**Мотивы суицидального поведения**

**Ведение**

суицид общество молодежный

Суицид - акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания.

Необходимость борьбы с суицидальными происшествиями вытекает, прежде всего, из абсолютной ценности человеческой жизни, трагической бессмысленности гибели людей. В возрастной динамике резкий рост суицидов наблюдается после 13 лет. Во Франции в группе 15-19-летних самоубийство является четвертой, а в США - третьей по статистической значимости причиной смерти (после транспортных происшествий, насильственной смерти и рака). У подростков значительно чаще, чем среди взрослых, наблюдается так называемый «эффект Вертера» - самоубийство под влиянием чьего-либо примера (в свое время опубликование гётевского «Вертера» вызвало волну самоубийств среди немецкой молодёжи). В большинстве стран, где ведётся статистика, за последние 30 лет количество юношеских самоубийств заметно возросло, в то время как среди взрослых показатели суицидов в значительной степени остались прежними.

Серьёзность проблемы, с одной стороны, и длительное её замалчивание официальными кругами, с другой стороны, породили в обществе различные «мифы», предубеждения. Так, у неспециалистов существует упрощенное отношение к фактам самоубийств, стремление объяснить их исключительно влиянием психических расстройств. Между тем, изучение обстоятельств суицидальных случаев показывает, что подавляющая часть людей из числа лишивших себя жизни - это практически здоровые лица, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Это и подобные ему предубеждения относительно причин суицидального поведения представлены в таблице.

Для психолога-практика проблема профилактики суицидального поведения является одной из наиболее значимых сфер профессиональной деятельности.

Феномен суицида (самоубийство или попытка самоубийства) чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное какими-то особыми, личностно значимыми психотравмирующими событиями. Причем, это кризис такого масштаба, такой интенсивности, что весь предыдущий жизненный опыт человека, решившегося на суицид, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он считает невыносимой.

Такой психологический кризис может возникнуть внезапно (под влиянием сильного аффекта). Но чаше внутренняя душевная напряженность накапливается постепенно, сочетая в себе разнородные негативные эмоции. Они накладываются одна на другую, озабоченность переходит в тревогу, тревога сменяется безнадежностью. Человек теряет веру в себя, в способность преодолеть неблагоприятные обстоятельства, возникает внутренний конфликт «неприятия самого себя», «самоотрицание», появляется ощущение «потери смысла жизни».

**1. Суициды: общие понятия, терминология, распространенность**

Самоубийство (суицид) - это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение - понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.). Суицидальными попытками считают демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемого им при попытке акта. К суицидальным проявлениям относят мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

А.Г. Амбрумова выделяет самоубийства (истинные суициды) и попытки самоубийства (незавершенные суициды). Бруксбэнк говорит о суициде и парасуициде. Автор определяет суицид как намеренное самоубийство, а парасуицид как акт намеренного самоповреждения, не приводящий к смерти. По мнению А.Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. Е. Шир выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное. Первые два типа, по данным автора, встречаются у подростков крайне редко (менее чем у 1%); третий, четвертый и пятый типы соответственно у 25, 18 и 56,3%.

В последние годы получили права гражданства такие понятия, как «пресуицид» и «постсуицид». Одни авторы под пресуицидом имеют в виду отрезок времени, предшествующий суицидальному действию; другие - психическое состояние, предшествующее суициду. Большинство отечественных суицидологов под понятием «пресуицид» подразумевают состояние личности, обусловливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта. Подобное разночтение существует и в отношении термина «постсуицид». На наш взгляд, более правильно пользоваться такими дифференцированными понятиями, как «постсуицидальное состояние» и «постсуицидальный период».

В литературе часто встречаются термины «аутотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью аутоагрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В то же время нет оснований, например, относить к суицидальным действиям умышленное членовредительство или аутоагрессивные акты людей, находящихся в состоянии психоза.

В современной литературе, особенно западной, широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительного», поведения. А.Г. Амбрумова не без основания считает, что существует ряд взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения, крайней точкой которого является суицид.

К саморазрушительному поведению наряду с суицидальным относят злоупотребление алкоголем, наркотиками, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, намеренную рабочую перегрузку, упорное нежелание лечиться, рискованную езду на автотранспортных средствах, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии. В более широком смысле аутоагрессивными действиями считают некоторые религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокую эксплуатацию, войны, т.е. все те осознанные ауто- и гетероагрессивные действия, которые приводят к индивидуальному или массовому саморазрушению и самоуничтожению людей.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире кончает самоубийством более 500 тыс человек. Число же суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами. Наиболее высокий уровень самоубийств в ФРГ, ГДР, Австрии, Дании, Швейцарии, Венгрии, Чехословакии; более низкий - в Болгарии, Ирландии, Испании, Индии. В США средний уровень самоубийств 25-29 человек на 100 тыс. населения в год, в СССР - 23-24 человека.

В городе суициды совершаются более часто, чем в деревне. Максимум их приходится на май, минимум - на декабрь.

С.В. Бородин, А.С. Михлин, проанализировав состояние самоубийств в 43 странах мира за последние 15-20 лет, пришли к выводу, что в подавляющем большинстве этих стран наблюдается тенденция роста числа самоубийств и их уровня. Это особенно характерно для экономически развитых стран со значительным удельным весом городского населения, особенно для государств северной и центральной Европы. По данным авторов, уровень самоубийств выше в тех странах и среди тех слоев населения, где выше материальный уровень жизни. Это ярко проявляется на примере США, где на протяжении многих лет уровень самоубийств среди белых в 2-2,5 раза выше, чем среди чернокожих.

Особую тревогу в последние 15-20 лет вызывает рост самоубийств среди подростков и юношей. По данным регионарного бюро ВОЗ, количество самоубийств среди лиц в возрасте 15-24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах суициды стоят на 2-3-м месте. Во Франции число самоубийств среди подростков за последние 10 лет утроилось и теперь не уступает количеству несчастных случаев на автострадах. В США количество суицидов в возрастной группе 15-19 лет за этот же период удвоилось и достигает 5000 в год. В 1978 г. в США по всем возрастным группам зарегистрировано 13 суицидов на 100 тыс. населения (29000 суицидов), среди важнейших причин смертности суициды занимают 10-е место. В то же время в возрастной группе от 15 до 24 лет суициды составляли 41 на 100 тыс населения соответствующего возраста и заняли 3-е место среди причин смертности. Запоследние 30 лет частота суицидов в США среди юношей 15-19 лет возросла на 300%, девушек - на 200%.

Частота суицидов среди студентов-медиков мужского пола в США составляет 15,6 на 100 тыс в год, а женского пола - 18,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, при этом 76% суицидов совершаются студентами I-II курсов. В армии США суициды отмечаются у 11,6% на 100 тыс. служащих.

Число детей и подростков с суицидальным поведением, находившихся под наблюдением психиатрической службы в Луизвилле, возросло с 1973 по 1980 гг. на 530%. Всего во Франции в 1983 г. в результате самоубийств погибло более 1200 человек, что составляет почти 2% от всех причин смертности и 10% смертности среди молодежи в возрасте от 15 до 24 лет. В Японии в 1986 г. покончили жизнь самоубийством 25524 человека, при этом за год число самоубийств выросло на 8,2%.

Обследование призывников в Швейцарии показало, что 2% из них в подростковом возрасте совершили суицидальные попытки и у 24% отмечались суицидальные мысли.

В Польше число самоубийств среди подростков и юношей (12-20 лет) за последние 10 лет увеличилось в 4 раза, из них лица мужского пола составляют 21% и женского - 79%.

Особенности проявлений суицидов в детском и подростковом возрасте, своеобразие психологии и уровней социализации детей и подростков, особенности психопатологических состояний, специфика профилактики - все это дает основание некоторым авторам выделять детскую и подростковую суицидологию как самостоятельную область знаний.

А.Г. Амбрумова и соавт., обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, показали, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершили 14,4%, в пубертатном (13-16 лет) - 51,8% и постпубертатном (17 - 18 лет) - 33,8%. Самыми молодыми из суицидентов были дети 7 лет. Большинство в группе обследованных составили девочки (80,8%). Наиболее частыми способами покушений и суицидальных попыток у девочек были отравления, у мальчиков - порезы вен и повешение. У 5% девочек, совершивших попытки самоубийства в возрасте старше 13 лет, была обнаружена беременность.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет - явление относительно редкое, но с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет.

**2. Причины и мотивы суицидального поведения**

Несмотря на то, что, на протяжении веков ученые стремились дать теоретическое обоснование суицидальному поведению, в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств, причины и мотивы суицидального поведения. Среди множества концепций выделяются три основные концепции суицида: психопатологическая, психологическая и социологическая.

Психопатологическая концепцияисходит из положения о том, что все самоубийцы - душевнобольные люди, а суицидальные действия - проявления острых или хронических психических расстройств. Предпринималась даже попытка выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу (suicidomania), а сама проблема изучалась специфическими для медицины методами, т.е. с точки зрения этиологии, патогенеза и клиники заболевания. Предлагались различные методы физиотерапевтического и медикаментозного лечения суицидомании (кровопускания, слабительные, желчегонные средства, холодные влажные обертывания и т.д.).

На современном этапе развития психологической науки психопатологическая концепция представляет скорее исторический интерес, хотя некоторые исследователи и сейчас считают, что суицидальные действия представляют собой одну из форм проявлений психических заболеваний. В своей практике мы часто сталкиваемся с тем, что многие педагоги и психологи объясняют проблемное поведение у детей и подростков с позиций этой концепции: «Ему лечиться надо», «Псих», «Это не наш случай, там, скорее всего, диагноз» и т.п.

А.Е. Личко пишет: «Суицидальное поведение у подростков - это в основном проблема пограничной психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера». По наблюдению автора, лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии - 20-30%, а все остальные на так называемые подростковые кризы.

В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее, для некоторых патологических состояний и расстройств, например для острого психотического состояния и для депрессии, суицидальный риск выше.

Социологическая концепцияисходит из того, что в основу суицидального поведения закладываются снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

По мнению представителей этой концепции, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе. Речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальной техники для достижения цели.

Большинство ученых-социологов считают, что социальная структура и жизненные ценности могут оказывать существенное влияние на уровень опасности совершения суицида. Французский социолог Э. Дюркгейм доказал, что этот уровень напрямую связан с социальной интеграцией человека-то есть степенью, согласно которой индивид чувствует себя частью большой группы. Э. Дюркгейм считал, что самоубийство более вероятно, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, особенно, когда такая проблема встает перед ним внезапно. У подростков социальной причиной может стать изоляция в классе, изоляция в референтной группе, дезадаптация в новом коллективе (например, при переходе в другую школу или помещении подростка в социальный приют). Метафорически это можно обозначить как «чужой среди своих».

Существенным оказывается семейное влияние. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики. Вспомним «Похождения бравого солдата Швейка» Я. Гашека: «Отец его был алкоголиком и кончил жизнь самоубийством незадолго до его рождения… младшая сестра утопилась, старшая бросилась под поезд, брат бросился с Вышеградского железнодорожного моста. Дедушка убил свою жену, облил себя керосином и сгорел; другая бабушка шаталась с цыганами и отравилась в тюрьме спичками; двоюродный брат несколько раз судился за поджог и в Картоузах перерезал себе куском стекла сонную артерию; двоюродная сестра с отцовской стороны бросилась в Вене с шестого этажа».

Психологическая концепцияотражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы (от фрейдовского «танатоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации). Сторонники этой концепции считают, что самоубийство - это преобразованное (направленное на себя) убийство.

Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других, нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами. Психологическими особенностями детей и подростков группы риска являются впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать.

Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть печаль, ощущение бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страхи, неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации.

Змановская Е.В. пишет о том, что у подростков мы наблюдаем несколько иную картину суицидального поведения. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушанию, злоупотребление алкоголем и наркотиками. В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л.Я. Жезловой*,* в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном - «сексуальные» и «любовные». Еще одним важным фактором выступает влияние подростковой субкультуры.

Мотивы и причины самоубийства связываются, прежде всего, с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения. А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Э. Шнейдман предлагает рассматривать суицид с точки зрения психологических потребностей. В соответствии с его теорией, суицидальное поведение определяют два ключевых момента: душевная боль, которая оказывается сильнее всего остального; состояние фрустрации или искажение наиболее значимой потребности личности.

В рамках психологического подхода также широко представлены работы, изучающие связь между личностными особенностями и суицидальным поведением. Распространено мнение, что тип девиации, например насильственная или самодеструктивная, определяется складом личности. А.Е. Личко отмечает связь между типом акцентуации характера подростка и суицидальным поведением. Так, суицидальные демонстрации в 50% случаев сочетаются с истероидным, неустойчивым, гипертимным типами, а покушения - с сенситивным (63%) и циклоидным (25%) типами. А.Е. Личко отмечает чрезвычайно низкую суицидальную активность шизоидов. В.Т. Кондратенко напротив, приводит данные в пользу шизоидного, психастенического, сенситивного, возбудимого и эпилептоидного типов. Авторы сходятся во мнении, что практически не склонны к покушениям и суицидам астенический, гипертимный, неустойчивый типы подростков. На эти исследования мы можем ссылаться при проведении и анализе теста ПДО (Патохарактерологическийдиагностический опросник) Личко.

Кроме этого, исследователи Н.В. Конончук, В.К. Мягер выделили три основных свойства, характерных для суицидента:

повышенная напряженность потребностей;

повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений;

низкая фрустрационная толерантность и слабая способность к компенсациям.

Суммируя данные, полученные различными авторами, можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента. Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению. Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем.

Для более полного и глубокого анализа природы самоубийства большое значение имеет понимание мотивов, лежащих в основе суицидальных действий. В различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения.

Тихоненко В.А. (1978) предлагает следующую классификацию: протест; месть; призыв (проявить внимание, оказать помощь); избежание (наказания, страдания); самонаказание; отказ (от существования). Например, в суицидальных попытках подростков можно выделить следующие побуждения. Это может быть сигнал дистресса: «Обратите на меня внимание, мне плохо!». Также подросток может пытаться манипулировать другими, например, принять большую дозу таблеток, чтобы заставить друга или подругу вернуться к нему. Другой вариант - стремление наказать других, возможно, сказать им: «Вы пожалеете, когда я умру». Мотивами могут стать и реакции на чувство вины или следствие переживания стыда, страх столкновения с болезненной ситуацией, следствие действия алкоголя или наркотических средств и многое другое.

Многие исследователи, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделили четыре основные причины самоубийства:

· изоляция (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);

· беспомощность (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);

· безнадежность (когда будущее не предвещает ничего хорошего);

· чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Мотив, в отличие от причины, это событие, которое выступает побудительным стимулом для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ мотивов самоубийств не выявляет их причин.

Предложено множество классификаций мотивов суицидального поведения. Так, согласно классификации В.А. Тихоненко (1978), мотивы самоубийств представлены следующим образом: 1) протест, месть (желание наказать обидчика); 2) призыв (желание привлечь внимание); 3) избегание (желание избежать наказания, страдания); 4) самонаказание (самоуничтожение, бегство в смерть); 5) отказ (от борьбы за свое существование). Данная классификация вызывает по ряду моментов возражения и сомнения со стороны других суицидологов, ведь любой суицид включает в себя мотив прекращения страданий, мотивы могут полностью не осознаваться либо осознаваться неверно, часто имеется не один, а несколько суицидальных мотивов.

Еще один довольно известный вариант классификации суицидально-поведенческих мотивов был предложен Амбрумовой А.Г., Бородиным С.В., Михлиным А.С.:

Лично-семейные:

· семейные конфликты, развод (для подростков - развод родителей);

· болезнь, смерть близких;

· одиночество, неудачная любовь;

· половая несостоятельность;

· оскорбление, унижение со стороны окружающих и т.д.

Состояние здоровья:

· психические заболевания;

· соматические заболевания;

· уродства.

Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

· опасение уголовной ответственности;

· боязнь иного наказания или позора.

Конфликты, связанные с работой или учебой.

Материально-бытовые трудности.

Другие мотивы.

Очевидно, что отчетливое разделение мотивов и причин вряд ли возможно, одна причина может вызывать другие, а те, в свою очередь, формируют сложный мотив самоубийства. Так, например, соматические заболевания могут обусловить и семейный конфликт, и неудачную любовь, и неуспехи в учебе и т.п. Половая несостоятельность, как причина, может относиться к рубрике «личностно-семейные конфликты», но с такой же вероятностью ее можно отнести к группе «состояние здоровья».

Сенер считает, что имеется четыре основных мотива самоубийств: 1) изоляция (чувство, что тобой никто не интересуется, никто тебя не понимает); 2) чувство собственной незначимости (когда человек оценивает себя низко, чувствует себя некомпетентным или стыдится себя); 3) беспомощность (ощущение потери контроля за своей жизнью); 4) безнадежность (когда будущее ничего хорошего не предвещает).

А.Г. Амбрумова среди суицидальных мотивов различает две основные группы: 1) мотивы неблагополучия (одиночество, тяжесть жизни как таковой, потеря близких любимых людей); 2) мотивы конфликта, в который, помимо суицидента, вовлечены и другие лица. Одиночество А.Г. Амбрумовасчитает наиболее общим мотивом суицидального поведения в любом возрасте. Оно может быть как внезапно возникшим чувством, так и хроническим переживанием. При этом формы одиночества крайне разнообразны от неутоленной потребности в родительской любви, супружеской ревности в ситуации покинутости до жажды уважения и признания.

Ряд исследователей вообще не проводят границы между причинами и мотивами самоубийств. А. Лаврин (1993) представляет их единым вариантом, В. Вахов (1994) под причинами рассматривает мотивы. Ю.И. Соседко, Л.В. Постовалова (1994) не видят отличий между причиной и мотивом самоубийства.

Таким образом, можно сделать вывод, что приведенные классификации далеко не охватывают весь спектр возможных суицидально-поведенческих мотивов. Вероятно, это и невозможно, так как мотивы самоубийств во многом субъективны, зависят от различных характеристик суицидента: возраста, пола, образования, профессии, мировосприятия и т.д. Бесспорно только одно, что любое конкретное самоубийство имеет свои причины и мотивы.

Мотивировки самих суицидентов (изложение мотива суицида в предсмертной записке) редко совпадают с истинными мотивами суицида. Э. Шнейдман, исследовавший предсмертные записки, утверждает, что они оказывались, за редким исключением, совершенно неинформативными.

Учитывая вышесказанное, мы можем определить следующую ***группу риска***:

· Подростки с предыдущей (незаконченной) попыткой суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент подростков, совершающих повторное самоубийство, достигает 30%.

· Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.

· Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).

· Подростки, у которых в роду были случаи суицидального поведения.

· Подростки, злоупотребляющие алкоголем. Риск суицидов очень высок - до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые часто предшествуют суициду.

· Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением, обостряют депрессию, вызывают психозы.

· Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).

· Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).

· Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после потери.

· Подростки с выраженными семейными проблемами: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т.п.

Специалисты (педагоги-психологи, социальные педагоги), сталкивающиеся с этими группами, должны остерегаться упрощенного подхода или чрезмерно быстрых заключений. Подростки могут попасть в группу риска, но это еще не означает их склонности к суициду. Необходимо подчеркнуть, что не существует какой-либо одной причины или мотива самоубийства. Тем не менее, ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью.

**. Профилактика суицидального поведения**

Сегодня существует Международная ассоциация по предотвращению самоубийств, по рекомендации которой во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения в первую очередь на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными. Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получат огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями, - подразделение службы не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет.

Проблемой суицидального поведения несовершеннолетних занимаются также учреждения социальной защиты населения, управления здравоохранения, общественные организации.

Существуют различные формы психопрофилактической работы.

Первая форма - организация социальной среды. Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например, через создание негативного общественного мнения по отношению к отклоняющемуся поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа (школа, класс) или конкретная личность. Профилактика суицидального поведения у подростков включает прежде всего социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни.

Вторая форма психопрофилактической работы - информирование. Это наиболее привычное направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения её способности к принятию конструктивных решений. Перспективному развитию данного подхода может способствовать отказ от преобладания запугивающей информации, а также дифференциация по полу, возрасту, социально-экономическим характеристикам.

Третья форма - активное социальное обучение социально-важным навыкам. Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов. В настоящее время распространены следующие формы:

. Тренинг устойчивости к негативному социальному влиянию (развивает способность сказать «нет» в случае негативного давления сверстников).

. Тренинг аффективно-ценностного обучения (формируются навыки принятия решения, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей).

. Тренинг формирования жизненных навыков (формируются умения общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты).

Четвёртая форма - организация деятельности, альтернативной девиантномуповедению. Альтернативными формами активности признаны: познание (путешествие), испытание себя (походы в горы, спорт с риском), значимое общение, любовь, творчество, деятельность (в том числе профессиональная, религиозно-духовная, благотворительная).

Пятая форма - организация здорового образа жизни. Она исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Здоровый стиль жизни предполагает здоровое питание, регулярные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, общение с природой, исключение излишеств.

Шестая форма - активизация личностных ресурсов. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арттерапия - всё это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, её здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Седьмая форма - минимизация негативных последствий суицидального поведения. Данная форма работы используется в случаях уже сформированного суицида. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий.

В различных видах психопрофилактической работы могут использоваться схожие формы и методы. По способу организации работы выделяют следующие формы психопрофилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения суицидального поведения используются различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов психопрофилактической работы: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

Загадка смерти всегда будет волновать человечество: вряд ли возможно и однозначное мнение относительно самоубийства. Наверное, и в самом гуманном обществе обстоятельства будут приводить людей к опасной черте. Но, опираясь на неповторимую ценность каждой человеческой жизни, общество может помочь любому выработать жизнеутверждающее мировоззрение, проникнуться верой в великое предназначение человека.

**Заключение**

Исторический анализ проблемы суицидального поведения свидетельствует о том, что отношение общества к феномену суицида с течением времени эволюционировало от крайне неприемлемого к сочувствующему, чему способствовало развитие научных подходов к объяснению механизмов развития и динамики суицидальных тенденций. Негативное и непонимающее отношение части общества к суицидентам в настоящее время считается актуальной проблемой (проблема стигматизации), на которую обращают внимание суицидологи всего мира.

Научные взгляды на проблему суицидального поведения развивались преимущественно в рамках нескольких направлений: медицинское, психологическое, социологическое, демографическое. Они возникали последовательно, как альтернативные варианты, предлагающие свой взгляд на проблему суицидального поведения и, соответственно, свои методы ее решения. В настоящее время они не противопоставляются, а взаимодополняют друг друга, образуя единый комплексный подход к определению групп суицидального риска и путей его минимизации.

Суицид является крайней формой отклоняющегося поведения личности, ее социально-психологической адаптации. Совершаются самоубийства по различным мотивам и поводам, но всегда вытекают из конфликта либо внутри личности, либо личности и окружающей среды, когда индивид не может разрешить такой конфликт иным, более позитивным путем. На уровень самоубийств влияют как объективные, так и чисто субъективные факторы.

Самоубийства - явление негативное и необходимо разрабатывать способы борьбы с ним или хотя бы искать возможности снизить его уровень. Лучше всего было бы суметь обеспечить лицу помощь в разрешении конфликта на пресуицидальной стадии, не доводя дело до самоубийства.

Характерной особенностью самоубийств, в истинном смысле этого слова, является, прежде всего, то, что человек желает смерти самостоятельно, без всякого внешнего принуждения. Точно так же и смерть должна сама по себе быть объектом этого желания постольку, поскольку она является только смертью, а не условием или средством для достижения посторонней цели. При этом неважно, смотрит ли убивающий себя на смерть как на простое уничтожение личности, как это чаще всего бывает в настоящее время, или же он видит в ней простое перевоплощение, как это представляли себе первые христиане.

Современная Россия являет собой идеальную совокупность всех девиантогенных факторов (состояние аномии, резкая социальная дифференциация и поляризация, глубокий экономический кризис, социальная дезорганизация, «смена вех» в идеологии и т.п.). В этих тяжелых для страны условиях исследование различных форм девиантного поведения приобретает особенную теоретическую и прикладную значимость.

Российская Федерация - страна со средневысоким показателем самоубийств. Наша страна, безусловно, не нуждается в каких либо специальных мерах для стабилизации этого показателя. Самоубийства не являются катастрофой для России, как об этом любят кричать некоторые представители прессы, сейчас гораздо важнее проблема смертности в результате болезней. Полностью избавиться от самоубийств среди граждан не удавалось ни одному государству и, наверное, не удастся в будущем, ведь во многих странах даже в крайне стабильные и благополучные периоды наблюдались резкие всплески самоубийств.

**Список источников и литературы**

1. Акопов Г.В. Методы профилактики суицидального поведения / Г.В. Акопов. - Самара: АРТ СТИЛЬ, 2005 - 231 с.

. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. - М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 1980 - 189 с.

. Бородин С.В. Мотивы и причины самоубийств: Актуальность проблемы суицидологи / С.В. Бородин, А.С. Михлин. - М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 2008 - 314 с.

. Гилинский Я.И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологи/ Я.И. Гилинский, П.И. Юнацкевич. - СПб.: Медицинская пресса, 2003 - 256 с.

. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд /Э. Дюркгейм. - СПб.: Союз, 1998 - 121 с.

. Ефремов В.С. Основы суицидологи /В.С. Ефремов - СПб.: Диалект, 2010 - 187 с.

. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М.В. Зотов - СПб.: Речь, 2006 - 285 с.

. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие / Ю.А. Клейберг. - М.:Гелеос, 2001 - 432 с.

. Пурич-Пейакович Й. Самоубийство подростков / Й. Пурич-Пейакович,

Д.Й. Дуньич. - М.: Медицина, 2000 - 217 с.

. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б Шнейдер. - М.: ИТРК, 2005 - 234 с.