрессовые события (смерть близкого человека, сексуальное или физическое насилие и др.), определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянного места работы и др.) суицидального риска [1].

Таким образом, можно говорить о том, что суицидальное поведение имеет две формы (внешняя и внутренняя) и три этапа (этап реализации суицидальных намерений, который характеризуется активными мыслями, второй этап – предсуицидальный, который заканчивается активными действиями для попытки суицида), последний этап – постсуицидальный осуществляется в том случае, если суицидальные действия, предпринятые индивидом, не закончились смертельным исходом. Если у пациента присутствуют признаки суицидального поведения, то необходимо провести адекватную оценку психологического статуса, помочь пациенту наладить контакт с родственниками, провести терапевтические мероприятия, обеспечить наблюдение за пациентом.

Список использованных источников

1 Акопян, К. З. Самоубийство: проблема мотивации (размышления в связи с психологическим этюдом Н. А. Бердяева «О самоубийстве») / К. З. Акопян // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 153–159.

2 Бадьина, Н. П. Преодоление последствий психической травмы у детей и подростков: метод. рекомендации для педагогических работников / Н. П. Бадьина. – Курган: Институт

повышения квалификации и переподготовки работников образования Курганской области, 2005. – С. 63.

3 Ласый, Е. В. Проблема профилактики самоубийств в Республике Беларусь / Е. В. Ласый // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы науч. – практ. конф., Минск, 28 июня 2007 г. – Минск, 2007. – С. 305–309.

4 Ласый, Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: место системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов / Е. В. Ласый // Медицина. – 2007. – № 3. – С. 6–10.

К. А. Тратинко

Научный руководитель: Н. Н. Красовская, канд. социол. наук, доцент
Белорусский государственный университет,
г. Минск, Республика Беларусь

СЕМЕЙНАЯ ГОСТИНАЯ «ГЕСТИЯ» КАК РЕСУРСНАЯ ПЛОЩАДКА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

В статье рассматриваются особенности проблемы семейного неблагополучия и содержание ресурсной площадки «Гестия», деятельность которой направлена на профилактику семейного неблагополучия, посредством организации своевременного и целенаправленного межведомственного сопровождения неблагополучных семей; создания методической базы для специалистов, работающих с неблагополучными семьями в условиях социальных учреждений.

Ключевые слова: семейное неблагополучие; семейная гостиная; ресурсная площадка; информированное согласие; психологическое консультирование; межведомственный подход.

На сегодняшний день актуальной проблемой является серьезная обеспокоенность государственных органов и общества в целом ростом числа семей, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации и в социально опасном положении. В этих семьях нарушается структура, обесценивается или отходит на второй план выполнение родителями воспитательной, социально-экономической, поддерживающей и иных семейных функций, имеются явные или латентные дефекты детско-родительских и супружеских отношений, в результате чего появляются «трудные» несовершеннолетние, с воспитанием которых не справляется семья. Комплекс данных нарушений в семье является следствием ее низкого социального статуса, что требует создания реабилитационного пространства для трехуровневой профилактики семейного неблагополучия.

Говоря о семейном неблагополучии, необходимо отметить тот факт, что в научной литературе отсутствует единое определение данного понятия. В различных источниках наряду с понятием «неблагополучная семья» раскрывается содержание следующих терминов: «деструктивная семья», «негармоничная семья», «дисфункциональная семья».

В своем исследовании мы руководствовались понятием «семейное неблагополучие», которое было раскрыто в пособии «Технологии работы с несовершеннолетними группы социального риска» (Т. В. Тратинко, Н. Н. Красовская). Авторы отмечают, что *семейное неблагополучие* характеризуется проблемами во внутрисемейных отношениях, отсутствием у членов семьи общих интересов, которые усугубляются деформацией ценностной сферы, нарушением общественных ценностей и норм. Как следствие, повышается риск социального сиротства несовершеннолетнего [1, с. 70].

В работах исследователей (В. В. Бойко, К. М. Оганян, О. И. Копытенкова, М. А. Галагузова, Н. Ф. Дивицына) прослеживается определенная взаимосвязь семейного благополучия/неблагополучия со степенью удовлетворенности основных жизненных потребностей.