**Профилактика суицидального поведения**

Проблема суицида актуальна для многих стран мира. Вызывает удивление факт, что несколько лет назад по количеству суицидов лидировали Швейцария, Скандинавские страны, социальное и экономическое положение в которых благополучно. Более того, далеко не всегда намерение добровольно расстаться с жизнью возникает в прямой взаимосвязи с объективно серьезными жизненными трудностями. Порой необходимость выживать в сложных ситуациях мобилизует человека и дает ему силы. Так, по некоторым исследованиям, во время войн снижается количество суицидов и неврозов.

Существует разнообразное отношение к суицидальному поведению, различные классификации, теории возникновения и развития самоубийств или самоповреждений. Есть даже подход, основанный на лояльном, толерантном отношении к суициду. В основе него понимание, что жизнь человека принадлежит только ему и каждый имеет полное право свободно распоряжаться своей судьбой. Однако здравый смысл и исследования в этой области не позволяют согласиться с данным утверждением. Свобода выбора может быть по настоящему «свободной», когда осуществляется в состоянии, позволяющем это. Это не то же самое, что выбирать какой гарнир купить на ужин, в какую спортивную секцию пойти заниматься или какой кинофильм посмотреть. Есть исследования, говорящие о том, что более 80 процентов людей хоть раз задумывались о самоубийстве в определенных ситуациях. Думать о суициде - это еще не признак готовности его совершить. Наш мозг устроен таким образом, что стремится найти максимально простое, эффективное и наименее энегрозатратное решение проблемы. Однако в то же время, мозг на глубоко бессознательном уровне (т.н. лимбическая система) стремится к выживанию, сохранению жизни. Это то, что мы называем «инстинкт самосохранения». И преодолеть этот инстинкт можно только в крайне ненормативном психическом состоянии. Это противоречит концепции свободного выбора.

 Еще один момент, который хотелось бы отметить – это так называемый «демонстративно-шантажный» суицид, который в прежних классификациях выделялся как суицидальное поведение, основанное не на истинном желании расстаться с жизнью, а обратить на себя внимание, добиться желаемого. В настоящее же время любые формы суицидальных действий воспринимаются как угроза смерти. Даже если человек и не планировал умирать и видел в своих поступках мотив «попугать», где гарантия, что он рассчитает силы?

Что же может побудить человека на преодоление инстинкта самосохранения? Обобщенно можно выделить несколько причин:

- тяжелая депрессия. Это считается основной и самой частой причиной. Человек в этом состоянии проходит определённый путь от мыслей, борьбы мотивов, планирования способов до совершения суицида, который может длиться несколько месяцев или даже лет (т.н. пресуицид);

- иные психические расстройства. Шизофрения, БАР, расстройства личности, алкогольные или вызванные злоупотреблением иными психоактивными веществами психозы. В этой группе к суициду могут привести как патологические изменения психических функций, обусловленные болезнью, так и реакцией личности на болезнь и те социальные последствия, которые она несет;

- кризисные психологические состояния, вызывающие аффект. Тяжелые потери, расставания, проблемы в семье, бизнесе, безответная любовь, тяжелая болезнь у самого человека или у значимого близкого, проигрыш крупной суммы денег на ставках и подобные. Принятие решения о смерти принимается в этих случаях чаще без длительного предварительного обдумывания, импульсивно;

- влияние среды, социального окружения. Неоднозначно воспринимаемый фактор. Чаще имеет место в подростковой среде. В последнее время много дискуссий вызвали т.н. «группы смерти» в социальных сетях. Или деструктивные религиозные культы. В то же время, ряд исследователей говорят в данных случаях о первичных проблемах с психикой, личностью человека, дисфункциональной семейной системе. А влияние среды может натолкнуть на совершение самоубийства только попав на «подготовленную почву»;

Особо можно выделить виды деятельности, которые относят к скрытому суицидальному поведению. Или еще одно название по определению авторов, «Саморазрушающее поведение». Это – злоупотребление алкоголем и наркотиками, экстремальные, связанные с риском для жизни увлечения, определенный стиль вождения автомобиля и т.д.

Как уже выше было замечено решение расстаться с жизнью принимается не в соответствии с трезвой оценкой всех жизненных обстоятельств и путей решения, а под воздействием измененного состояния сознания, сильного аффекта, а так же искаженному восприятию событий. К видам искаженного восприятия относятся, например, «катастрофизация», когда события видятся исключительно в негативном свете, без учета альтернативных вариантов; «категоричность или черно-белое мышление», когда оценка событий видится исключительно в двух крайних категориях, например «идеально-провально»; «чрезмерное обобщение», когда негативная текущая ситуация распространяется на все аналогичные или на все жизненные; «должествование», когда оценка собственного или чужого поведения основывается на жестких представлениях и ожиданиях как должно быть. Подобные искажения восприятия приводят к формированию негативных реакций на события, таких чувств, как страх, тревога, безвыходность, вина, стыд, беспомощность, отчаяние. Широкое распространение получила концепция «Выученной беспомощности», когда человек убежден в своей неспособности изменить ситуацию, решить проблему при неочевидности этого со стороны. Всё это является почвой для появления суицидальных идей, как о единственном избавлении от страдания и решения проблемы.

Беря во внимание, что провоцирует суицидальное поведение совокупность факторов, и помощь должна быть комплексной. Самое главное – это формирование у суицидента нового представления о том, что его ситуация не является безвыходной, а модель поведения, основанная на уходе в себя, самоизоляции и саморазрушающем поведении не эффективна и не единственно возможная. Часто «первой линией обороны» от суицида являются кризисные телефонные линии, «телефон доверия». Консультанты службы могут помочь увидеть альтернативные варианты отношения к ситуации или информировать абонента о том, где можно получить специализированную помощь. При обращении в учреждение психиатрического профиля помощь оказывается мультдисциплинарной бригадой специалистов – врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, психиатр-нарколог (при необходимости). На начальном этапе проясняются все факторы, способствовавшие появлению кризиса. Назначается лечение основного заболевания, если оно присутствует (депрессия, алкогольная или иная зависимость, психотическое расстройство, декомпенсация личностного расстройства). В дальнейшем пациент включается в программу социально-психологической реабилитации. Этот этап включает помощь в формировании более реалистичного восприятия событий, адаптивных способов совладания со стрессовыми ситуациями, адекватной самооценки, эффективного навыка отреагирования эмоций, коммуникативных качеств и многие другие задачи. Работа происходит в индивидуальном, групповом и семейном формате. На профилактическом этапе пациенты эпизодически обращаются к специалисту для поддержания и закрепления достигнутого результата, а так же имеют возможность регулярно посещать психообразовательные занятия.