

ОЦЕНКА РИСКА СУИЦИДА

Очень часто социальный работник является первым специалистом, который встречается с человеком, переживающим кризисную ситуацию (одинокие пожилые люди, инвалиды, семьи с тяжело нарушенными отношениями, люди, которые лишились жилья, пациенты с хроническими психическими и соматическими болезнями и пр.). В связи с этим, он может одним из первых наблюдать признаки суицидального риска. Основным «инструментом» оценки суицидального риска является беседа с человеком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из сопроводительной документации.

Признаки суицидального риска

1. Наличие суицидальных намерений

Фантазии и мысли о смерти, самоповреждении, самоубийстве. Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также способность контролировать их индивидом самостоятельно.

Безнадёжность: отсутствие надежды на улучшение состояния и возможность помощи со стороны окружающих.

Признаки «прощания»: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.

Суицидальные угрозы. Нередко высказывания носят прямой характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в косвенных угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...» и т.п.

Суицидальные попытки ранее. Чем больше количество и выше тяжесть парасуицидов, тем выше вероятность дальнейшего суицидального поведения.

Степень планирования суицида. Чёткие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

Наличие средств суицида (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.

2. Наличие депрессии и тревоги

Симптомы депрессии

Сниженное настроение: «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, необщительность, молчаливость, высказывания об отсутствии надежды, перспектив, смысла жизни.

Снижение интереса к обычным для данного человека занятиям, контактам и развлечениям. Индивид ничем не интересуется, избегает общения, просмотра телепередач, чтения и др.

Снижение работоспособности, повышение утомляемости.

Снижение самооценки и потеря уверенности в себе. Своё прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.

Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя. Субъект обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.

Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.

Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности. У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжёлым органическим заболеванием мозга. С уменьшением симптоматики депрессии эти симптомы проходят.

Нерешительность, чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.

Заторможенность, снижение двигательной активности. Реже – тревога, беспокойное повышение двигательной активности.

Нарушения сна. Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, ранние пробуждения, отсутствие удовлетворённости ночным сном. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.

Понижение или повышение аппетита. Понижение аппетита с потерей веса на 5% и более от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжёлых чувств.

Снижение либидо, уменьшение потребности в сексуальной сфере.

Соматические симптомы: задержка стула, сухость слизистых, колебание артериального давления.

Тревога часто сопровождает депрессию, но может быть проявлением и других психических расстройств или сопутствовать определённым жизненным обстоятельствам. Проявляется жалобами на волнение по любым, даже самым мелким поводам, двигательным беспокойством, учащением дыхания, колебаниями артериального давления, сердцебиением, нарушениями сна, озабоченностью состоянием здоровья. Тяжёлые приступы тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Страх и тревога могут также сопровождать бредовые переживания и галлюцинации.

3. Наличие стрессовой ситуации

Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные поводы СП: разлука/разрыв с партнёром; смерть близкого человека, утрата духовных и материальных ценностей; семейные конфликты; постановка диагноза тяжёлого заболевания; ожидание оперативного вмешательства; изменения рода деятельности или материальной обеспеченности; обвинения индивида в чём-либо и др.

4. Наличие социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнёров, друзей, сослуживцев, социальных служб, наличие привязанности к домашним животным могут способствовать предотвращению самоубийства. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида при наличии депрессии и суицидальных намерений.

5. Желание индивида принимать помощь

Сотрудничество человека с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

ПРИ ВЕРОЯТНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Беседа с человеком является как способом оценки суицидального риска, так и способом облегчить его состояние. Хорошо проведенная беседа может (по

крайней мере, временно) значительно снизить риск суицида. Рекомендуется проводить беседу, руководствуясь следующими принципами:

Неотложность. Наличие признаков суицидального риска говорит о том, что беседу с человеком нельзя откладывать. Возможно, именно этому индивидууму придётся уделить больше времени и внимания, чем другим.

Конфиденциальность. Беседу следует проводить отдельно от посторонних, т.к. в присутствии других человек может не раскрыть своих переживаний. В то же время, в случае агрессивного поведения или подозрения на психоз, необходимо присутствие нескольких помощников.

Поддержка и наблюдение. Не оставляйте человека одного в состоянии высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не придет помощь.

Спокойное, «принимающее» отношение. Важно показать (словами, мимикой, жестами), что вы принимаете любые жалобы человека, проявляете уважение к его мнениям и ценностям, понимаете его чувства. В дальнейшем очень многое зависит от качества взаимоотношений, установленных вначале.

Активное слушание и стимулирование выражения чувств. Человек в ситуации кризиса больше нуждается в обсуждении своей боли, фрустрации, чем в выслушивании чьих-либо советов. Важно дать ему возможность выразить чувства в его повествовании о своих переживаниях. Важно задавать стимулирующие вопросы. В начале беседы достаточно простых «открытых» вопросов о самочувствии, жалобах («Что Вас беспокоит?», «Что происходит?»). Если человек все же не решается обсуждать свои переживания, то, возможно, вам удастся вывести его на откровенность замечаниями или вопросами, которые свидетельствуют о том, что вы понимаете его чувства: «Мне кажется, вы очень расстроены», «По моему, вы сейчас заплачете» и др. Приходится быть терпеливым и не торопить индивидуума, адаптироваться к его темпу ведения беседы. К концу беседы вопросы могут стать более конкретными. Обязательно нужно задать прямые вопросы о суицидальных мыслях, фантазиях о смерти, плане самоубийства. Сочувствующее молчание также может явиться свидетельством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Избегание моральных оценок. Необходимо избегать морального осуждения и обвинений. В противном случае контакт с человеком не будет продуктивным. Нужно спокойно принимать разнообразные чувства и мысли, среди которых может быть гнев и ненависть, страх, вина и стыд, желание мести, обида и др.

Избегание неоправданных утешений. Не желая того, можно усилить переживания человека банальными утешениями как раз тогда, когда он нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Как правило, суждение типа: «Вы на самом деле этого не сделаете», «Возьмите себя в руки», «У всех есть такие же проблемы, как у Вас», «Подумали ли Вы о близких» и другие распространённые клише воспринимаются депрессивным человеком как проявление отвержения и недоверия. Эти фразы лишь обесценивают его чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужным и бесполезным. Если вести с человеком беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства.

Искренность и избегание невыполнимых обещаний. Избегайте обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы. Индивида нужно проинформировать, что сведения о суицидальных намерениях будут переданы другим специалистам для обеспечения его же безопасности. Необходимо определить границы своих возможностей и рассказать человеку о том, что вы можете, и что не можете сделать для него.

Неоднократное прояснение информации и проработка суицидальных мыслей. По ходу беседы некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз в процессе беседы в разных формулировках. Чем больше человек говорит о своих чувствах и суицидальных намерениях, тем больше вероятность того, что они снизят свою «остроту», и он станет способным рассуждать более позитивно. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?

Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?

Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?

Имеется ли доступ к предполагаемому способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?

Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?

Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Обсудить конструктивные подходы. Важно помочь индивиду определить источник психического дискомфорта, идентифицировать характер проблемы, жизненного конфликта, значимых для человека людей, которые в нём участвуют. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время?», «Когда вы почувствовали себя хуже?», «Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?». Возможно, в ходе дискуссии у человека появятся идеи об альтернативных вариантах выхода из ситуации.

Поиск ресурсов поддержки. Если суть кризисной ситуации определена, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом, могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта. Важно также выяснить, что остается позитивно значимым и ценным для человека: семья, дети, религия, работа, друзья, увлечения и пр. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать и потенциально могут ему помочь?

Оказание реальной помощи. В компетенцию социального работника входит проведение определённых социальных мероприятий и помощь в решении практических проблем, с которыми сталкиваются люди (помощь одиноким пожилым людям; пациентам с хроническими инвалидизирующими заболеваниями; лицам, утратившим работу; малоимущим семьям и пр.). Реальные, часто простые, практические действия могут сделать больше, чем пассивное наблюдение или предоставление досужих советов. Примером такой помощи может быть привлечение социальным работником внимания к проблемам и состоянию человека его родных и близких или исключение индивидуума из невнимательного или деструктивного социального окружения. При этом важно не превысить своих полномочий и компетенции, а также не давать заведомо невыполнимых обещаний.

Вселяйте надежду. Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Тем не менее, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть не может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни.

Предложить план помощи. Человека нужно проинформировать о дальнейших действиях помощников, объяснить, что эффективная поддержка не может быть оказана только путём однократной беседы. Ему объясняют необходимость консультаций других специалистов (психолог, психотерапевт, психиатр). Очень важно это делать так, чтобы у человека не создалось впечатления, что от него хотят «отделаться», что его боятся и пр.

Заключение антисуицидального договора Для того, чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, помогающий специалист может заключить с ним так называемый «антисуицидальный контракт» - попросить об обещании не совершать суицидальных действий в период работы со специалистом и связаться с ним перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем, для того, чтобы еще раз обсудить возможные альтернативы поведения. Многие теоретики и клиницисты рекомендуют заключать с клиентами антисуицидальные договоры, т.к., такое соглашение может оказаться весьма эффективным (Davidson, Wanger & Ranger, 1995; Drye, Goulding, 1973). Такие договоры (даже те, в которых контакт является исключительно телефонным), в большинстве случаев снижают суицидальный риск, поскольку представляют собой «страховочный трос», связывающий клиента и интервьюера. Для достижения максимальной эффективности перед заключением антисуицидального договора, следует установить прочные терапевтические отношения.

Чего следует избегать в беседе

Часто перебивать пациента;

Показывать, что Вы «шокированы», проявлять слишком сильные эмоции, агрессию;

Осуждать, морализировать и вступать в спор и конфронтацию.

Так, сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто реагируют следующим образом: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо

лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у человека еще большую подавленность. Ещё одно частое замечание: «Ты понимаешь, какое несчастье и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, осознанно или нет, но это и есть один из мотивов суицидальных мыслей индивида.

Демонстрировать, что вы заняты, и что у вас нет времени;

Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека);

Допускать неясность в высказываниях;

Предлагать нереалистичные утешения;

Провоцировать на более «серьёзные» суицидальные действия;

Давать обещаний о том, что Вы сохраните «в тайне» суицидальные замыслы.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность пациенту говорить о негативных чувствах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РИСКА СУИЦИДА

При обнаружении у индивида признаков суицидального риска (прямые или косвенные суицидальные высказывания, суицидальная попытка, информация от родственников) необходимо:

Обеспечить немедленное наблюдение за ним. Для этой цели привлекается дополнительный персонал; организуется круглосуточное наблюдения.

Договориться с человеком о возможности изъять у него средства, которые могут быть применены с целью самоповреждения (медикаменты, острые предметы, верёвки и пр.).

Обеспечить контроль над доступностью средств суицида (открытые окна, острые предметы, медикаменты и др.).

Провести тщательную оценку суицидального риска, для чего могут привлекаться другие специалисты (психолог, психотерапевт, психиатр).

При выявлении признаков суицидального риска организуется консультация врача-психиатра. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24-26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Психиатрическое освидетельствование проводится добровольно, с согласия гражданина (в возрасте до четырнадцати лет - с согласия родителей либо иного законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - с согласия его законного представителя). В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено, по решению врача-психиатра, без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих.

Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести состояния. Уже первичная беседа, проводимая в эмпатической недирективной манере, без избегания темы суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента. Корректировка лечения, уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром, с учётом статей 24-44 Главы 4 «Порядок оказания психиатрической помощи» «Закона...».

Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях индивида. Однако, прежде чем предоставлять информацию членам семьи, необходимо обсудить ее в общих чертах с самим человеком. Вполне возможно, что он сам укажет, кому из них должна быть адресована информация, или попросит избежать обсуждения каких-то подробностей. Во многих случаях близкие люди могут привлекаться для оказания психологической поддержки и наблюдения за индивидом.

Профилактика суицидального поведения

Суицид... А проще говоря - самоубийство. Проблема, пугающая своей актуальностью в наше располагающее к стрессам и депрессиям время. Беда, которую трудно предотвратить - в большинстве случаев. Причины, побудившие человека расстаться с жизнью, часто остаются загадкой даже для родных и близких. Самое страшное, что все чаще на этот роковой шаг

решаются молодые люди, у которых все еще впереди. Откуда берет начало эта печальная тенденция?

Самоубийство – это реакция человека на проблему, кажущуюся непреодолимой. Такой проблемой может стать смерть близких, серьезная физическая болезнь, невозможность найти работу, финансовые затруднения, алкоголизм, наркомания, семейные проблемы и т.д.

Социально-демографические факторы

Возраст. Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Но чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, это связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40—60 лет. Помимо психологических проблем, для этого возраста характерно ухудшение здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией — самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции.

Пол. Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит заверченный характер. По количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин.

Образование и профессия. Чаще всего суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. В группу риска входят врачи, музыканты, юристы и низшие офицерские чины.

Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности.

Семейное положение. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников.

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей.

Все суициды делятся на три группы: истинные, скрытые и демонстративные.

Истинный суицид никогда не бывает спонтанным, хоть иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие, даже самые близкие люди, нередко такого состояния человека не замечают (особенно если откровенно не хотят этого). И своеобразный тест на готовность к истинному суициду - размышления человека о смысле жизни. Поэтому своего рода «группу риска» по суицидам составляют подростки и молодые люди. Они часто не находят для себя ответа, каково его предназначение в этом мире, а в силу юношеского максимализма принять ответ - «жить для того, чтобы жить» - им еще очень трудно.

Но основная часть суицидов - это не что иное, как попытка вести диалог: только, разумеется, вот таким своеобразным и совершенно непригодным для этого методом. Большинство самоубийц, как правило, хотели вовсе не умереть - а только достучаться до кого-то, обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь. Это явление психиатры часто называют **демонстративным суицидом**.

Конечно, демонстративный суицид иногда проявляется и как способ своеобразного шантажа (чаще со стороны именно слабых людей, у которых просто нет других способов воздействия. Мол, «сделай то-то и то-то, или я застрелюсь, повешусь, брошусь под поезд...»). И бич демонстративных самоубийц - случайность: случайно выстрелило ружье, случайно затянулась петля, случайно оказался скользким перрон... А они-то хотели только поугадать! Можно, конечно, добиться своего другими способами. Но беда практически всех суицидентов в том, что они точно также глухи к окружающим, как окружающие к ним. Поэтому-то чаще всего и не получается конструктивного диалога.

Скрытый суицид - удел тех, кто понимает, что самоубийство - не самый достойный путь решения проблемы, но, тем не менее, другого пути найти не могут. 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.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов. Осознание их может, помочь избавиться от стереотипов и ошибок в предупреждении самоубийств.

Мифы и факты о суициде:

Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

Миф: склонность к самоубийству наследуется.

Склонность к самоубийству не передается генетически.

Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества — среди политиков, писателей, артистов и т.п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

Миф: люди задумавшие самоубийство просто не хотят жить.

Подавляющее большинство людей, задумавших самоубийство, колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее хотят избавиться от непереносимой душевной боли, нежели хотят умереть.

Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

Миф: суицид — редкое явление.

Это не так, суицид входит в число десяти основных причин смерти.

Миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

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.

Как помочь человеку, который хочет покончить жизнь самоубийством.

Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Если замечена склонность человека к самоубийству, следующие рекомендации помогут изменить ситуацию:

Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

Оцените серьезность, намерений и чувств, глубину эмоционального кризиса.

Внимательно отнеситесь ко всем даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного.

Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто потенциальный суицидент бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. Человек может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять может вернуться к тем же мыслям. Поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора.

Поддерживайте его и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие и утвердительные указания.

Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь. Осознание вашей заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору.

Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей, священников, к которым можно обратиться.

Психологический смысл суицида чаще всего заключается в реагировании, снятии аффективного напряжения, ухода, выключение из тяжелой жизненной ситуации. Общей эмоцией в кризисной, ведущей к самоубийству, ситуации является эмоция безнадежности и беспомощности. Часто эта эмоция проявляется смятением и тревогой.

Во-первых, необходимо разговаривать с человеком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести беседы о будущем, строить планы. Эти беседы обязательно должны быть позитивными. Нужно «внушать» человеку оптимистический настрой, вселять уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не обвинять в «вечно недовольном виде» и «брюзгливости», лучше показать ему позитивные стороны и ресурсы его личности. Не надо сравнивать его с другими людьми - более успешными, бодрыми, добродушными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку человека.

Во-вторых, предложить заняться каким-нибудь новым делом. Внести разнообразие в обыденную жизнь. Записаться в тренажерный зал или съездить в выходные на увлекательную экскурсию, придумывать новые

способы выполнения домашних обязанностей, посетить кинотеатр, сделать в доме генеральную уборку. Можно завести домашнее животное - собаку, кошку, хомяка, попугаев или рыбок. Забота о незащищенном существе может мобилизовать человека и настроить его на позитивный лад.

Поскольку причинами суицидов среди молодых являются также и нарушения межличностных отношений на работе, необходимо принять меры по нормализации стиля общения в коллективе.

Взаимоотношения должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Администрации предприятий необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения с молодыми людьми для предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны коллег и вышестоящего руководителя (бригадира, прораба, начальника отдела и т.д.).

Но все же, основной процент самоубийств происходит «из-за любви» потому, что влюбленность - не что иное, как отражение потребности быть нужным хоть кому-то: родителям, Ему или Ей. И когда взаимности не возникает, нередко приходит ощущение, что **ВО ВСЕМ МИРЕ ТЫ НИКОМУ НЕ НУЖЕН.**

Любой суицид - это личное, осознанное решение самого человека. И распоряжаться своей жизнью - неотъемлемое право каждой личности. Но, лучшая профилактика суицида - дать возможность каждому ощутить это право, равно как и право искать другие методы для решения проблем! Если человек чувствует себя нужным, хотя бы самому себе, если он имеет право голоса, хотя бы в отношении себя самого - уже, поэтому жизнь становится для него достаточно большой ценностью!

УГРОЗА СУИЦИДА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Очень часто социальный работник является первым специалистом, который встречается с человеком, переживающим кризисную ситуацию (одинокие пожилые люди, инвалиды, семьи с нарушенными отношениями, люди, с хроническими соматическими болезнями и пр.). В связи с этим, он может одним из первых наблюдать признаки суицидального риска. Основным «инструментом» оценки суицидального риска является беседа с человеком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц.

Самоубийство может произойти в любой семье. Однако существуют события жизни, обычно связанные с суицидом в пожилом возрасте. Итак, к факторам риска возникновения суицида и суицидального поведения в пожилом возрасте относятся:

депрессия;

наличие тяжелых заболеваний;

неконтролируемые боли;

смерть любимого, близкого человека;

страх причинения другим членам семьи эмоционального и экономического ущерба;

социальная изоляция и одиночество;

злоупотребление алкоголем.

Стоит отметить, что любой из этих пунктов сам по себе не является прямым указателем на наличие суицидальных планов у человека, но важно помнить, что совокупность нескольких факторов и резкое изменение поведения человека, являются серьезной причиной опасаться угрозы суицида пожилого человека. И конечно все эти пункты становятся наиболее значительными, если в жизни человека уже были предыдущие попытки самоубийства. Большинству совершившихся суицидов предшествует, по меньшей мере, одна неудачная попытка. Всякая попытка суицида или повреждение должны приниматься всерьез; следует сделать все для того, чтобы лицам, совершающим эти действия, была оказана профессиональная помощь.

Остановимся более подробно на таком факторе угрозы суицида, как депрессия. Некоторые люди ошибочно полагают, что депрессия является нормальной частью жизни и неотъемлемым спутником пожилых людей, обязательной частью старения. Такие заблуждения встречаются даже у медицинских работников, которые могут ошибочно думать, что депрессия является ответной реакцией на болезни и социально - финансовые трудности, которые сопровождают старение. Стоит заметить, что это совершенно не соответствует действительности. Депрессия не может считаться нормальным состоянием для людей любого возраста.

Признаками депрессии могут быть:

изменение привычек в еде или сне;

необъяснимая усталость или апатия;

проблемы с концентрацией внимания, памятью;
слезы и плаксивость без видимой причины;
неспособность чувствовать себя хорошо или выражать радость;
резкие изменения в поведении, уход от семьи, друзей
потеря интереса к работе, окружающей жизни.

Также стоит повышенное внимание к человеку, если он много и часто говорит о смерти, раздает свои ценные вещи, идет на ненужный риск, если он не принимает предписанных лекарств или лечебных диет, приобретает оружие или опасные предметы, при помощи которых можно лишить себя жизни.

Признаки «прощания»: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.

Суицидальные угрозы. Нередко высказывания носят прямой характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в косвенных угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...» и т.п.

Если Вы стали замечать перечисленное в поведении человека, что следует делать и говорить, как вести себя, чтобы помочь и не навредить?

Во-первых, самое главное воспринимать все сказанное человеком всерьез. Ни в коем случае не пытайтесь высмеять его или как-то подавить. Спросите прямо, думает он или она о самоубийстве. Не бойтесь спрашивать, но попытайтесь сделать это тактично. Вы, как правило, получите честный ответ. Если Вы находитесь в состоянии шока после такого признания, попытайтесь сделать так, чтобы это не привело к отдалению между Вами и нуждающимся в помощи человеком. Попытайтесь убедить их обратиться за профессиональной помощью для лечения депрессии.

Какие методы применяются для лечения у пожилых людей?

Обычно это антидепрессанты или психотерапия. Сочетание этих двух методов может быть очень эффективным для многих пожилых людей, особенно для тех, которые находятся в хорошей физической форме.

Пожилым людям с физическими болезнями и проблемами с памятью и мышлением, более показана лекарственная терапия, чем психотерапия. Не стоит думать, что обращение к терапевту для назначения курса

антидепрессантов, широкий ассортимент которых позволяет учесть индивидуальную картину депрессии человека и выбрать более щадящие препараты, подходящие для людей пожилого возраста или обращение к психиатру, является проявлением слабости или чем-то постыдным. Это не так. Получив квалифицированную помощь, пожилой человек намного быстрее вернется к нормальной продуктивной жизни.

Во-вторых, старайтесь быть непредвзятым по отношению к человеку с суицидальными намерениями. Меньше всего ему сейчас требуется «учительский» тон, лекция о ценности жизни. Больше всего нужно Ваше внимание и способность слушать и самое главное — слышать. Позвольте человеку говорить столько, сколько он хочет. Будьте настолько добры и отзывчивы, насколько это возможно. Разрешите человеку плакать, кричать, ругаться и делать все, что необходимо, чтобы освободить эмоции. Однако выход его эмоций не должен быть направлен на членовредительство. Находитесь рядом. Нет секретам! Признание в неудавшейся попытке суицида или планирование суицида в будущем, является той тайной, о которой Вы обязаны сообщить специалистам. Особенно это касается тех случаев, когда у пожилого человека уже есть план и орудие для совершения самоубийства. Среди способов завершённых суицидов наиболее часто встречаются: самоповешение — 81,9%, отравление — 9,5%, самострел — 2,9%, падение с высоты — 1,9%, утопление — 0,9%. Самыми частыми способами неудавшейся суицидальной попытки являются отравления — 72%. Чем больше всего запланировано и обдумано, тем более высок риск. Ищите поддержку. Всегда можно обратиться к врачу, для верующих людей — к духовенству. Запомните, Вы не нарушаете обещания и не выдаете секрет, — Вы принимаете меры необходимые для предотвращения самоубийства и спасения человеческой жизни.

Следующий совет — это поиск ресурсов и смысла для дальнейшей жизни. Именно совместный поиск, не старайтесь учить «Как» и «Что надо делать», чтобы жить дальше, не навязывайте свои пути решения. Ищите эти пути вместе. На вопрос о смысле жизни однозначного ответа нет — смыслов жизни огромное количество. На первый взгляд, это может показаться очень глобальным занятием, которое ни к чему не приведет, но на практике существует несколько факторов, которые могут помочь пожилому человеку найти силы и надежду избавиться от суицидальных мыслей и намерений и жить дальше. К таким факторам относятся:

Помощь родным и близким. Даже если по тем или иным причинам пожилой человек утратил силы и физическое здоровье, ему необходимо ощущать, что он вносит свой вклад в семью, что он не обуза для близких, а помощник. Уход и присмотр за детьми, или перебирание крупы, ответственность за комнатные растения, подарки, сделанные своими руками, даже такие на первый взгляд мелочи позволят пожилому человеку

чувствовать себя значимым. Старики уходят из жизни, если вдруг понимают, что всю свою жизнь они прожили напрасно. Если пожилой человек уверен, что сделал на своем пути, хоть что-то значимое (хотя бы для себя самого), тогда он начинает любить жизнь. А вот те, кто убеждается, что все их существование прошло впустую, могут пойти на суицид и в преклонном возрасте

Группа общения. В пожилом возрасте, когда так часто происходят потери друзей, знакомых или однополчан возрастает потребность в общении и передачи своего жизненного опыта. Так уж сложилось у нас, что пенсионеры чаще всего общаются между собой в очередях в поликлиниках и госучреждениях. Правда, позитивным это общение назвать трудно: как правило, в таких местах люди ругаются друг с другом и спорят на политические темы. Но ведь после выхода на пенсию можно проводить свое время с пользой и удовольствием.

Также это может быть участие в краеведческом музее, концертах для ветеранов и пенсионерах, мероприятиях в местных библиотеках. Не упускайте из виду такие события.

Традиционные тематические чаепития, которые проходят раз в месяц уже заставляют пожилых людей готовиться к ним и предвкушать совместное общение.

Мониторинг здоровья. Здоровье пожилого человека естественно в силу возраста требует пристального внимания, сейчас у пожилого человека есть масса способов пополнить свои знания о том, как продлить себе жизнь, как контролировать свое заболевание и пополнить личные знания о традиционной и нетрадиционной медицине.

Духовность и религия. Если мысли о суициде возникают у верующего человека, то необходимо обратиться для корректной помощи и реабилитации к священнику.

Доступность медицинской и социальной помощи – два важных фактора, которые могут заметно снизить частоту суицидов, также необходимо помнить, что некоторая доля моральной ответственности ложится и на окружающих человека при жизни людей, оказавшихся неспособными к действенному состраданию и милосердию. Существует множество вещей и дел, на которые способен пожилой человек, помогите ему с выбором и Вам будет легче в его возрасте. Цицерон Марк Туллий сказал по этому поводу: «Можно ли сказать, что старость делает нас неспособными к делам? К каким именно? К тем, которые свойственны юношеству и требуют силы. Но разве не существует ничего, к чему был бы способен старик, что можно было бы делать при здравом уме и ослабленном теле?».