ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

Глава I.

1.1 История возникновения и основные понятия суицида

.2 Причины и факторы суицидального поведения

1.3 Этапы суицидальных клиентов

.4 Виды и профилактика суицидального поведения

Выводы по I главе

Глава II. Особенности психологического консультирования суицидальных клиентов

.1 Консультирование депрессивных клиентов, высказывающих суицидные намерения

2.2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЦЕЛЕВШИХ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА

Выводы по II главе

Заключение

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Тема "Психологическое консультирование по проблемам суицидального поведения" актуальна так как суицид - одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. Самые древние самоубийства - ритуальные, к которым относятся харакири и сати (обряд самосожжения индийских вдов). Ритуальные самоубийства, как правило, были почетны, поощрялись обществом и уклонение от них считалось большим позором. В античности отношение к жизни и смерти было несколько другим, чем в более поздние времена. Например, по эпикурейской школе, если жизнь перестает приносить удовольствие и радость - она не нужна.

Смерть являлась естественным и красивым завершением жизни. Суицид представляет собой комплексную проблему и изучение данного явления началось в сфере не психологии, а философии. А. Камю - один из представителей школы экзистенциалистов - считал, что "есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема - проблема самоубийства.

Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, - значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное - имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями - второстепенно". Актуальность поднятой проблемы подчеркивается также и тем, что ситуации, которые толкают человека на самоубийство, имеют чрезвычайно широкий диапазон - от обыденных и банальных до глубоко трагичных.

Покушению на свою жизнь также могут предшествовать события разной степени серьезности.

Цель курсовой работы - изучить проблему психологического консультирования при суицидальном поведении.

Объект исследования - суицид.

Предмет исследования- особенности и методы консультирования лиц, подверженных суицидальном поведению.

суицид поведение депрессивный консультирование

ГЛАВА I.

1.1 История возникновения и основные понятия суицида

Каждый день на планете добровольно уходят из жизни десятки тысяч людей. Психологи приписывают этот шаг депрессиям, родственники и знакомые ищут объяснения в бытовых проблемах, обвиняют конкретных лиц - мол, довели бедного человека. Как бы то ни было, но болезни, несчастные случаи, убийства уносят намного меньше жизней, нежели суициды. Таковы реалии.

Доподлинно неизвестно, когда человек совершил первое самоубийство, но исследования антропологов помогли узнать, что лишать себя жизни человечество научилось довольно таки давно. В одних общинах и племенах самоубийство считалось как бы «личным делом», в некоторых - существовали религиозные обряды и культы, связанные с самоубийством, в других же на самоубийство был наложено табу и все попытки жестоко каралась. Но, так или иначе, самоубийство присутствовало в каждой культуре.

В те времена борьба за жизнь была непростой, приходилось приносить в жертву людей. В голодные годы племена избавлялись от больных и немощных. Они, когда приходило время, добровольно обрекали себя на смерть. Например, по эскимоской традиции старики уходили в тундру и там замерзали. В Японии старые родители часто просили детей отнести их в горы. У вестготов существовала «скала предков», с которой старики прыгали вниз.

В древней Греции, давшей миру демократию, право добровольно покинуть этот мир предоставлялось гражданам лишь в некоторых случаях. Способ самоубийства мог выбрать тот, кого закон приговорил к смерти, и Сократ, выпивший яд не стал исключением. Самоубийство, совершенное без разрешения властей строго осуждалось и каралось посмертным позором - в Афинах и Фивах у самоубийцы отсекали руку и хоронили отдельно. В крупных греческих городах власти хранили запас цикуты (сильнодействующего яда). В соответствии с законом: «пусть тот, кто не хочет больше жить, изложит свои основания ареопагу и, получивши разрешение, покидает жизнь». В «Дигестах» Юстиана, являющимися классическим сводом римского права, самоубийство «без причины» осуждается, поскольку «тот кто не жалеет себя, не пожалеет и других». При императоре (Тарквиние Триске) трупы самоубийц распинали или отдавали на съедение диким зверям. В Древнем Карфагене женские самоубийства пресекались угрозой выставить после смерти их обнаженные тела на всеобщее обозрение. Иудеи тоже относились к самоубийству отрицательно. В Талмуде попытка самоубийства рассматривается, как преступление, подлежащее суду и наказанию.

С приходом христианства церковь повела плотное наступление на самоубийство, как явление. В Европе началась настоящая война против самоубийц. В «Канонах» английского короля Эдуарда XI самоубийц приравнивали к разбойникам и ворам. В Дании было запрещено выносить тело самоубийцы через дверь - для этой цели использовали окно, потом тело сжигалось, что должно символизировать вечное горение души в адском огне. В Бордо - самоубийц вешали за ноги и выставляли на всеобщее обозрение, в Аббервиле - тащили лицом вниз на рогоже по улице. В законах Людовика Святого (13 век) имущество самоубийцы конфисковали, если же это был дворянин - его герб ломали, замок разрушали, все остальное становилось достоянием казны. Часто самоубийц хоронили на перекрестках дорог, забивая в сердце осиновый кол, поскольку по поверьям их души, не найдя успокоения на небесах, бродили по земле, пугая живых. Россия в этом смысле не сильно отличалась от Европы - в военном морском артикуле Петра I было сказано: «ежели кто себя убьет, то мертвое тело, привязав к лошади, волочить по улицам, за ноги повесить, дабы смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отваживались». Естественно, что при таком жестком контроле со стороны государства число самоубийц было крайне низким.

Но со временем законы, уголовно наказывающие самоубийц, стали отменяться. Первым это сделала Франция во время Французской революции. В Америке, еще в 1881 году собрание штата Нью-Йорк определяло срок 20 лет тем, чья попытка самоубийства была неудачной. Самыми жесткими в этом вопросе были англичане - раньше по английским законам, в случае неудавшегося самоубийства, государство доводило начатое дело до конца. А уголовный преступлением самоубийство перестало считаться в Великобритании в 1961 году.

Итак, что же мы имеем сейчас. Картина, надо сказать не совсем утешительная. По данным всемирной организации здравоохранения каждый год в мире кончают с собой около 500 000 человек. Но по выводам социологов - официальная статистика самоубийств значительно отличается от реальных цифр (по разным оценкам в 2 - 4 раза), поскольку в нее попадают только явные случаи. Также никем ни фиксируются случаи неудачных попыток ухода из жизни, которых в 7-10 раз больше.

Итак, что же такое суицид ?

Суицид (англ. suicide - самоубийство) - акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания.

Ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта, относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека. В то же время распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения

Суицидальное поведение - различные формы активности людей, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, возникшего при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших потребностей. На фоне острого эмоционального состояния кризис достигает такой интенсивности, что человек не может найти правильного выхода из сложившейся ситуации. Он теряет смысл жизни.

Обычно самоубийство рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциальных конфликтов.

1.2 Причины и факторы суицидального поведения

Существуют определенные ситуации, в которых риск совершения самоубийств очень высок. Схематично можно выделить группы риска людей, склонных к суициду. Это:

трудный подросток (увлечение тематикой ЭМО, вампиризма, секты). Этой группе людей следует уделить особое внимание. Так как подростки - это еще не до конца сформировавшиеся личности, психика очень ранима, подвержены влиянию микросреды, в которой находятся. Очень важно подобрать правильное увлечение, проконтролировать круг общения подростка. Главное во всем этом не враждовать, а стараться помочь, сделать так, чтобы ребенок делился с вами своими переживаниями. Поинтересуйтесь, чем увлекается, с кем общается в социальных сетях, пригласите друзей в гости. Подросток не должен ощущать себя одиноко, участвуйте в его жизни и негативные перемены всегда будут видны. Любую ситуацию, тем более связанную с суицидом, можно будет предупредить.

Человек, переживший психоэмоциональное потрясение (обманутый супруг или супруга, смерть члена семьи).

Любой пострадавший в результате какого-либо заболевания или получивший травму, которая отразилась на здоровье.

Алкогольная и наркотическая или какая-либо другая зависимость.

Пациенты старше 40 лет или страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Пациенты с уже имеющимися психическими заболеваниями (депрессия, суицидальное поведение ранее или суицинденты, шизофрения или любые другие заболевания, которые ведут к нарушению функции мозга).

Женщины в первые месяцы после родов (так называемый послеродовый психоз, когда женщина перенесла стресс во время родов и ее мозговая деятельность функционирует неправильным образом).

Суицидальное поведение развивается при нарушениях работы гипофиза, гиперпролактинемии, аденоме гипофиза. При употреблении некоторых лекарственных веществ повышается вероятность суицида. Как правило, это препараты для лечения неврологических расстройств (нейротропные средства), но такое побочное действие может проявиться даже у желудочно-кишечных лекарств, что требует немедленной отмены принимаемых препаратов.

Факторы суицидального поведения

Диапазон факторов внутренней и внешней среды, повышающих вероятность суицидального поведения, достаточно широк. С определенной долей условности известные к настоящему времени факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, природные, медицинские и индивидуальные.

К социально-демографическим факторам относят:

· пол (установлено, что женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит завершенный характер);

· возраст (пик завершенных суицидальных актов отмечается среди лиц 45-49 лет, затем число самоубийств несколько снижается, а среди лиц 65-70-летнего возраста повышается. У молодых людей суицидальные попытки имеют, как правило, менее серьезный характер, чем у лиц пожилого возраста, но встречаются чаще);

· место жительства (установлено, что даже в пределах одного города частота завершенных самоубийств выше в центральной его части, а незавершенных - на окраинах);

· семейное положение (известно, что состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные, существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи);

· образование и профессиональное положение.

Социально-экономические факторы. В периоды войн и революций значительно уменьшается число самоубийств, а во время экономических кризисов увеличивается. Так, в Великобритании в годы экономической депрессии 1936-1938 гг. 30 % всех самоубийц составили безработные. По данным ВОЗ (1960), частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны.

Природные факторы. В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. Имеются противоречивые факты зависимости частоты самоубийств от дня недели и от времени суток.

Медицинские факторы. Острые и хронические соматические заболевания обнаруживают у многих суицидентов, причем на первом месте стоят заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, аппарата движения и опоры и травмы.

Церебрально-органическая патология. Чем острее протекает органическое поражение головного мозга, тем ниже суицидальный риск. По мере хронификации органического заболевания головного мозга возможно как понижение суицидального риска (при нарастании деменции), так и его повышение (при психопатизации личности).

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

Индивидуальные факторы суицидального риска. Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

По данным ученых, повышают суицидальный риск такие противоположные качества личности, как отсутствие целеустремленности и чрезмерная настойчивость в достижении поставленной цели, аффективная неустойчивость и эмоциональная застреваемость, чрезмерная общительность и недостаточная коммуникативность, повышенная и пониженная самооценка. В число личностных характеристик, облегчающих формирование суицидального поведения, следует отнести также аффективную логику, возбудимость, категоричность суждений и умозаключений. Особенности характера находят отражение и в серьезности суицидальных поступков.

Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальные поступки в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, расширенное самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и др.).

1.3 Этапы суицидальных клиентов

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70 % консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40 % - в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30 % так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов:

1. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелания жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании знания психологических или социальных предвестников.

2. Этап суицидных действий. Он начинается тогда, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишить себя жизни, которое по независящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца. Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленное на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но могут «переигрываться», приводя к нему. Суицидальные тенденции могут также привести к завершенному суициду, результатом которого является смерть человека. На этом этапе осуществляется процедура интервенции. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно - психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляется поственция и вторичная превенция суицидального поведения. Поственция является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению. Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

1.4 Виды и профилактика суицидального поведения

Самоубийство является одним из вариантов поведения человека в ситуации, субъективно воспринимаемой им как безвыходная.

Суицидальное поведение можно подразделить на несколько видов :

1. Демонстративное суицидальное поведение - поведение, в основе которого лежит изображение попытки самоубийства без истинного намерения покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Иными словами, все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себевнимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей. Например, такое поведение может быть характерно для ребенка, подростка в тот период, когда в семье появляется еще один ребенок, либо отчим (или мачеха). Подросток чувствует, что ему уделяется мало внимания и, стараясь вернуть его, может совершить такой поступок. Местом, где совершается такая попытка самоубийства, как правило, является место жительства подростка. Однако, несмотря на то, что это демонстративный суицид, следует принимать во внимание тот факт, что эти действия вследствие неправильного расчета или других случайностей могут обернуться роковыми последствиями. Так, например, подростки, посмотрев фильм о войне, решили поиграть и стали имитировать казнь через повешение. В результате игры один из подростков во время «повешения» действительно задохнулся в накинутой на его шею петле.

2. При демонстративном суицидальном поведении чаще всего используются порезы вен, затем отравления неядовитыми лекарствами и реже изображение попыток самоповешения.

. Скрытый суицид - удел тех, кто понимает, что самоубийство - не самый достойный путь решения проблемы, но тем не менее другого пути опять же найти не может. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни "по собственному желанию", а так называемое "суицидально обусловленное поведение". Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и даже алкогольная или наркотическая зависимость. Даже дети, которые катаются на крыше лифта, могут делать это по той же самой причине. И сколько угодно можно твердить человеку о том, что все это опасно для жизни: как правило, именно этой опасности и жаждут скрытые суициденты.

. Аффективное суицидальное поведение - это суицидальные попытки, которые совершаются в результате возникновения аффекта (при этом аффект может длиться всего одну минуту или быть растянут на часы и сутки). В момент возникновения аффекта и появляется мысль о том, чтобы расстаться с жизнью. Однако, как отмечают психологи, в данном случае также может присутствовать элемент демонстративности. Так, четырнадцатилетняя девочка отравилась после того, как ее отругал отец за то, что она поздно вернулась домой после встречи с другом. При аффективном суицидальном поведении чаще всего прибегают к попыткам самоповешения или отравления и гораздо реже к порезам вен.

. Истинное суицидальное поведение - это уже, как правило, обдуманное, зачастую постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной и чтобы суицидным действиям «не помешали».

Профилактика суицидального поведения

Существует множество методов профилактики самоубийств: профессиональная психологическая помощь, «телефоны доверия», экстренная медицинская помощь и т.д.

Основными направлениями такой помощи являются:

1. диагностика тенденций к совершению самоубийства;

2. своевременное посещение суицидентом специалистов;

. экстренная помощь в момент акта самоубийства, направленная на то, чтобы помешать человеку совершить суицид. Она может быть как физической (просто оттащить от окна), так и психологической.

Если физически нет способов удержать человека от самоубийства или человек только говорит о намерении совершить суицид, следует попытаться его остановить, разговаривая с ним. Выясните, выбрано ли время, место и способ самоубиения. Какого результата хочет добиться суицидент, совершая попытку ухода из жизни. Расскажите человеку, какова будет реакция его близких, каковы последствия совершаемых действия, что будет через пару лет после суицида.

Любой суицидальный поступок оказывает огромное психологическое влияние на всех людей, причастных к нему. Семья суицидента, его друзья и лечащий врач испытывают чувство вины за то, что не предотвратили самоубийство. очень важно оказать значимую психологическую поддержку близким людям умершего, направленную на преодоление чувства вины и сожаления.

Выводы по I главе

Самоубийство - это результат социально - психологической дезадаптации личности в условиях современного общества. Психологические кризисы возникают в результате интимных, семейно-личных, социальных и творческих конфликтов.

Доминирует, как правило, одна причина. Но ее подкармливает целый комплекс обстоятельств, во время которых и созревает столь страшная мысль.

ГЛАВА II. Особенности психологического консультирования суицидальных клиентов

.1 Консультирование депрессивных клиентов, высказывающих суицидные намерения

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую с суицидными намерениями. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них. Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. Иногда утверждается, что неудавшаяся попытка самоубийства означает, что намерение было несерьезным. Это довольно опасное заблуждение, ибо немало людей, пытавшихся совершить самоубийство, повторяют попытку. Не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко.

Консультант, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, прежде всего обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью. Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве. Встретившись в консультировании с депрессивным клиентом, высказывающим суицидные намерения, очень важно оценить риск их реализации. Если человек уже выбрал способ самоубийства, наверняка обеспечивающий смерть, и средство легко доступно, риск становится очень большим. Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы. Прямо спрашивать: "Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?" - неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию. Эффективна тактика "постепенного" расспроса: Консультант: Как идут дела? Клиент: (пожимает плечами). Консультант: Не все хорошо? Клиент: (трясет головой). Консультант: Грустно? Клиент: (кивает головой). Консультант: Все кажется безнадежным? Клиент: Да. Консультант: Жизнь иногда кажется бессмысленной? Клиент: Иногда. Консультант: Часто ли Вы думаете, что хотели бы умереть? Клиент: Большую часть времени. Консультант: Возникает желание покончить с жизнью? Клиент: Иногда. Консультант: Обсуждали ли Вы, как это сделать? Клиент: Еще не зашел так далеко.

Такая постепенность опроса дает возможность точнее узнать, как далеко зашел клиент в своих мыслях о смерти. В данном случае клиент имеет явные суицидные намерения, однако прямой угрозы самоубийства пока нет.

Основатель логотерапии В.Франкл предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство.

Существуют определенные правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство :

. С такими клиентами нужно чаще встречаться.

. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни. Например: "Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях" или "Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?". Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.

. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким - то занятием и прибегать к морализированию ("От этого ничего не изменится", "Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?"). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант - тоже.

. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).

. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние. 6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности - проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации - обязанность консультанта в случае угрозы самоубийства - сделать максимум возможного, чтобы повлиять на выбор клиента в пользу жизни.

. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент. Консультант не может полностью и единолично отвечать за клиента. Он лишь профессионально ответственен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома - если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его.

.2 Действия по отношению к суицидальному клиенту

Следующие принципы предлагаются зарубежными службами не только консультантам, но и не профессиональным помощникам.

Если человек, на ваш взгляд, склонен к суициду или имел в прошлом попытки к самоубийству:

1. Не отталкивайте его, если он решил разделить с вами свои проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.

2. Доверьтесь своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные наклонности в данном индивиде. Не игнорируйте предупреждающие знаки.

. Не предлагайте того, чего не в состоянии гарантировать. Например, «Конечно, твоя семья тебе поможет».

. Дайте знать, что хотите ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность.

. Сохраняйте спокойствие и не осуждайте.

. Говорите искренне. Постарайтесь определить, насколько серьезна угроза. Знайте, что вопросы о суицидальных мыслях не приводят к попыткам свести счеты с жизнью. На самом деле он (она) могут почувствовать облегчение от осознавания проблемы.

. Постарайтесь узнать, есть у него (нее) план действий. Конкретный план знак реальной опасности.

. Убедите его (ее) в том, что непременно есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью.

. Не предлагайте упрощенных решений типа «Все, что вам сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, наутро вы почувствуете себя лучше».

. Покажите, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его (ее) за эти чувства.

. Помогите ему (ей) постичь, как управлять кризисной ситуацией и понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию. Ненавязчиво посоветуйте найти некое решение.

. Помогите найти людей или места, которые могли бы снизить переживаемый стресс. При малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько уменьшить давление.

. Помогите ему (ей) понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

2.3 Действия консультанта в работе с уцелевшими после суицида

Консультант должен знать специфику консультирования лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Консультирование направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки.

Что следует делать консультанту в работе с уцелевшими после суицида:

1. требуется неподдельная искренность,

2. сосредоточение и отдача всех своих духовных сил

. Поддерживать клиента

. Предоставлять возможность (право) на неоднократное обсуждение негативных событий

. Выделять, что переживание это естественное состояние

. Акцентирование внимание на то, что переживания являются естественным признаком

ЧТО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ:

1. Начинать обсуждение основного конфликта

2. Делать замечание « Не стоит об этом говорить»

. Давать неисполняемые обещания

. Оправдывать и скрывать истинные поступки

.4. Если работа консультанта завершилась неудачной

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

. Мировоззренческие установки:

· специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;

· самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;

· нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение;

. Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:

· необходима бдительность и готовность к неудаче;

· в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;

· необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

Как реагировать на самоубийство пациента: исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль; вы обретаете важный опыт; не удивляйтесь своему подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

Преодоление последствий самоубийства вашего пациента: скорбь - естественная реакция, и все переживают тут нечто похожее; говорите об этом и переживайте, но без излишнего самообвинения; позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье; помните о годовщине горестного происшествия, чтобы вас не застиг врасплох звонок семьи погибшего.

Выводы по IIглаве

Загадка смерти всегда будет волновать человечество. 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. Одна смерть - это смерть, а тысячи смертей это статистика. Добровольный уход из жизни человека его неповторимая личная трагедия. Потеря эта невосполнима, ведь с каждым человеком исчезает безвозвратно целая Вселенная.

Заключение

Разговор о самоубийстве может быть средством привлечения внимания. Может быть, это последняя попытка быть услышанным, когда человеку кажется, что все иные способы уже испробованы; может быть, это крик о помощи, о которой человек не решается попросить в другой форме. Недоверие к серьезности намерений человека может оттолкнуть его и вызвать (особенно у подростка) желание "доказать", что он не играет. Кроме того, даже демонстративные попытки могут привести к трагическому исходу.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

Только открытый разговор о мыслях и намерениях человека, который хочет покончить с собой, может помочь человеку.

Уже на первом этапе работы с клиентом важно вселять надежду, веру в собственные силы и рассеивать чувство безысходности. Даже незначительные улучшения спасают человеку жизнь.

Необходимо использовать все средства при работе с суицидентами. Это и лечение, и поддержка, и техника участия, особенно участие других людей, не только тех, кто был близок клиенту или таковыми является, но и участие учителей, врачей, всех, кто может способствовать, прямо или косвенно, облегчению человеческих страданий. Если к специалисту с суицидальными клиентами попадает потенциальный самоубийца, когда его еще можно спасти, специалист должен делать то, к чему обязывает его профессия, и никогда не брать на себя роль судьи и решать, исходя из собственных убеждений (или вообще произвольно), оставлять клиенту жизнь или нет.