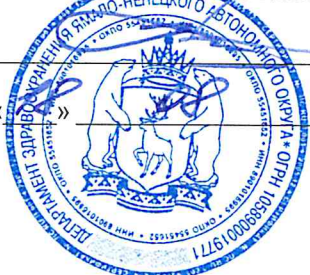


**Департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа**
**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ ОКРУЖНОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР»**

СОГЛАСОВАНО

Директор департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

С.В. Новиков
«»
2016 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ ЯНО ПНД,
Главный внештатный психиатр ДЗ ЯНАО

Тюрин М.В.
«»
2016 год

**Методические рекомендации
по профилактике суицидальных происшествий
для специалистов образовательных организаций Ямало-Ненецкого
автономного округа, напрямую сталкивающимся в работе с людьми,
имеющими признаки дестабилизирующего поведения.**

Автор: медицинский психолог поликлинического отделения ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» Кузнецов Алексей Анатольевич.

Методические рекомендации разработаны на основе изучения результатов психологических и социальных исследований суицидального поведения, предназначены для специалистов образовательных организаций Ямало-Ненецкого автономного округа, напрямую сталкивающимся в работе с людьми, имеющими признаки дестабилизирующего поведения в Ямало-Ненецком автономном округе.

Оглавление

1. Введение.....	2
2. Типы суицидального поведения.....	3
3. Динамика суицидального поведения.....	5
4. Факторы суицидального риска.....	7
5. Мифы и факты о суициде.....	9
6. Превентивные меры.....	10
7. Метод наблюдения.....	11
8. Карта суицидального риска.....	12
9. Метод беседы.....	14
10. Заключение.....	17
11. Словарь.....	18
12. Список литературы.....	19
13. Приложение № 1.....	20
14. Приложение № 2.....	21

Введение

Одним из наиболее социально резонансных видов девиантного (отклоняющегося от нормы) поведения, является суицид (самоубийство) – намеренное лишение себя жизни.

Воздействие повседневных стрессовых факторов, а также актуальное состояние экономической нестабильности в Российской Федерации, связанное с геополитическими изменениями в мире, у части людей может вызывать развитие отрицательных психических состояний, привести к нарушениям жизнедеятельности, неблагоприятным изменениям личности, которые в дальнейшем будут отрицательно сказываться на состоянии здоровья, рабочих и семейных взаимоотношениях, что в свою очередь увеличит риск суицида.

В связи с тем, что профилактика самоубийств является одним из наиболее сложных и ответственных направлений профилактической деятельности – эффективное решение этой проблемы лежит в получении адекватных знаний, формировании профессиональной позиции у специалистов и осуществлении комплексного подхода.

Однако территориальные особенности Ямало-Ненецкого автономного округа вносят свои коррективы в решение данной проблемы: наличие большого количества населенных пунктов, расположенных на значительном удалении от «центров» и не имеющих доступ к специализированной психологической помощи на местах, а также проблемы транспортной доступности, зависящие от погодных условий, затрудняют оказание своевременной помощи. Эти обстоятельства, являются причиной написания данных методических рекомендаций, которые адресованы специалистам, напрямую сталкивающимся в работе с людьми, имеющими признаки дестабилизирующего поведения.

Для формирования корректного представления о суициде, данные методические рекомендации содержат минимальный, но необходимый теоретический базис по суицидологии, а также основные приемы и методы, направленные на выявление и предотвращение суицида. Для удобства использования имеющимися в методических рекомендациях материалами, часть из них продублирована в приложениях.

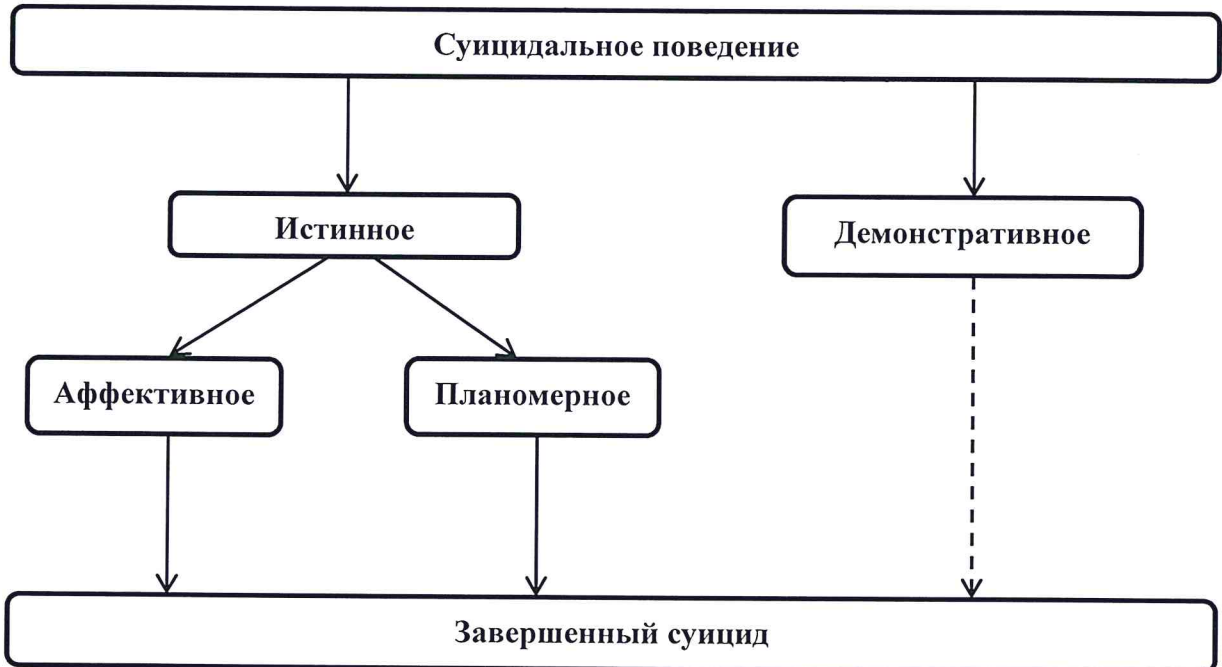
В случае возникновения нужды в дополнительном информировании, либо при необходимости оказания дистанционной экстренной психологической помощи суициденту, Вы всегда можете обратиться к специалистам оказывающих психиатрическую помощь на территории Вашего муниципального образования или к медицинским психологам ГБУЗ ЯНО ПНД, по Телефону доверия **8-34922-41109**, который функционирует с 08:00 до 18:00 в рабочие дни.

Типы суицидального поведения

Для грамотных действий направленных на профилактику суицида, Вам необходимо сформировать корректное представление о суициде, как о социальном явлении, опираясь на научные исследования.

Рассмотрим, разновидности суицидального поведения (схема № 1):

Схема № 1



Суицидальное поведение принято различать на истинное и демонстративное (шантажное).

Истинное суицидальное поведение – это поведение, направленное на лишение себя жизни. Оно включает в себя планомерное и аффективное суицидальное поведение.

Аффективное суицидальное поведение (аффект – кратковременная, но крайне сильная эмоция) – совершение самоубийства буквально «на волне эмоций», когда человека захлестывают эмоции, теряется самоконтроль и он совершает импульсивные действия. Как правило, такой вид суицидального поведения характерен для ситуаций, воспринимаемых человеком как крайне травматичные. Когда говорят: «Он не владел собой, будто пелена была у него на глазах...» – это достаточно точно характеризует человека совершающего аффективный суицид. Особенностью данного суицидального поведения является то, что из-за мгновенного, плохо осмысленного и спланированного принятого решения закончить жизнь самоубийством, человек может покалечить себя, но остаться в живых, например: в результате публичного высмеивания и унижения, которое для человека оказалось внезапным и крайне травмирующим, «на волне эмоций» он решает совершить самоубийство, выпрыгнув из окна пятого этажа. Однако он не учел того обстоятельства, что под окном был достаточно толстый слой снега, который смягчил удар,

в итоге падения человек не умер, но получил множество травм и в последующем получил инвалидность.

Планомерное суицидальное поведение – совершение заранее спланированного и подготовленного самоубийства. Чаще такой вид суицидального поведения характерен для ситуаций, длительно действующих на человека (коллективная травля, неизлечимая болезнь, долговые обязательства и т.п.). Человек не может найти выхода из сложившейся ситуации и начинает воспринимать ее как безвыходную, а между тем эмоциональные переживания с каждым днем продолжают накапливаться. Когда у человека не остается сил испытывать терзающие его переживания, он находит в себе силы для крайнего решения всех проблем разом – суициду. Он может начать готовиться к смерти, приводить свою жизнь в порядок, его поведение может в целом сильно измениться, он может совершать вещи, ранее не характерные для него, что может послужить для Вас тревожным сигналом, на который стоит обратить внимание.

Еще раз уделим внимание двум основным отличиям аффективного суицидального поведения от планомерного: первое отличие заключается в том, что аффективный суицид затруднительно предвосхитить и остановить, если только Вы не находитесь рядом с суицидентом в момент совершения суицида, в то время как при планомерном суициде, Вы можете, на протяжении определенного времени, улавливать ряд изменений в поведении человека, предшествующих суициду. Вторым отличием аффективного суицидального поведения от планомерного заключается в их проработанности: аффективный суицид не продуман и импульсивен, поэтому есть определенный шанс, что человек выживет, в то время как при планомерном суициде, человек пытается все предусмотреть, что определяет высокий уровень летального исхода.

Демонстративное (шантажное) суицидальное поведение – поведение, целью которого является не лишение себя жизни из-за травмирующей ситуации, а получение какой-либо выгоды путем шантажа, например: супруга угрожает супругу разводом, на что он, в попытке ее удержать, начинает наносить поверхностные порезы на предплечья и говорить: «Если ты сейчас уйдешь, то я покончу собой!» – как видно в данной ситуации, человек наносит себе легкие повреждения с целью шантажа, а не с целью самоубийства и данное поведение не является истинно суицидальным. Однако порой такой шантаж может приводить к несчастным случаям со смертельным исходом, например: человеку отказали в повышении, в ответ на что он решил шантажировать начальство. Он решил повеситься в раздевалке, зная, что после смены все сотрудники пойдут переодеваться. Он рассчитал время и, услышав топот ног и голоса сослуживцев, идущих в раздевалку, повесился, зная, что сослуживцы успеют спасти его, но в коридоре их кто-то окликнул и задержал на несколько минут – этого было достаточно. Лишь опрос близких погибшего помог определить, что это был не истинный суицид.

Динамика суицидального поведения

Стоит отметить, что суицидальное поведение каждого человека по-своему уникально (у каждого суицидента есть свои причины на самоубийство, каждый суицидент сам выбирает способ самоубийства), однако, анализируя случаи самоубийств, были установлены общие закономерности для всех суицидентов.

Так, учеными были определены «этапы» суицидального поведения человека, этапы, которые проходит каждый суицидент. Разница заключается лишь в скорости их прохождения (см. аффективный и планомерный суицид), что и составляет основную проблему при оказании своевременной помощи.

Рассмотрим основные этапы суицидального поведения человека (схема № 2):

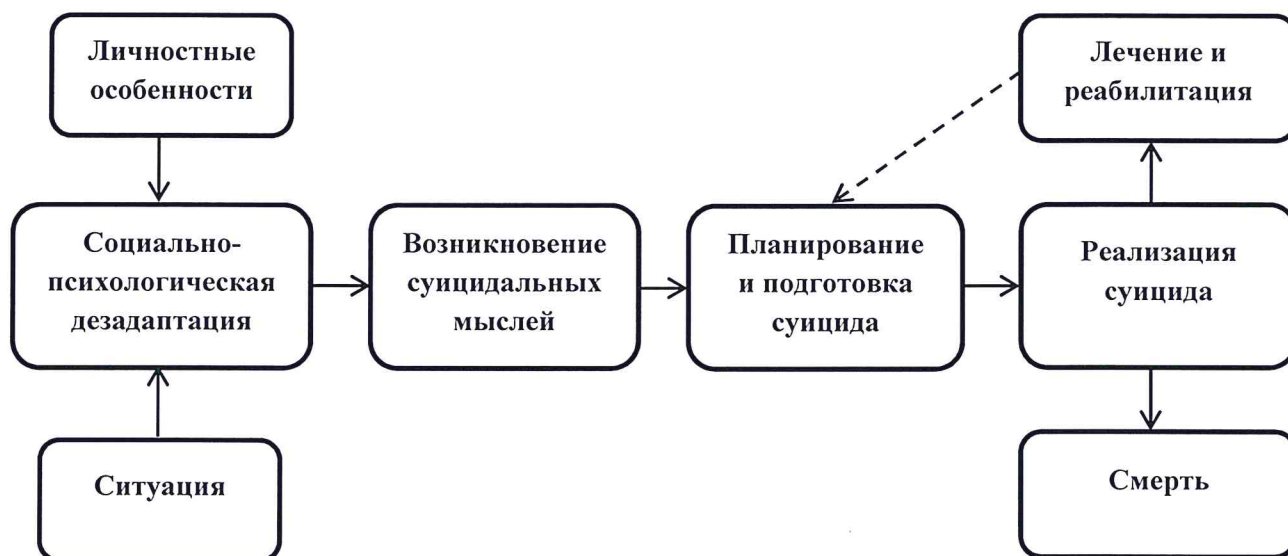
1. Этап социально-психологической дезадаптации – обусловлен с одной стороны объективной ситуацией, с другой – личностными особенностями человека и его субъективным восприятием данной ситуации. По факту, сама ситуация имеет не столь принципиальное значение, гораздо более важное значение имеет то как конкретный человек воспринимает ее, например: развод с супругой одним мужчиной может восприниматься как трагедия, предательство, его личная несостоятельность; для другого мужчины это будет неприятное, но не столь значительное событие; а для третьего, это событие может нести положительные эмоции, связанные с избавлением от семейного быта. Поэтому помните: если на Ваш взгляд, ситуация в которой оказался человек не столь критична и безвыходна – это Ваше восприятие данной ситуации, ее восприятие другим человеком может быть абсолютно противоположным. Справедливости ради стоит заметить, что все мы ранее были в ситуациях социально-психологической дезадаптации – это те проблемные ситуации, с которыми мы сталкивались впервые и не знали как себя вести и что необходимо предпринимать – ситуации самые разные: начиная с подростковой неудачной любви, заканчивая потерей значимого близкого человека. То, что человек периодически может сталкиваться с ситуациями, вызывающими дезадаптацию – это нормально, как нормально и то, что он с ними справляется. Проблема остро встает тогда, когда собственных сил у человека не хватает, а обратиться за помощью к окружающим по тем или иным причинам невозможно, либо отсутствует необходимый отклик.

2. Этап возникновения суицидальных мыслей – если травмирующая ситуация, в которой оказался человек, не разрешается (а по его субъективному мнению, для ее решения он перепробовал все возможные способы), то, как крайний вариант ее решения, у человека возникают мысли о суициде. Стоит различать «фантазии о смерти» и суицидальные мысли. Когда человек фантазирует о смерти – за этим не стоит никакого желания совершить самоубийство, как правило, это носит характер баловства, что характерно для большинства подростков и части взрослых, например: человек в ответ на обиду (со стороны своих родственников или со стороны своих коллег) фантазирует о своей смерти, как о мести в ответ на обиду. Он представляет свои похороны, представляет как окружающие по нему скорбят, признают что они были не правы и каются о содеянном... Побаловавшись пару мгновений с такими фантазиями, человек отгоняет их и продолжает жить дальше – это что касается фантазий. Когда же мы говорим о суицидальных мыслях – мы говорим о поглощенности человеком переживаниями настолько, что порой человеку даже тяжело переключиться с этих мыслей на что-то другое.

3. С нарастанием остроты ситуации или неизменным положением дел, постепенно мысли человека о суициде перетекают в его планирование и подготовку. Поскольку ситуацию человек никак изменить не может, суицид выступает в виде единственного решения, способного раз и навсегда избавить человека от страданий, которые он испытывает, находясь в конкретной ситуации. Человек может начать готовить себя к смерти (у каждого этот процесс очень индивидуален): человек может начать

раздавать ценные подарки окружающим, может вернуть давние долги и т.п. – таким образом, пытаясь привести свою жизнь в порядок перед уходом. Также человек может планировать время, место и вид самоубийства.

Схема № 2



4. Собственно реализация суицида, будь то спонтанное действие «на волне эмоций» или заранее спланированное и подготовленное мероприятие. Если человеку не удалось завершить свою жизнь самоубийством (выбранный метод был неэффективным, либо человека удалось спасти), то это называется суицидальной попыткой. Далее, выжившему человеку предстоит лечение и реабилитация в учреждениях системы здравоохранения, вплоть до недобровольной госпитализации (приложение № 3).

5. После того, как человек восстановился и вернулся из учреждений здравоохранения, не стоит думать, что опасность миновала, так как суицидент возвращается обратно все к тому же окружению, все к той же ситуации. Таким образом, если разрешение травмирующей ситуации не происходит, риск повторной суицидальной попытки очень велик. Как показывают исследования, повторные суицидальные попытки продуманы тщательнее предыдущих, в связи с чем, их вероятность завершиться летальным исходом гораздо выше.

Факторы суицидального риска

Анализ причин и условий, при которых люди совершали самоубийство, позволил выделить ряд факторов, сопутствующих данному происшествию. Не всегда наличие данных факторов напрямую обуславливает суицидальное поведение, но они всегда увеличивают риск совершения суицида.

Факторы, обусловленные конкретной ситуацией:

- Публичное оскорбление, высмеивание, унижение;
- Случай сексуального насилия;
- Нежелательная беременность;
- Венерическая болезнь;
- Постановка психиатрического/соматического диагноза;
- Потеря высокого поста, увольнение;
- Суицид в коллективе/семье;
- Смерть близкого человека, ребенка;
- Развод, измена.

Факторы, обусловленные длительным периодом воздействия на человека:

- Многократное психическое насилие (шантаж, угрозы, оскорбления, коллективная травля);
- Многократное физическое насилие;
- Многократное сексуальное насилие;
- Сексуальная несостоятельность;
- Профессиональная несостоятельность;
- Долговые обязательства;
- Неуставные отношения;
- Нереалистичные или противоречивые требования руководства/значимого окружения;
- Социально-экономические затруднения в семье;
- Межличностные конфликты в семье, ревность;
- Бездетный брак;
- Отсутствие постоянного сексуального партнера;
- Проживание с неизлечимо больным родственником.

Факторы, обусловленные постоянным (на протяжении всей жизни) воздействием на человека:

- Прижизненно полученная инвалидность;
- Неизлечимая болезнь;
- Нетрадиционная сексуальная ориентация;
- Воспитание в семье, среди членов которой есть лица страдающие алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями;
- Чрезмерно жестокое воспитание в детстве;
- Воспитание в семье, среди членов которой были лица совершившие самоубийство;
- Участие в боевых действиях;
- Судимость;
- Суицидальное поведение в прошлом;
- Профессиональная деятельность, связанная с работой в условиях дефицита времени и постоянной угрозой жизни и здоровью;
- Высокая цена ошибки как особенность профессиональной деятельности.

Мифы и факты о суициде

Для закрепления предыдущего материала, я предлагаю Вам развеять несколько мифов о суициде, которые имеют место быть в нашем обществе, что в свою очередь искажает восприятие суицида и препятствует действиям по его профилактике.

Миф: решение о самоубийстве приходит к человеку внезапно.

Факт: анализ суицидального поведения показал, что порой, оно является результатом достаточно длительной травматизации человека.

Миф: прием алкоголя помогает снизить риск суицида, так как помогает человеку расслабиться.

Факт: прием алкоголя, способствует растормаживанию поведения человека, снижению сдерживающих барьеров личности и, как следствие, повышению степени риска суицидального поведения.

Миф: самоубийство редко совершают люди, которые говорят об этом.

Факт: большинство лиц (около 80%) перед суицидом в той или иной форме «сообщали» о своих намерениях уйти из жизни, но не были услышаны.

Миф: не надо говорить о суициде с человеком, так как это может подтолкнуть человека к нему.

Факт: если человек пошел на контакт с Вами и раскрыл свою душу, это говорит о том, что он готов принять помощь, он рискнул быть Вами принятым и услышанным.

Миф: мужчин, которые пытаются покончить собой, больше, чем женщин.

Факт: женщин, совершающих суицидальные попытки в несколько раз больше, чем мужчин, но мужчины уходят из жизни в 3 раза чаще женщин.

Миф: если загрузить человека работой, то ему некогда будет думать о суициде.

Факт: у некоторых людей сложилось упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального риска. По их мнению, если человек будет загружен работой и за ним будет осуществляться жесткий контроль, то проблема будет решена. На практике, осуществление такой «профилактики» выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что приводит к истощению и без того ослабленных ресурсов организма суицидента, что еще больше повышает вероятность суицидальной попытки.

Миф: помочь человеку, желающему уйти из жизни, могут только узконаправленные специалисты.

Факт: каждый из нас способен помочь такому человеку, достаточно быть внимательным и отзывчивым.

Превентивные меры

Сложность, а порой, и противоречивость внутренней жизни человека зачастую затрудняет выявить одну «главную» причину, по которой человек может совершить самоубийство. Зачастую к совершению суицида, сотрудника может подтолкнуть множество разнообразных причин, поэтому и профилактическую работу целесообразно проводить комплексно.

Основным содержанием профилактики должно стать ослабление и, по возможности, устранение социальных и социально-психологических предпосылок, способствующих формированию суицидального поведения среди населения.

Элементами данной профилактики являются:

- Четкая организация повседневной работы, быта и досуга человека;
- Предупреждение и устранение конфликтов внутри трудовых коллективов;
- Обеспечение социальной и правовой защищенности человека;
- Трудовая занятость человека с учетом его психологических особенностей;
- Организация смены видов деятельности;
- Осуществление психогигиены;
- Возможность получения психопрофилактической помощи.

Метод наблюдения

Наблюдение – является наиболее трудоемким, но и наиболее точным методом выявления наличия признаков, предшествующих суициду. Наблюдение особенно эффективно, если оно ведется систематически и целенаправленно.

При осуществлении наблюдения за человеком, Вас должны насторожить следующие признаки:

- Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- Учащение жалоб на физическое недомогание;
- Появление склонности к быстрой смене настроения, по внешне незначительным причинам;
- Повышенная сонливость, жалобы на недостаток сна (проблемы с засыпанием, прерывистость сна и т.д.), постоянная усталость;
- Снижение или чрезмерное увеличение аппетита;
- Социальная изоляция от ближайшего круга общения, появление замкнутости;
- Снижение уровня социальной активности, отказ от общественной работы и совместных дел;
- Излишний риск в поступках;
- Нарушение концентрации внимания со снижением качества выполняемой работы, рассеянность;
- Внезапные вспышки раздражительности;

- Злоупотребление алкоголем или употребление наркотических веществ;
- Раздача в дар ценного имущества;
- Разговоры о собственных похоронах;
- Отсутствие планов на будущее.

Также Вас должны насторожить словесные высказывания типа:

- «Я никому не нужен...»;
- «Да легче повеситься...»;
- «Все они пожалеют о том, что мне сделали...»;
- «Всё, у меня уже нет сил...».

После непосредственного наблюдения за человеком и формирования в отношении него Вашей субъективной оценки, касательно степени суицидального риска, рекомендуется заполнить «Карту суицидального риска», которая позволит дополнить Ваши наблюдения количественными показателями и скорректировать предварительную оценку складывающейся ситуации.

Карта суицидального риска

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
1. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида или самоповреждения	-0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	-0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	-0,5	+1	+2
4. Недостаток «тепла» в семье	-0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность в детстве	-0,5	+0,5	+1
2. Актуальная конфликтная ситуация			
а) вид конфликта:			
1. Конфликт со значимым человеком (руководитель, родитель, жена)	-0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	-0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+1
б) поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывание с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
в) характер конфликтной ситуации:			
6. Подобные конфликты имели место раньше	-0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других	-0,5	+0,5	+1

сферах жизни (учеба, здоровье и т.д.)			
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+1
г) эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
9. Чувство обиды, жалости к себе	-0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	-0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	-0,5	+1,5	+2
3. Характеристика личности			
а) волевая сфера личности:			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	-1	+0,5	+1
2. Решительность	-0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	-0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	-1	+0,5	+1
б) эмоциональная сфера личности:			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+1,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	-0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	-0,5	+2	+3
9. Импульсивность	-0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов (низкая стрессоустойчивость)	-0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромисность	-0,5	+0,5	+1,5

Заполняя «Карту суицидального риска», Вы определяете степень выраженности перечисленных факторов у наблюдаемого человека. Подсчет баллов производится путем простого суммирования. Результат соотносится по приведенной ниже шкале:

Набранные баллы	Степень суицидального риска
менее 9 баллов	риск незначителен
9-15,5 баллов	риск присутствует
более 15,5 баллов	риск значителен

Для удобства использования «Карты риска суицида», она продублирована в Приложении № 2. Рекомендуется иметь копии «Карты риска суицида» на своих рабочих местах, чтобы иметь возможность сразу же после наблюдения за человеком (пока впечатления наиболее свежие) произвести соответствующие подсчеты.

Метод беседы

Подобно тому, как метод наблюдения является наиболее точным методом выявления наличия признаков, предшествующих суициду, метод беседы является наиболее действенным способом помощи в преодолении кризисного состояния в котором находится человек.

Перед тем, как провести с человеком беседу, рекомендуется составить для себя краткий план ее проведения.

Этапы беседы:

1. Самоанализ – перед тем, как Вы решите провести беседу с потенциальным суицидентом, Вам необходимо ответить самому себе на несколько вопросов: «Сможете ли Вы на период беседы отодвинуть все остальные дела на второй план?», «Вы готовы к тому, что Вам придется соприкоснуться и не отгораживаться от внутренних переживаний человека (а как правило этот процесс очень трудоемкий)?», «Вы готовы уделить беседе с человеком столько времени, сколько на это потребуется?». Не ответив положительно на эти вопросы, начинать беседу с человеком, вызвавшим Ваши подозрения нерационально, так как в ходе беседы Вы можете заметить, что процесс, неожиданно для Вас, затянулся, а у Вас были запланированы какие-либо неотложные дела. Либо во время беседы Вы можете заметить за собой, что Вы не готовы соприкоснуться с переживаниями собеседника, Вам это неприятно и тягостно (если Вы это испытываете – это нормально, это Ваши эмоции и Вы имеете на них право, но чтобы избежать подобных ситуаций, перед планированием беседы Вам и предлагается провести самоанализ и спрогнозировать свою готовность к этому мероприятию). Также не стоит забывать об этике: позаботьтесь о том, чтобы услышанная Вами информация, которой поделился собеседник, осталась между вами и только. Это могут быть причины тягостных переживаний, связанных с сексуальной жизнью, взаимоотношениями с коллективом, семейными взаимоотношениями и т.п. – вся та информация, которой человек решил поделиться только с Вами.

2. Подготовка к беседе – перед проведением беседы рекомендуется собрать данные о человеке. Еще раз осмыслить результаты Вашего наблюдения и результаты заполнения «Карты суицидального риска». При выборе места беседы, уделите внимание тому, чтобы в помещении не было посторонних лиц, никто не должен прерывать Вашу беседу, сколь бы она не продолжалась. Не стоит приглашать на беседу человека через третьих лиц, постарайтесь найти повод для встречи самому.

3. Установление эмоционального контакта – помните, люди с суицидальными тенденциями испытывают сильное психологическое напряжение, беспокойство, тревогу, чувство безвыходности. В это время человек остро нуждается в поддержке и понимании. Поэтому основная задача на начальном этапе беседы – создание доверительной обстановки, позволяющей человеку высказаться. Именно словесное высказывание своих переживаний является способом конструктивного выплеска переполняющего человека напряжения. Чтобы облегчить возможность собеседнику начать говорить о своих эмоциях, Вы можете сделать первый шаг – поделитесь с собеседником своими переживаниями – тем самым Вы пригласите собеседника к разговору в «эмоциональном контексте» и продемонстрируете ему в этом свою готовность и открытость.

4. После установления эмоционального контакта, имеет смысл установить последовательность событий, которые привели к кризисному состоянию человека. Это поможет в первую очередь понять Вам что является первопричиной кризиса. Также это будет полезно и собеседнику, так как зачастую у человека с суицидальными тенденциями происходят изменения с восприятием окружающего – психологи выделяют среди этих изменений синдром «тоннельного восприятия» (когда внимание человека сильно сужено и он не видит ситуацию в целом) и синдром «смазывания воспоминаний» (когда человеку тяжело вспомнить последовательность событий и трудно выделить какой-то конкретный момент, собственно от чего он и дезориентирован). Чтобы образно представить себе восприятие ситуации суицидентом, обратите внимание на рисунок № 1, где изображена фотография частично и целиком – «тоннельное восприятие» сильно сужает восприятие суицидента, поэтому те пути решения, которые Вы сразу же можете найти – для него могут быть вне зоны видимости.

Рисунок № 1



5. Планирование преодоления кризисной ситуации – после того, как Вы подробнее разобрались в хронологии событий (и возможно помогли самому собеседнику, лучше разбраться в этом), необходимо перейти к рассмотрению того, что уже успел предпринять собеседник для ее преодоления и какие варианты есть еще. Основная задача на этом этапе – снятие ощущения безвыходности и построение плана конкретных действий (хотя бы на короткий период времени). Если собеседник будет Вам рассказывать о своих неудачных попытках изменить ситуацию, в которой он оказался – хвалите его за эти попытки (пусть они не имели желаемого результата, но человек пытался). В процессе беседы можно предложить собеседнику схематично записать на бумаге возможные варианты развития событий и действий, их плюсы и минусы (помните об изменениях восприятия суицидента о которых говорилось ранее, схематичное изображение ситуации на бумаге облегчит и систематизирует ее для собеседника). Также, помимо поиска конкретных действий для преодоления кризисной ситуации, необходимо вести работу по поиску ресурсов, препятствующих совершению суицида: это может быть чувство долга перед своей семьей, религиозное представление о греховности суицида, наличие разнообразных жизненных, творческих, семейных, профессиональных и других планов и замыслов на будущее – все то, что может задержать человека на этом свете.

6. Завершение беседы – после «разбора» ситуации, рассмотрения различных вариантов решения, необходимо сосредоточиться на конкретном способе ее преодоления. Желательно чтобы человек сам проговорил выбранный план действий, опираясь на совместно найденные ресурсы. Также можно договориться о следующей встрече для обсуждения результатов выполненных действий плана. В заключение беседы, как и на всем ее протяжении, рекомендуется оказывать активную психологическую поддержку собеседнику, чтобы придать ему уверенности в своих силах и возможностях преодоления кризисной ситуации. Если даже при совместном поиске ресурсов и вариантов решения ситуации, собеседник не видит никакого выхода и состояние дел не меняется, есть смысл принять решение о госпитализации потенциального суицидента.

Общие моменты при проведении беседы:

Помните, если при проведении беседы Ваш собеседник начал плакать – это хорошо. Это положительная динамика разговора, которая свидетельствует о том, что человек Вам доверился, позволяя себе заплакать в Вашем присутствии, начался активный выплеск напряжения. Ни в коем случае не останавливайте собеседника говоря: «Да не плач ты...», «Ну-ну-ну, зачем же плакать, перестань...». Да, не всегда приятно находится рядом с плачущим человеком, но Вы должны быть к этому готовы (см. самоанализ перед беседой). Если Вы чувствуете, что собеседник не против и Вы сами готовы к этому, можете положить руку на плечо собеседника, слегка приобнять его. Необязательно что-то говорить, можно некоторое время просто посидеть рядом и дать человеку возможность выплакаться. После того, как человек закончит плакать – ему станет легче. На определенный период времени человеку обязательно станет легче, так как со слезами он избавится от части накопившегося напряжения.

На протяжении всей беседы рекомендуется использовать техники «активного слушания» – специальные техники, используемые в психологическом консультировании, позволяющие точнее понимать психологические состояния, чувства и мысли собеседника с помощью особых приемов. Справочно, основные приемы активного слушания представлены в приложении № 3.

Помните, что вышеописанные этапы беседы являются подсказкой Вам, как планировать беседу, на какие моменты стоит обращать внимание и к чему следует стремиться. На практике не факт, что у Вас получится соблюсти все нюансы. Возможно и неудачное развитие беседы, к чему Вы морально тоже должны быть готовы. Некоторые вещи будут зависеть от Вас, а некоторые и от Вашего собеседника, поэтому при неудачной беседе не берите всю ответственность на себя, помните, что в диалоге принимают участие двое, поэтому и ответственность за результаты разговора делятся между собеседниками.

Заключение

В заключении, хочу напомнить читателю данных методических рекомендаций: суицид может произойти не только где-то рядом, в соседнем городе или поселке, он может произойти рядом с Вами, с людьми, с которыми Вы можете контактировать ежедневно. Вот почему важно, чтобы каждый специалист, напрямую сталкивающимся в работе с людьми, имеющими признаки дестабилизирующего поведения имел корректное представление о суициде и знал, что можно предпринять, для его предотвращения.

Помните, крайне редко бывает, чтобы человек совершил суицид, не изменив своего поведения, не постаравшись обратиться за помощью к окружающим. Поэтому Вы должны уметь обращать внимание на «тревожные знаки» и оказывать первичную помощь.

Помните, зачастую достаточно быть просто внимательным и отзывчивым.

Словарь

- Активное слушание – техника, позволяющая точнее понимать психологические состояния, чувства, мысли собеседника с помощью особых приемов.
- Аффект – кратковременная, но крайне сильная эмоция.
- Аффективное суицидальное поведение – совершение самоубийства под влиянием краткосрочного, но необычайно сильного эмоционального порыва.
- Демонстративное (шантажное) суицидальное поведение – поведение, целью которого является не лишение себя жизни из-за травмирующей ситуации, а получение какой-либо выгоды путем шантажа.
- Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от общепринятых норм.
- Деадаптация – частичная или полная утрата человеком способности приспособливаться к условиям социальной среды.
- Завершенный суицид – совершенный суицид с летальным исходом.
- Планомерное суицидальное поведение – совершение заранее спланированного и подготовленного самоубийства.
- Синдром тоннельного восприятия (суженного восприятия) – неспособность увидеть другие варианты разрешения ситуации, как и ситуацию в целом.
- Синдром смазывания воспоминаний (диффузия воспоминаний) – затруднение вспомнить последовательность событий и выделить какой-либо конкретный момент.
- Суицид – намеренное лишение себя жизни.
- Суицидент – человек, проявляющие какие-либо суицидальные проявления.
- Суицидальная попытка – совершенный суицид, без летального исхода.

Список литературы

1. Гуренкова Т.Н., Голубева О.Ю., Тарасова А.А. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения – М., 2009.
2. Лойт Х.Х., Рыбникова В.Ю., Мягих Н.И., Касперович Ю.Г. Организация работы по профилактике самоубийств в органах внутренних дел: Методические рекомендации – М. 2001.
3. Меннингер К. Война с самим собой – М., 2000.
4. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями – М., 2005.
5. Моховиков А.Н. Суицидология: настоящее и прошлое – М., 2001.
6. Профилактика суицидальных происшествий в системе МЧС России: Методические рекомендации / Под ред. Шойгу Ю.С. – М., 2009.
7. Шнейдман Э. Душа самоубийцы – М., 2001.

КАРТА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
1. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида или самоповреждения	-0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	-0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	-0,5	+1	+2
4. Недостаток «тепла» в семье	-0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	-0,5	+0,5	+1
2. Актуальная конфликтная ситуация			
а) вид конфликта:			
1. Конфликт со значимым человеком	-0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	-0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+1
б) поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывание с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
в) характер конфликтной ситуации:			
6. Подобные конфликты имели место раньше	-0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	-0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+1
г) эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
9. Чувство обиды, жалости к себе	-0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	-0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	-0,5	+1,5	+2
3. Характеристика личности			
а) волевая сфера личности:			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	-1	+0,5	+1
2. Решительность	-0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	-0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	-1	+0,5	+1
б) эмоциональная сфера личности:			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+1,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	-0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	-0,5	+2	+3
9. Импульсивность	-0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов (низкая стрессоустойчивость)	-0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромисность	-0,5	+0,5	+1,5
Набранные баллы		Степень суицидального риска	
менее 9 баллов		риск незначителен	
9-15,5 баллов		риск присутствует	
более 15,5 баллов		риск значителен	

Этапы беседы

1. Самоанализ;
2. Подготовка к беседе;
3. Установление эмоционального контакта;
4. Установление последовательности событий;
5. Планирование преодоления кризисной ситуации;
6. Завершение беседы.

Приемы активного слушания

1. Использование междометий «да», «ага», «угу» совместно с кивание головой – данный прием прост в использовании и большинство людей применяют его автоматически при разговоре. Он помогает собеседнику чувствовать, что Вы его слушаете (поддерживаете постоянный контакт), а также помогает ему продолжать рассказ. Данный прием прост и очень эффективен, не пренебрегайте им.

2. Повторение фразы – простое повторение только что сказанного собеседником (какого-то важного обстоятельства ситуации) с уточняющей интонацией – позволяет Вам уточнить, правильно ли Вы поняли собеседника, а также дает собеседнику понять, что он услышан Вами.

3. Пересказ – краткий повтор сказанного собеседником, своими словами. Поскольку при беседе с суицидентом нежелательно прерывать его рассказ (особенно, когда он эмоционально насыщен), а он может быть достаточно долгим и несистематизированным, Вы можете попытаться переформулировать и пересказать услышанное своими словами, выделив значимые моменты, что позволит Вам отсеять ненужную информацию и сосредоточить внимание на важных обстоятельствах.

4. Пауза – просто пауза, при которой оба собеседника молчат. Она дает человеку возможность подумать. После паузы собеседник может сказать что-то еще, о чем промолчал бы без нее. Пауза так же дает самому слушателю возможность отстраниться от себя (от своих мыслей), и сосредоточиться на переживаниях собеседника. Не стоит путать данную паузу с «неловкой паузой»: неловкая пауза – это ситуация, когда Вы чувствуете, что должны что-то сказать или сделать, а не знаете что конкретно... Когда мы говорим о паузе в рамках активного слушания, мы говорим о небольшой «передышке» во время разговора. Во время такой «передышки», человек готовится к следующему повествованию, либо занят переосмыслением в своем внутреннем мире, со стороны это очень заметно – видно как внутри человека идет процесс... Не прерывайте этот процесс, дайте человеку возможность его завершить.

Работа с «неловкой паузой»:

Если вдруг возникла неловкая пауза, а она может возникнуть по разным причинам, и Вы чувствуете, что надо что-то сделать чтобы ее прервать, но не знаете что именно: начните говорить о своих чувствах, о том, что Вы чувствуете прямо сейчас касательно этой ситуации – это позволит собеседнику вернуться в нужную плоскость разговора, также он почувствует и Ваш эмоциональный отклик, что благоприятно скажется на продолжении беседы.