



СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

*«Самоубийство есть не только насилие над
жизнью, но также насилие над смертью»*

Н. Бердяев

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

- *Суицидальное поведение* включает в себя покушения, попытки и проявления (парасуициды).
- К покушениям относят все неудачные попытки суицида.
- Суицидальными попытками считают демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемого им акта.
- К суицидальным проявлениям в широком смысле этого слова относят мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение – следствие социально-психологической дезадаптации в условиях переживаемого конфликта

Самоубийства совершают:

психически больные

лица с пограничными психическими аномалиями

психически здоровые

в соотношении 3 : 10 : 2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУИЦИДОВ:

- высокий уровень:

> 13 случаев на 100.000 нас./год

- средний :

6,5 – 13 случаев на 100.000 нас./год

- низкий

< 6,5 случаев на 100.000 нас./год

СТРАНЫ С НИЗКИМ УРОВНЕМ СУИЦИДОВ:

- Израиль – 6,5 (1997)
- Аргентина – 6,4 (1996)
- Греция – 3,6 (1999)
- Турция – 3 (1993)
- Азербайджан – 0,8 (2000)
- Иран – 0,2 (1992)

СТРАНЫ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ СУИЦИДОВ:

- США - 10,7 (1999)
- Индия – 10,7 (1998)
- Нидерланды – 9,6 (1999)
- Великобритания – 7,5 (1999)
- Италия – 7,1 (1999).

СТРАНЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СУИЦИДОВ:

- Литва – 46,4 (1996), 44,1 (2000)
- Россия – 39,4 (2000)
- Латвия – 32,4 (2000)
- Украина – 29,6 (2000)
- Венгрия – 29,2 (2001)
- Япония – 25,1 (1999)
- Дания – 22,0 (2000)
- Китай – 13,9 (1999)

РЕЗУЛЬТАТЫ ПО РЕГИОНАМ РОССИИ:

- *Три первые места*

Корякский АО – 133,5

Коми – 110,3

Алтай – 101.9

- *На последнем месте*

Дагестан – 3,2

Северная Осетия – 4,8

Ингушетия – 1,1

- *Столичные города:*

Москва – 11


СПб – 17,8

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТДЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ

- Особо «уязвимыми» в плане суицидального и парасуицидального поведения являются члены профессиональных сообществ, имеющих доступ к сильнодействующим лекарственным препаратам и огнестрельному оружию, например:
 - медики (в частности, врачи-реаниматологи),
 - сотрудники «силовых структур», в частности, работники органов внутренних дел и военнослужащие.

МОТИВЫ САМОУБИЙСТВ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

- 1) утрата привычных систем поддержки личности и жизнеобеспечения;
- 2) потеря чувства общности со значимым окружением;
- 3) утрата надежд на положительные изменения в ближайшем будущем;
- 4) страх стать инвалидом;
- 5) «неуставные отношения»;
- 6) переживание утрат;
- 7) коллективная травма, «негативная общность» с находящимися в аналогичных условиях сослуживцами;
- 8) участие в военных действиях;
- 9) «подражательные» самоповреждения.

- 
- Таким образом, суицидологическая обстановка в Российской Федерации и ряде других стран постсоветского пространства складывается крайне неблагоприятно, и по общемировым стандартам эти страны входят в число государств с наиболее неблагоприятной суицидологической ситуацией (М.М. Лапицкий, С.В. Ваулин, 2000).
 - Вместе с тем указанные цифры являются отражением мировой тенденции к росту числа суицидов и парасуицидов.

ПОСЛЕДСТВИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- Самоубийства и покушения на них наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Экономические потери связаны с необходимостью применения неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий, временной нетрудоспособностью и инвалидизацией пострадавших.
- Суицид оказывает разрушительное влияние на друзей и родственников суицидента. Умышленная, неожиданная и насильственная смерть близкого человека заставляет чувствовать отверженность, беспомощность и отверженность, чувство стыда и вины. Пережившие суицид стараются избегать общения с другими людьми, также как и окружающие избегают общения с ними.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРИЧИНЫ САМОУБИЙСТВ

- 1) Депрессивное расстройство.
- 2) Алкоголизм занимает второе место и является причиной 15-25% всех завершенных суицидов.
 - Риск суицида у алкоголиков 2-й стадии в 80 раз выше, чем у здоровых.
- 3) Наркомания. (в Калифорнии, по данным выборочного исследования, из 133 молодых людей, совершивших суицид, 55% употребляли наркотики).
- 4) Расстройство личности было выявлено у 35-50% самоубийц при жизни или путем ретроспективного анализа («психологической аутопсии»). Часто сочетается с другими причинами (депрессия, алкоголизм, наркомания).
- 5) Хронический невроз.
- 6) Шизофрения диагностируется у 3-10 % самоубийц. Чаще это молодые люди на ранней стадии заболевания, если в картине болезни есть депрессивный компонент (Гельдер и др., 1997).

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ

- Эмиль Дюркгейм (1858, рус. пер. 1912) считал, что в основе суицидального поведения лежит «снижение и неустойчивость социальной интеграции», а частота самоубийств зависит от того, в какой степени индивид интегрирован в обществе.
- По мнению Дюркгейма, самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивидуума с социальной средой, при этом социальные факторы, несомненно, играют ведущую роль.

КЛАССИФИКАЦИЯ Э. ДЮРКГЕЙМА

■ **ЭГОИСТИЧЕСКОЕ** самоубийство характерно для людей, утративших связь со своей социальной группой. Для него характерно «состояние томительной меланхолии, парализующее всякую деятельность человека». «Закрывая глаза на все окружающее, человек обращает внимание на состояние своего сознания; он избирает его единственным предметом своего анализа и наблюдений». Занимаясь только собой, он усугубляет свое состояние. Человек точно определяет час своей смерти и заранее готовится к ней, составляет план. В другом случае субъект стремится к максимальному удовлетворению своих потребностей – (эпикурейцы). Если они не удовлетворяются – легко уходит из жизни. Мечтательная меланхолия уступает место скептическому и рассудочному хладнокровию.

■ **АЛЬТРУИСТИЧЕСКОЕ** самоубийство – акт самопожертвования, при котором человек сознательно отдает свою жизнь ради блага социальной группы. Оно диаметрально противоположно эгоистическому самоубийству. Человек доказывает самоубийством свою храбрость, невиновность родственника или иного высокозначимого человека (осознанное самопожертвование во время войн и т.п.). По мнению Э.Дюркгейма, в таких случаях нет никаких следов принуждения, акт совершается «от чистого сердца».

■ **АНОМИЧЕСКОЕ** (от франц. Anomie – отсутствие закона, организации) самоубийство наблюдается среди живущих в обществе, где недостает «коллективного порядка», поскольку оно находится в стадии коренных перемен и переживает кризис.

■ «Аномия освобождает желания от всякого ограничения, широко открывает дверь иллюзиям, а следовательно, и разочарованию». Человек лишает себя жизни в гневном состоянии, он как бы мстит всем.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 3. Фрейд рассматривал самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и как частный случай аутоагрессией. Существуют два основных влечения - Эрос и Танатос. Континуум человеческой жизни – борьба между ними. Человек не только хочет жить и быть любимым, продолжить себя в своих детях – бывают периоды, когда желанней оказывается смерть.
- С возрастом сила Эроса убывает, а сила Танатоса растет. По Фрейду суицид и убийство являются проявлением разрушительного влияния Танатоса, т.е. агрессии, направленной против спроецированного внутри себя объекта либидо

К. Меннингер (1950) рассматривал суицид как отрефлексированное убийство, результат гнева на другого, обращенный против себя.

Им были описаны три компонента враждебности при суициде:


1) *желание убить*, которое проявляется в двух направлениях: ауто и гетеродеструкции. Обычно внешняя агрессия может проявиться во время расширенного суицида, при котором человек из альтруистических соображений убивает наиболее близких, а потом себя.

2) *желание быть убитым* может проявляться в провокации ситуаций, представляющих опасность для жизни.

3) *желание умереть* как средство освобождения от чего-то.


Если нет всех трех компонентов, то попытка не является серьезной: она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением запугать кого-то, шантажировать, получить «психологические дивиденды».

- К Карлу Меннингеру восходят и современные концепции саморазрушающего поведения. Он первый отнес наркотическую и алкогольную зависимости к одной из форм самоуничтожения («продолгованной аутоагрессии»).
- Кроме того, он ввел понятие «частичное самоубийство» для некоторых форм невротического членовредительства: трихотиломании (вырывание и поедание собственных волос), онихофагии (грызение ногтей), удаление зубов, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена).
- Во всех этих случаях, по мнению К. Меннингера, суицидальный импульс сосредотачивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению.



▪Сторонники «ортодоксального» психоанализа считают, что самоубийство — это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение правильности своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также — на снижение самоубийств во время войн (Brown et al., 1982; Inamdar et al., 1982, и др.).

▪В целом психоаналитики считают самоубийство как проявлением дисфункциональных механизмов психологической защиты и в значительно меньшей мере рассматривают его в социальном плане.



▪Современные психодинамические теории суицидального поведения придают большое значение исследованию фантазии суицидентов о том, что могло бы случиться и что было бы с их сознанием, если произойдет суицид. Эти фантазии часто включают жажду мщения, могущества, контроля, наказания; жажду искупления и жертвы; желание убежать или заснуть, либо спастись, возродиться, воссоединиться с помощью смерти в новой жизни.

Суицидальные фантазии возникают чаще при потере любимого, близкого человека. У депрессивных больных возникают фантазии об избавлении от депрессии с помощью суицида.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

▪К. Роджерс (1975) полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении Я, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми.

▪Р.Мэй полагал, что основная причина самоубийств - "экзистенциальный вакуум", утрата смысла жизни. Психологический смысл суицидального поведения – символический «крик о помощи», а также попытка привлечь внешнее внимание к своим проблемам.

▪Основоположник одного из значимых направлений экзистенциальной психотерапии – логотерапии – Виктор Франкл в своей работе «Человек в поисках смысла» (1990) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания.

- В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и настаивал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. Таким путем не искупить вину перед другими: только ошибающаяся совесть может приказать совершить самоубийство. Человеку следует повиноваться жизненным правилам: не пытаться выиграть любой ценой, но и не прекращать борьбы даже в условиях невыносимого существования. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением. **Самоубийца не боится смерти — он боится жизни.**
- Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- Основоположник данной концепции И.П.Павлов писал: "...Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. ...Жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не считаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна. Конечно, если человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное задерживание, торможение ... рефлекса цели".
- Современные представители когнитивной школы, изучая процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления и «когнитивных искажений».

ТИПЫ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ (ПО А. БЕКУ)

- 1) Мышление по принципу "Все или ничего". Вещи воспринимаются исключительно в черно-белых категориях. Так, например, нечто, сделанное не вполне совершенно, воспринимается как абсолютный провал.
- 2) Чрезмерное обобщение. Единичное негативное событие воспринимается как нескончаемая цепь неудач.
- 3) Мысленный фильтр. Из всего многообразия опыта вы выбираете единственное неприятное переживание и застреваете в нем так прочно, что перестаете видеть все остальные. Этот процесс подобен капле чернил в мензурке, окрашивающей собой всю воду.

4) Дискредитация положительного. Вы отрицаете положительные переживания, настаивая на том, что они по той или иной причине "не считаются". Таким образом, вы можете сохранять негативное убеждение, которое противоречит вашему повседневному опыту.

5) Поспешные заключения. Вы строите негативные объяснения, хотя нет никаких определенных фактов, которые могли бы убедительно поддерживать ваши выводы:

а) "чтение мыслей": вы произвольно заключаете, что кто-то плохо к вам относится, и не удосуживаетесь проверить это;

б) "мрачные прогнозы": вы предвидите, что дела пойдут плохо, и верите, что ваше предсказание - это уже свершившийся факт.

б) Преувеличение или преуменьшение. Вы преувеличиваете значение одних вещей (например, собственных промахов или чужих успехов) и необоснованно преуменьшаете ценность других (например, собственных достоинств или недостатков других людей).

7) Эмоциональное резонерство. Вы предполагаете, что ваши негативные эмоции обязательно отражают вещи такими, какие они и есть на самом деле: "Я так чувствую, значит, так оно и есть".

8) Утверждения долженствования. Вы пытаетесь мотивировать себя на что-то с помощью выражений "должен" и "не должен", как будто от вас можно чего-либо добиться лишь с помощью наказания и запугивания. Эмоциональное следствие такой формы мотивации - чувство вины. А если утверждения со словом "должен" вы адресуете другим людям, то в итоге чувствуете злость, гнев и фрустрацию.

9) Наклеивание ярлыков. Это крайняя форма чрезмерного обобщения. Вместо того чтобы описать свою ошибку, вы попросту наклеиваете на себя отрицательный ярлык: "Я - неудачник" и т.п.

ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

■ Эдвин Шнейдман (1957) описал наиболее значимые характеристики суицида. К ним относятся:

1. Общая цель для суицида – поиск решения
2. Общая задача – прекращение сознания
3. Общий стимул – невыносимая психическая боль
4. Общий стрессор – фрустрированные психологические потребности
5. Общая суицидальная эмоция – беспомощность-безнадежность;
6. Общее внутреннее отношение к суициду – амбивалентность.
7. Общее состояние психики – сужение когнитивной сферы;
8. Общее действие при суициде – бегство (эрессия);
9. Общее коммуникативное действие – сообщение о своем намерении;
10. Общая закономерность – соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.

ТРИ ТИПА СУИЦИДОВ ПО Э. ШНЕЙДМАНУ (2001):

- Эготическое самоубийство. Причина – интрапсихический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют дополнительную роль. (Суициды психически больных, страдающих слуховыми галлюцинациями).
- Диадическое самоубийство, основа которого в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому человеку. Т.о. внешние факторы доминируют, делая суицид актом по отношению к другому.
- Агенеративное самоубийство, когда причина в желании исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом (суициды в пожилом возрасте).

МОТИВЫ, ПРИЧИНЫ, ПОВОДЫ

СУИЦИДОВ

- А. Г. Амбрумова (1983) основной причиной суицидальных действий считает социально-психологическую дезадаптацию личности. Кроме главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.). От причины следует отличать условия и повод. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития.
- *Повод* в отличие от причины — это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

МОТИВЫ, ПРИЧИНЫ, ПОВОДЫ СУИЦИДОВ

- А. Е. Личко (1974) к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит:
 - потерю любимого человека;
 - состояние переутомления;
 - уязвленное чувство собственного достоинства;
 - разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, психотропных средств и наркотиков;
 - отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
 - различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

- По данным В.Т. Кондрашенко, С.А.Игумнова (2004), среди основных причин суицидальных действий подростков отмечались:
- в 26% случаев - болезненные состояния (психозы—10%, пограничные состояния — 15%, соматические заболевания — 1%),
- в 12% — трудная семейная ситуация,
- в 18% — сложная романтическая ситуация,
- в 15% — нездоровые отношения со сверстниками, особенно в неформальных группах,
- в 8% — нездоровые отношения со взрослыми, в том числе с учителями (дидактогении),
- в 7% — боязнь ответственности и стыд за совершенное правонарушение,
- в 5% — пьянство и употребление наркотиков и
- в 9% — прочие, в том числе и невыясненные, причины.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ

СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

1. злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем;
2. реакции ухода (эскейп-реакции) (уход из дома и т. п.);
3. самоизоляция от других людей и жизни;
4. резкое снижение повседневной активности;
5. изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
6. предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
7. частое прослушивание траурной или печальной музыки;
8. «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам, дарение ценных личных вещей «на память»).

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- К интраперсональным факторам повышенного суицидального риска относят:
 - 1) особенности характера, преимущественно шизоидного, сенситивного, эпилептоидного и психастенического типов;
 - 2) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
 - 3) неполноценность коммуникативных контактных систем;
 - 4) неадекватную личностным возможностям самооценку;
 - 5) отсутствие или утрату целевых установок, лежащих в основе ценности жизни.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- ✓ Сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам
- ✓ Своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений, склонность к «черно-белым» оценкам)
- ✓ Недоразвитие или своеобразие коммуникативных способностей (интроверсия, отсутствие способности к эмпатии и сопереживанию)
- ✓ Неадекватная самооценка (заниженная, завышенная, лабильная)
- ✓ Ограниченный репертуар копинг-стратегий (возможностей совладающего поведения)
- ✓ Неразвитость зрелых психологических защитных механизмов

АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ

- ✓ Эмоциональная привязанность к значимым близким
- ✓ Родительские обязанности
- ✓ Выраженное чувство долга
- ✓ Религиозные представления о греховности самоубийства
- ✓ Четкое осознание социальных требований, зависимость от общественного мнения
- ✓ Представление о неиспользованных жизненных возможностях
- ✓ Наличие творческих планов, стремление к самореализации
- ✓ Наличие эстетических критериев (нежелание выглядеть некрасивым после смерти)
- ✓ Боязнь физического страдания

АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ

- 1. Страх смерти, как один из основных факторов, блокирующих суицидальную активность.
- 2. Религиозные мотивы могут быть существенным фактором не только у религиозных людей, т.к. самоубийство как грех воспринимают и лица, отрицающие у себя какие-либо религиозные убеждения.
- 3. Этические мотивы, которые отражают внутреннюю психологическую неприемлемость самоубийства из-за нежелания делать больно родным и близким. Этот фактор приобретает особую значимость в зрелом возрасте.
- 4. Моральные мотивы отражают представление о самоубийстве как о слабости и трусости, «позорном бегстве», а также нежелание оставить о себе «плохую память».

КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СУИЦИДА

- Кризисная психотерапия – набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения и, в первую очередь, попыток самоубийства (суицидальных попыток).

ЦЕЛИ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ:


- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств;
- развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладения со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ:

- суицидоопасные состояния, обусловленные кризисной ситуацией (социально-психологическими потерями), проявляющиеся в сфере аффективных реакций субклинического и клинического уровня и развивающиеся у:
 1. практически здоровых лиц,
 2. больных с пограничными нервно-психическими расстройствами и
 3. сохраненных душевнобольных вне связи с эндогенными механизмами заболевания (Старшенбаум Г.В., 2005).

ПРИЕМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АНТИСУИЦИДАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (Э. ШНЕЙДМАН, 2001)

- установить отношения доверия и взаимопонимания;
- идентифицировать суицидогенную проблему и фокусироваться на ней;
- избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;
- быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его открытость;
- осознавать фрустрированные потребности пациента;
- воздерживаться от оценки его системы ценностей;
- выражать несогласие с суицидальным решением пациента;
- разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента к анализу ситуации;

- 
- исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;
 - отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;
 - организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;
 - проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;
 - принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;
 - получать обратную связь и поддержку от коллег;
 - консультироваться у старших товарищей.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ (К. ДЕРНЕР, У. ПЛОГ, 1997)

- недостаточное внимание к сигналам пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано со страхом терапевта перед смертью;
- навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
- бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;
- взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента,
- активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

ЧТО НЕ НАДО ДЕЛАТЬ

- Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.
- Не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида.
- Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим – это лишь показывают человеку, что вы его не понимаете.
- Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете.
- Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей.
- Не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не решают проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому принесут только вред.
- Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА


- 1. Установление терапевтического контакта требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики.
- Необходимо создать у пациента уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи.
- В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА

- 2. Раскрытие суидоопасных переживаний происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самовосприятие, сниженное в результате психологического кризиса.
- Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых эмоций, что уменьшает аффективную напряженность.
- Можно спросить: “Что Вас (тебя) удерживает в жизни?” Лица со сформированными “антисуицидальными представлениями” отвечают четко и определенно (“ семья, близкие люди; могут выявляться представления о “ позорности”, “греховности” самоубийства и т.п. ”).

КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА

- 3. Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для пациента областях, повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса.
- Проявления личностной несостоятельности подростка в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать самооценку пациента и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания.



«Мы должны во что бы то ни стало довести до сознания человека, решившегося на самоубийство, что самоубийство не может разрешить никакую проблему.

Мы должны показать ему, как похож он на шахматиста, который, получив тяжелую позицию, сметает с доски все фигуры.

Этим он не решает шахматную проблему. Тем более в жизни ни одна проблема не решается путем того, что жизнь отбрасывают.

Человек, который выбирает добровольную смерть, нарушает правила игры жизни.

Эти правила не требуют ведь от нас, чтобы мы любой ценой побеждали, но требуют, чтобы мы никогда не прекращали борьбу» В.Франкл