**Возрастные аспекты суицидологии**

**Оглавление**

Введение 3

1. Суицид как явление 4

2. Возрастные аспекты суицидологии 10

Заключение 25

Список использованной литературы 27

**Введение**

Проблема самоубийства в обществе, на данном этапе его развития, актуальна, как никогда. Если опустить рассуждение о первобытном строе, античности, средневековье и недавнем прошлом и вернуться в наши дни, то приходиться констатировать, что сейчас мы переживаем буквально эру самоубийств. Согласно статистике самоубийство почти во всех странах занимает почетное третье место, сразу за смертью в результате болезни и за смертью от несчастного случая, обычно в дорожно-транспортных происшествиях; ежегодно убивает себя 30 000 американцев, 25 000 японцев, 20 000 французов, 60 000 россиян … Число же тех кто пытался себя убить, но у них не получилось, в 7 -8 раз больше. Нужно учесть, что статистика самоубийств всегда занижена, так как в неё попадают лишь явные случаи. На самом деле, самоубийств чуть ли не в два раза больше. Почти пол миллиона землян каждый год сами ставят точу в своей жизни[[1]](#footnote-1)1.

Цель работы рассмотреть суицид как явление и проследить возрастные аспекты суицидологии.

Что касается литературы по данной проблеме, то здесь можно выделить работу Г.В. Старшенбаума «Суицидология и кризисная психотерапия», в которой автор характеризует возрастные аспекты суицидологии, рассматривая суицидальное поведение у детей, молодёжи и пожилых людей. В данной монографии Г.В. Старшенбаум выделяет причины суицида и предлагает методы предотвращения суицидального поведения у представителей нашего социума, которые являются менее защищенными в социальном и психологическом плане[[2]](#footnote-2)2. Следует также отметить работу И.Н. Вогин «Психология. Жизни и смерти», в которой даётся подробное описания суицида, как социального явления, уносящего ежегодно до 1000 человеческих жизней в нашей стране.

1**. Суицид как явление**

Суицид – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни. Это определение современного суицидолога М. Фарбера включает в себя три важнейших компонента.

Термин «сознательное» в этом случае не адекватен термину «немереное». Во-первых, здесь проходит грань между поведением животных и человека, ибо (как принято считать), животные не обладают сознанием; и во – вторых, в ряде случаев самоумерщвления намеренье имеет место, но осознанное стремление к суициду по ряду причин отсутствует. Примером такого не соответствия может служить смерть Н.В. Гоголя, уморившего себя голодом во время Великого Поста его намеренья совершено, прозрачны (вот его слова по свидетельству современников: «Надобно ж умирать, а я уже готов и умру …», «Как сладко умирать»).[[3]](#footnote-3)3 Вместе с тем, будучи фанатичным христианином, Гоголь, просто не мог сознательно стремиться к суициду. Поэтому его случай не считается чистым самоубийством.

Что касается «быстрого» лишения себя жизни, то такое уточнения необходимо для отделения суицида от суицидального поведения, характерного для подавляющего большинства людей: сюда относят и выбор профессии, сопряжённой с риском, и выбор хобби (яркий пример – экстремальные виды спорта), и «вредные привычки» (наркомания, алкоголизм, курение) и многое другое, в том числе и малоподвижный образ жизни и не правильный режим питания. Все эти люди совершают «медленное» самоубийство, хорошо зная все последствия своего выбора, и тем намерение, продолжая самоубийственные действия. Это происходит по разным причинам, но основная желание жить «приятной и полной» жизнью (то как её понимает). В принципе, формула Михаила Жванецкого: «Вместо жизни – здоровый образ жизни»[[4]](#footnote-4)4,- претит любому человеку, если только он не является фанатичным сторонником максимального проведения своих дней за счет все возможных ограничений. Таких людей мало, но они есть.

Согласно исследованиям антропологов, человек очень давно (задолго до покорения огня) научился лишать себя жизни сознательно, намерено и очень быстро. Однако восприятия суицида менялось. Уже в доклассовых сообществах появляются первые ограничения, направленные против самоубийства как поступка наносящего ущерб общине, изменения отношения общества к самоубийству по мере возникновения и развития классов и государства состоит в дальнейшем ужесточении таких ограничений. В принципе это понятно – интересы государства требуют ограничения личной свободы, поэтому механизм насилия над личностью должен был неминуемо покуситься на главную составляющую человеческой свободы: право распорядиться своей жизнью по собственному разумению. Но данное объяснение проблемы суицида в процессе эволюции общества, не совсем сходить с проблемой современного социума. На сегодняшний момент суицидологи выделяют три основных причины, по, которым человек совершает самоубийство.

Во-первых, социальные. В результате технической эволюции, индустриализации и урбанизации патриархальный мир прошлого столетия был разрушен. Человек практически утратил Контроль над окружающим его жизненным пространством, нарушился масштаб взаимоотношении между личностью и обществом. Мир стал для человека слишком большим и как, следствие этого, чужим. Любое социальное потрясение, любое массовое изменения общественного статуса влечёт за собой всплеск самоубийств. Самоубийцы – это щепки, которыми щедро усыпана земля, когда в социальном лесу вырубают просеки. Россия характерный пример. наш суицидальный всплеск 90–х годов может быть объяснён чисто социальными причинами и, можно надеется, исчезнет вместе с окончанием переходного периода от одной общественной модели к другой.

Во-вторых, нравственные. В XXI веке у большинства землян изменилась этическая мотивация поведения. Прежде в её основе лежали не подлежащие обсуждению и сомнению установления религии (если вера запрещает самоубийство – это не предмет обсуждения: нельзя – значит нельзя). В XXI веке очевиден кризис веры, подготовленный событиями двух прошлых веков. В принципе, это не духовная катастрофа, как кажется некоторым, а определенная стадия развития общества. Человечество переживает переходный возраст со всеми признаками подросткового бунта – атеизмом, революциями, многочисленными социальными фантазиями. В почёте непослушание и доброе сердце, а ум и дерзновения. А это и создаёт почву для протестного подхода установленным ранее канонам, в том числе и в подходе самоубийству.

В-третьих, мировоззренческие. По сравнению с прошлыми веками, самоощущение современного человека сильно изменилось. При иллюзии большей свободы и поступков в действительности, он стал, гораздо более зависим, от окружающего его мира. Просто диктат окружения из прямого стал косвенным, но не менее эффективным. Через средства массовой информации и аппарат массовой культуры современнику навязывается некий стандарт жизненного успеха, и несоответствие этому стандарту воспринимается им как трагедия. Естественно, что и раньше стрессов было не меньше чем сейчас, но раньше люди были психически устойчивее, менее изнеженные, так как тогда выживание требовало, куда больших усилий, что делало жизнь более ценной, ибо человеку свойственно дорожить только тем, что достаётся ему с большим трудом.

Пугающий акт самоубийства приводит окружающих в шоковое состояние. Ещё бы – здесь целый комплекс невообразимых вещей: и попрание жизненного инстинкта, и нарушение глубоко укоренившегося (не только в сознании, но и подсознание) табу, и неожиданный разрыв всяческих связей с миром. во все времена мотивы самоубийства казались не постижимыми и даже мистическими. Однако сущность человека всегда восстает против не объяснимого, и он старается придумать хоть какой – то ответ, пусть даже не удовлетворенный, лишь бы не оставаться без ответа вообще.

В старину существовало объяснение, предложенное церковью: самоубийство – результат безумия, возникающего из - за того, что в душу проникают бесы, пожирающие её из нутрии[[5]](#footnote-5)5, однако уже в XYIII веке такого истолкования оказалось не достаточно – явно не все случаи самоубийства можно было объяснить безумием. Требовалась должная аргументация, основанная на научной теории.

Поначалу это были простые ответы на сложные вопросы. Сначала некоторые, в том числе Карамзин, винили во всём климат и рацион питания. Позже вина возлагалась на нигилизм, материализм и другие разрушительные идеи … на рубеже ХХ века появилась первая социологическая теория суицида. Затем к ней добавилась антропологическая и психиатрическая теории. Со временем число теорий множилось: прибавились психоаналитическая, биохимическая, макроприродная… но даже сегодня мы до конца не понимаем, почему миллионы людей убивают себя. Тем не менее, суицидология сумела выяснить некоторые общие закономерности.

С точки зрения социологии самоубийство – одна из моделей девиантного поведения, область социальной патологии. Основатель суицидологи Э. Дюркгейм выделил в своё время три основных типа самоубийства: эгоистическое, альтруистическое и анемическое.[[6]](#footnote-6)6 Если определить суть его деления, то эгоистическое самоубийство связано с крайним обострением индивидуализма (поэтому высокий уровень образования, материальной обеспеченности приводит тому что человек чаще задумывается о самоубийстве); альтруистический вариант, наоборот является следствием недостаточной индивидуальности,когда социум оказывает на личность сильное психологическое давление, побуждая её к самоуничтожению (самоустранение стариков в примитивном обществе, массовое самоубийство в фанатичных религиозных общинах, камикадзе.); анемичное самоубийство (аномия – всеобщая дезорганизация) является следствием любых значительных социальных потрясений, когда происходит массовое изменение установленной социальной иерархии и внезапная перемена общественного и имущественного статуса влечет за собой волну самоубийств – что и характерно для России 90- х годов, когда количество самоубийств удвоилось.

Последователи Э. Дюркгейма развили социологическую суицидологию, выявили целый ряд закономерностей, связывающих уровень суицидов с общественными процессами, что позволяет прогнозировать всплески самоубийств. На основе этой теории можно выделить следующие факты: горожане убивают себя чаще, чем сельские жители; сокращение рождаемости приводит росту самоубийств; во время войн число самоубийств падает. Социологическая теория объясняет причины большинства самоубийств в социально не благополучных странах, но этой теории не достаточна для тех случаев, когда речь идёт о странах с меньшим давлением общества на личность. Именно для них характерна вторая основная теория суицидологи – антропологическая, объясняющая самоубийство через процессы, происходящие в человеческой психике.

Если закономерности развития общества и суть процессов, происходящих в нём, более или менее прозрачны, то человеческая психика – вещь гораздо более темная и плохо поддающаяся изучению. Здесь мало известного наверняка, так что любые категоричные суждения должны вызывать сомнения. Между тем до середины прошлого века казалось,что психическое устройство человека не намного сложнее устройства паровой машины. самоубийство представлялось следствием незначительного механического дефекта, легко подающегося исправлению. Такой механический подход дал возможность рецептов излечения страсти к самоистреблению: от холодной воды, клистира и пиявок до совета Ф. Бэкона заниматься математикой, которая будто бы восстанавливает душевную гармонию. В наше время задача врачебной суицидологи кажется куда более трудной. Неясно, в какой степени нервно психические расстройства увязаны с суицидным поведением, включающим не только совершенное самоубийство, но и попытки совершить его и намеренья сделать это. Согласно новейшим данным, от 90% до 95% лиц с суицидным поведением – психически больные. Однако следует учесть, что четкого разграничения между психически больными и психически здоровыми людьми не существует. Большинство самоубийц – люди с пограничными нервно психическими расстройствами, хотя, по словам Ч. Павизе: «У каждого человека сыщется всякая причина для самоубийства»[[7]](#footnote-7)7. Некоторые самоубийства могут быть объяснены как реакция на состояние « душевной боли». Тем не менее, преобладает мнение, что основным агентом является депрессия, которая ныне подразделяется на следующие виды: психогенная, эндогенная и соматогенная. Причин депрессии – тьма и каждое направление определяет исходя из своей специфики; сюда приложили руку и социологи, утрата привычных ролей и функций; и психобилоги, нервнофизическая дисфункция; и экзистенцианалисты, утрата смысла жизни; и бихевиористы, заниженная самооценка.

Можно упомянуть и психоаналитиков, перекладывающих вену за суицид на подсознание. Но это касается продолжателей идеи З. Фрейда. Сам он по началу не был готов ответить на вопрос, как возникает суицидная идея, ибо считал, что основными инстинктами в человеке являются либидо и самосохранение. Лишь в 1920 году он ввел в свою теорию новую основополагающую категорию враждебного «инстинкта смерти», назвав, однако свою же собственную «биологической спекуляцией» и пояснив, что она нуждается в доработки. Взявшиеся за доработку впоследствии доработались до того, что начали объяснять работу подсознания суицедента при выборе способа самоубийства и толковать, например, синдром Анны Карениной как стремление отдаться во власть фаллического монстра.

Таким образом, подводя итог первой главы, следует отметить, что проблема самоубийства как социального явления была широко рассмотрена на выявлении причин суицидального синдрома и работах позволяющих, на теоретическом аспекте проследить признаки, определяющие потенциальную жертву самоумиртвления.

**2. Возрастные аспекты суицидологии**

Ежедневно более1000 молодых людей пытаются совершить суицид. Самоубийство является второй по частоте причиной смерти в молодости, а если учесть самоубийство, замаскированные под другие виды насильственной смерти, то, возможно, и первой.

Максимум суицидных попыток приходиться на возраст 16- 24 года; в большей степени это связано социальной незащищённостью молодежи. Например, проблему суицида в российской армии суицидолог А.Н. Моховиков обосновывает факторами психологического и социологического плана. Утрата привычных систем поддержки личности и жизнеобеспечения. Потеря чувства общности со значимым окружением. Утрата надежд на положительные изменения в ближайшее будущее. Страх потерять здоровье или жизнь. Состояние подавленности в случаи не уставных отношений. Коллективная травма, «негативная общность» с находящимися в аналогичных условиях сослуживцами, что может привести к посттравматическому стрессовому расстройству. Участие в военных действиях. Переживание утрат. Подражательные самоповреждения вследствие заразительности аутоагрессивного поведения[[8]](#footnote-8)8.

Но если проблема суицида в армии имеет под собой объективные причины, то, что же заставляет убивать себя всё остальное молодое поколение. Ответ на этот вопрос дают причины, по которым молодежь совершает суицид. Первой из причин является насилие. Ребенок, переживший сексуальное насилие, испытывает боль, страх, грусть резкое снижение самооценки, чувство бессилия и отверженности. У него может развиться депрессия с нарушением сна и аппетита, снижением успеваемости, отказом от учёбы в школе, социальной отгороженностью, суицидальными тенденциями. Может возникнуть истерическая и конверсионная симптоматика, оппозиционное поведение с отказом на любых семейных взаимодействий и уходами из дома. Половая близость ассоциируется у ребёнка с чувством принуждения и использования, беспомощности и поражения. Обесценивается собственная сексуальная роль и отношение родителей в качестве гетеросексуальной модели. Дети принимают на себя ответственность за родителя, инициирующего эти отношения, и обвиняют в них себя. Нарушение родительских обязанностей и недостаток ответственности у взрослых ведёт тому, что ребёнок чувствует себя глубоко порочным и не заслуживающим заботы или помощи. Сексуальность для такого человека всегда оказывается окрашенной чувством вины и страхом. Отдельными последствиями инцеста могут быть не осознанная провокация новых изнасилований, сексуальные расстройства и проституция. Часто наблюдается расстройство множественной личности и склонность к саморазрушительному поведению.

Под группу насильственных действий над молодым человеком также попадают и многие сатанинские секты. Они практикуют садиские ритуалы, в которые входит питьё крови в смеси с мочой и вином, употребление наркотиков, истязание или убийство животных и людей. Оставшиеся в живых жертвы этих ритуалов обнаруживают посттравматическое стрессовое расстройство. Дети обычно подвергаются инцестуозному и сексуальному групповому насилию, в особо извращённой форме и получают тяжкие телесные повреждения, их запугивают тем, что теперь они прокляты, находятся во власти Сатаны и он всегда будет знать, где они находятся и что делают[[9]](#footnote-9)9.

Дети редко рассказывают о случившемся по нескольким причинам. Перед ритуалом их подвергают действию наркотиков и гипноза, с внушением забыть произошедшее, а если эпизод вспомниться – покончить с собой. Кроме того, сам эпизод настолько мучителен, что вытесняется из сознания в силу диссоциации. Что бы ребёнка можно было использовать в ритуальных целях и в дальнейшем, эта диссоциация усиливается искусственно. С этой целью ребенка жестокими пытками доводят до состояния разъединения чувств и мыслей, в это время и расщепленное сознание вставляется культовая программа, эффективно закрывающая образовавшееся окно теперь она постоянно будет на этом месте, оставаясь не осознанной для жертвы. Программа включает: а) самостоятельное возобновление контакта с сектой или позволение его члену секты; в) сообщение секте нужной информации устами измененной части личности; в) автоматическое нанесение себе телесных повреждений или самоубийство в случае не выполнения предписаний секты; г) саботирование лечения, направленного на освобождение от влияния секты.

У молодых людей, переживших в детстве сатанинское ритуальное насилие, обнаруживается диссоциативное расстройство, обычно в форме множественной личности. У них выявляются следующие типы пережитого насилия: принудительный прием наркотиков, сексуальные действия, наблюдение мучений и смерти животных, причинение физической боли и пытки с предварительным наблюдением за аналогичными издевательствами над другими, наблюдение и принудительное участие в принесению в жертву взрослых и детей, сожжение заживо в гробу, принудительный каннибализм, угрозы убийства. У девушек и молодых женщин в прошлом обнаруживаются: заключение брака с Сатаной, насильственное лишение девственности, принудительное кровосмесительное оплодотворение или насильственное принесение в жертву собственного ребёнка.

Одной из причин суицида среди молодёжи также является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Примером психотерапии детей с ПТСР может служить, сообщение Развиты Джармен[[10]](#footnote-10)10 об опыте проведения индивидуальной и групповой кризисной терапии у детей в условиях Чеченской войны. Основное внимание уделялось выражению эмоций и овладению ими, при этом большое значение придавалось активному слушанию, что способствовало отреагированию негативных эмоций, а также восстановлению связи между прошлым и настоящим через подтверждение последовательности событий, в результате чего достигалось восстановление связи с внутренними ресурсами, их привнесение в настоящее, достигалось когнитивное понимание ребёнком своих эмоций, что делало его способным решить, что с ними делать. Для ликвидации чувства вины по поводу своей не способности повлиять на трагические события использовалась проверка реальности через ролевую игру. Для прощания с внезапно погибшим человеком использовалась техника пустого стула.

Если выше перечисленные причины суицидального состояния вызваны внешними раздражителями, то причина депрессии носит исключительно личный характер. Дети, как и взрослые, могут совершать суицидные попытки под влиянием депрессии, которая имеет следующие специфические проявления: несвойственное детям бессилие, страх неудачи и снижение интереса к учёбе, чувство скуки и усталости, неполноценности и отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость невыносимость фрустрации, отреагирование агрессии в действиях.

Возрастной особенностью депрессии у подростков является чрезмерная эмоциональность, дистрофический оттенок настроения, неусидчивость и беспокойство, рассеянность внимания с его фиксациях на мелочах, конфликтность во взаимоотношениях, склонность к бунту и непослушание, плохая успеваемость и прогулы в школе, злоупотребление ПАВ.

Депрессии у подростков и детей часто маскируются гиперактивным поведением, агрессивными проявлениями и правонарушениями. Девочки подростки болеют депрессией в три раза чаще, чем мальчики. По наблюдениям Д.Н. Оудсхоорна у 2/3 суицидальных подростков выявились инфантильно – зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как сами матери были репрессивны и суицидальны.[[11]](#footnote-11)11 Суицидальность этих подростков основывалась на идентификации с матерью со стороны, которой они недополучили достаточно любви и привязанности.

У молодых людей суицидальная попытка обычно является призывом о помощи, при этом биологический оптимизм мешает им со всей серьёзностью относиться к смерти. в основе юношеской депрессии часто лежит неумение строить отношения со сверстниками, неуверенность в своей привлекательности для противоположенного пола, излишняя зависимость от семьи. В решении этих проблем помогает групповая терапия и клубные формы работы.

Но если самоубийство у молодых людей - мольба о помощи, то суицидальное поведение у пожилых людей - только мольба о смерти. Хотя люди, старше 65 лет, составляют десятую часть населения, среди них отмечаются четверть всех самоубийств. Пик завершённых суицидов падает на период 45 – 59 лет, у женщин – на возраст 40 -45 лет, что, по – видимому, связано с утратой прежней внешней привлекательности. Так же тяжело стареющим женщинам мириться с утратой функций домашней хозяйки. Пожилые мужчины совершают самоубийства в 10 раз чаще, чем женщины. Этот период совпадает с гормональной перестройкой, окончанием профессиональной деятельности, возрастными, нередко – смертью брачного партнёра и одиночеством. В это время уменьшается эмоциональный и коммуникативный резонанс, выросшие и независимые дети покидают родительское гнездо. Супругам грозит отчуждение, когда им остаётся диван с подушками и телевизионный алтарь. Нет больше сколько-нибудь значимой, интересной внешней цели, которая цементировала и структурировала бы жизнь; остаётся однообразная борьба за выживание. Установлено, что в продолжение первого года по выходе на пенсию исход относительно лёгких заболеваний, например бронхита, часто оказывается летальным. Особенно трудно переносить утраты своего социального статуса мужчинам, которые привыкли оценивать себя на основании положения на службе и роли в семье («добытчик мужчина в доме»). Если основные интересы остались у человека неразвитыми, лишение прежних достоинств может восприниматься как потеря смысла жизни.

С возрастом человек теряет близких людей, и не все потери оказываются достаточно проработанными. Гибель любимого домашнего животного, особенно у одинокого человека, также может запустить процесс затяжного горя. Тяжело переносят пожилые люди вынужденный переезд - слишком многое связывает их с прежним местом жительства, и им гораздо труднее, чем в молодости привыкать к новому. Самолюбивому человеку особенно тяжело мириться с утратой своей самостоятельности, невозможностью жить без посторонней помощи и получать её от тех, кто раньше сам был в материальной или психологической зависимости от них. Альтруистичные родители в старости не хотят быть в тягость своим детям и ускоряют свой уход из жизни, перестав заботиться о себе.

Стариков в нашей стране не редко воспринимают как досадную помеху, как отработанный материал, утративший право на жизнь. Оказавшись без сбережений и поддержки государства, которое их использовало и бросило, пожилые люди чествуют себя лишними и обманутыми. Распространенность кризисных состояний у пожилых россиян можно объяснить с точки зрения кризиса идентичности по Э, Эриксону.[[12]](#footnote-12)12 Их профессиональный и жизненный опыт в быстро меняющихся условиях оказался ненужным, их ценности и вкусы выглядят отсталыми и смешными. Пожилым людям стыдно признаться, что они отказывали себе во всём, доверчиво надеясь на заботу государства в старости. Теперь идеалы, которыми они жили, развенчаны и они не могут гордиться обществом, которое построили. Пожилые люди избегают тягостного диалога с прожитой жизнью и избегают сравнивать её с той, которую можно было бы прожить, зачастую они испытывают чувство, как будто и не жили вовсе, которое Эрих Фром[[13]](#footnote-13)13 считает причиной иррационального страха перед смертью. Отказываясь от взгляда назад и примирения со своим прошлым, человек обкрадывает себя ещё на один шаг в своём созревании.

Старость накладывает отдельный отпечаток на личность человека. Появляется некоторая эксцентричность, медлительность в принятии важных решений. Отмечаются колебания настроения, угрюмость, раздражительность, гневность. На этом фоне выявляется не решительность, мнительность, неуверенность, тревожность, зависимость от мнения других людей. Уменьшается честолюбие при одновременном снижении общительности и доброжелательности. На этом фоне возможны, нелепые глупые попытки обратить на себя внимания. Чествуя себя ненужным и никчемным, пожилой человек приписывает окружающим пренебрежительное отношение к себе, постепенно перестаёт искать контактов с людьми и смиряется со своим одиночеством. Усиливается ранимость обидчивость, при этом могут ярко всплывать старые обиды. В результате возрастающей инертности нервных процессов и связанного с этим «застаивания» эмоций стареющий человек всё чаще находиться в состоянии тоски и тревожного ожидания неприятностей. Не осмеливаясь открыто высказать свои обиды или неосознанная их, человек сдерживает своё раздражение, и тогда оно приобретает форму самообвинения.

Спецификой дистимии у пожилых людей является вороженный тревожный компонент. Человек в этом возрасте уже не ждёт от жизни ничего хорошего, она грозит ему лишь новыми бедами и лишениями. Тают силы, утяжеляются старые болезни и появляются всё новые один за другим уходят из жизни близкие люди. Всё отчетливее слышны шаги приближающейся смерти, рисуются картины предстоящих мучений. В депрессии человек склонен к самообвинениям, и верующий заранее содрогается орт картины своих вечных страданий в загробном мире за совершённые грехи. Многие пожилые люди уходят от тревожных мыслей о душе в опасение по поводу своего соматического здоровья. Типичной является астеноипохондрическая симптоматика и суицидальные мысли. Вырожденная психическая и физическая истощаемость, раздражительная слабость с элементами гиперестезии, склонность к дисфорическим и гневным реакциям, слабодушие и эмоциональная лабильность. Течение дистимии у пожилых затяжное, с тенденцией к прогрессированию и переходу к депрессивному невротическому развитию личности. Это проявляется в усложнении и фиксации невротической симптоматики, формировании пессимистического мировоззрения и в возникновении или заострении качеств личности тормозимого круга.

Инволюционного депрессии (милонхолии) свойственно сочетание тревожно – депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим до ажитации. Может быть бред несправедливого обвинения больного окружающими, преследования, ущерба, ревности, отравления, ипохондрический – позднем возрасти в структуре нигилистического бреда Котара. Депрессию у пожилых людей может напоминать начинающаяся болезнь Альцгеймера (старческое слабоумие). Характерно, что, отвечая на вопрос, требующий однозначного ответа, депрессивные больные стараются не выходить за рамки вопроса, при неудачи начинают оправдываться и корить себя: при болезни Альцгеймера больные всегда дают не соответствующий вопросу ответ – например, на вопрос о дне рождения называют свой адрес.

В пожилом возрасте кризис вызывают, прежде всего хронические и опасные для жизни заболевание, хронические боли, ограничения самостоятельности и потеря близких людей. Поскольку они доминируют в сознании человека, то они и определяют содержание психотерапии. У пожилых людей снижается способность к решению новых когнективных проблем. Медленно перерабатывается информация, ухудшается внимание и память, быстро наступает усталость. В связи с этим цели психотерапии ограничиваются стабилизацией психических ресурсов, необходимых для переработки острого личного кризиса.

Поведенческая терапия, прежде всего, направлена на восстановление или усвоение навыков и умений, необходимых в повседневной жизни. Для повышения чувства самоконтроля у больных с хроническими болями применяют: а) ведение дневника, фиксирующего боли за день), отслеживание ситуаций, в которых боли воспринимаются сильнее или слабее. в) обучение техникам, уменьшающим фиксацию внимание на боли, так что они меньше мешают человеку житью.

Поведенческая терапия пожилых пациентов основана на классических работах, Питера Левинсона при этом учитываются возрастные особенности больных. Психотерапевт оставляет себе роль эксперта в области методов психотерапии и подчёркивает, что пациент лучше разбирается в собственных переживаниях и своих возможностях. Пациенту объясняют связь депрессии с бездеятельностью и указывают, что приятные виды деятельности повышают настроение. Первое задание должно быть максимально простым, чтобы гарантировать его успешное выполнение. Затем вместе с пациентом разрабатывается детализированный и последовательный план действий. План составляется в письменной форме, с указанием конкретного места и времени действия. Впоследствии пациент отмечает в этом плане выполненные задания. Чтобы облегчить пациентам осознание связи улучшения настроения с приятными событиями и адоптивными поступками, ему предлагают вести краткий дневник с описанием динамики настроения и его оценкой по школе депрессии. На терапевтической сессиях пациент вместе с психотерапевтом анализирует все имеющиеся данные, что бы убедиться в связи своего поведения и настроения. В результате он делает самостоятельный вывод о возможности влиять на своё настроение, и это возвращает ему утраченную уверенность в самом себе и завтрашнем дне.

Когнитивно-поведенческая терапия пожилых больных депрессией также имеет свои возрастные особенности. Фокус терапии смещается с принципа « здесь и сейчас» на анализ жизненного пути. Большое значение придаётся побуждению пациента активной деятельности. Предполагаемое действие вначале обсуждается с пациентом, затем он выполняет его мысленно, обращая внимание на возникающие препятствия. Далее разрабатывается план преодоления этих препятствий. При этом выявляются иррациональные ожидания плохого отношения окружающих и катастрофических последствий определенных событий. Эти ожидания обусловлены не только депрессией, но и социальными стереотипами мировосприятия, характерными для старости. Такие установки не оспариваются, но и подвергаются сомнению и постепенно заменяются рациональными. В качестве подкрепления используется реальная проверка фактов с помощью регистрации их в дневнике и последующего обсуждения с психотерапевтом.

Интерперсональная психотерапия депрессии у пожилых больных особенно важна, поскольку многие из них жалуются на своё одиночество, но при этом ведут себя при общении так, что окружающие начинают их избегать. Во время диагностической стадии психотерапии следует определить, какие факторы являются ведущими в происхождении депрессии у пациента. Это может быть горе вызванное потерей близкого человека; смена социальной роли; дефицит общения; межличностный конфликт.

В. Франкл пишет: « итак с точки зрения психолога, не слишком важно, молод человек или стар. И если стар, то насколько; гораздо более важен вопрос, заполнены ли его время и душа тем делом, которому данный человек может посвятить в данный момент свою жизнь; сумел ли человек, не смотря на свой возраст, сохранить тягу к радостной, наполненной событиями жизни, ибо говоря словами поэта, «душа обязана трудиться и день и ночь, и день и ночь». И совершенно не имеет никакого значения, связана ли деятельность человека, дающая ему осознавание смысла собственного бытия, с денежным вознаграждением, или нет. С точки зрения психологов, основополагающим и, можно сказать, решающим является вопрос, который заключается в том, пробуждается ли эта деятельность в человеке, несмотря на его преклонный возраст, сильное желание быть - быть для ого – то или для чего – то».[[14]](#footnote-14)13

Пожилой человек иногда тратит последние силы на работу из – за страха своей социальной несостоятельности и унизительной зависимости от других. В этом случае важно дать ему почувствовать, что в семье он дорог, прежде всего, своими человеческими качествами и просто любим как родной человек. Следует признавать его сохраняющиеся сексуальные потребности. А не высмеивать их. Когда у стареющего человека остаются силы лишь для платонического проявления нежных чувств, он особенно ценит когда встречает взаимность. Девушки и бабушки могут найти себя в воспитании внуков, и это их новое качество нуждается в благодарной поддержке. У пенсионера, наконец, появляется время для какого – то хобби, и его радует интерес, который проявляют другие члены семьи и даёт чувство, что они нужны.

Психотерапия пожилых людей учитывает меняющиеся отношения между пациентом и его детьми. Например, пациент пытается сохранить доминирующую позицию в отношениях и в тоже время беспомощно ожидает от детей необоснованно большого внимания. Взрослые дети, со своей стороны, могут с детства схоронить обиду на родителей или наоборот, испытывать чувство вины из-за недостатка заботы о них, чрезмерно опекая родителей, ограничивая их активность; в этих случаях особенно эффективна семейная терапия. Для повышения мотивации к участию в семейной терапии можно сказать взрослым детям больного следующее: «Своим отношением к старым родителям вы показываете своим детям образец доброго и заботливого отношения к старикам. Тем самым вы обеспечиваете себе благополучное будущее в старости».[[15]](#footnote-15)14 Важными целями терапии является подержание самооценки, поиски путей наиболее продуктивного поведения свободного времени, появившегося у пациента, выявление схоронившихся возможностей для самореализации и поддержка при её осуществлении.

У беспомощных больных стариков нередко развивается брюзжащая депрессия, которая очень затрудняет уход за ними. Больному надо объяснить, что сердиться он не на родных, а на свою немощь и зависимое положение, так что его раздражение - это обратная сторона его тревоги. Родным было бы легче уменьшить её, если бы он был готов благодарно и без страха зависимости принять их помощь. Чтобы больной отреагировал свои негативные чувства, психотерапевт должен дать ему выговориться и сочувственно разделить его переживания.

Особенностью интерперсональной терапии пожилого больного является необходимость активной позиции терапевта, сочетание поддержки пациента и укрепления в нём уверенности в себе. Хотя основной акцент в работе делается на текущих проблемах во взаимоотношениях, следует осознавать значение всего жизненного пути для актуальных проблем и влияние опыта прошлых лет на взаимоотношения в настоящем времени. Поскольку пожилые люди имеют крайне ограниченные возможности для установления новых отношений, надо побуждать их разрешению проблем в имеющихся взаимоотношениях. В целях развития навыков общения можно использовать ролевые игры.

М. Ермолаева описывает метод «управляемого воображения» Б. Напарстека, адоптированный ею для лечения пожилых депрессивных больных.[[16]](#footnote-16)15 С помощью данной методики решаются следующие задачи: компенсация сенсорной депривации; обогащение ощущениями о внутреннем состоянии организма; формирование положительных эмоциональных переживаний, связанных с телесными ощущениями; дозированное повышение уровня бодрствования, оживление, обновление красок окружающего мира.

Для обогащения телесных ощущений и впечатлений от восприятия окружающего мира используются такие упражнения, как «Воображение движения энергии», « Воображение в процессе ходьбы». Применяются также упражнения « воображения для снижения болевых ощущений в теле», « Воображение для уменьшения головной боли», « воображения дл я укрепления потенциала здоровья». Выполнение этих упражнений способствует ослаблению ипохондрической фиксации, снижению тревоги и озабоченности собственным здоровьем, помогает избавиться от ухода в себя, характерного для некоторых старых людей.

Упражнение «Воображение увеличение эмпатии» помогает преодолеть старческий эгоцентризм, почувствовать себя на месте другого человека, пережить всю гаму его ощущений и чувств, понять и простить его. Упражнения « воображения духовного руководства» направленно на облегчения переживания одиночества, беспомощности и безнадёжности. Выполнения упражнения «воображения в депрессивном состоянии», старый человек прорабатывает, переживание тоски, «тяжести на сердце», « утомленности чувств» и обращается к тому позитивному социальному опыту, который даёт жизнь и который остаётся с ним навсегда. Наконец упражнение « воображения для облегчения горя» призвано помочь старому человеку справиться с тяжестью утраты близкого человека, сохранив его в благодарной памяти, в своих желаниях и поступках.

Психотерапия пожилых больных требует их возрастных ограничений. Сессии нужно проводить в комфортном темпе и регулировать их длительность в зависимости от состояния пациента. Первые встречи необходимо посвятить установлению депрессивных отношений, выявлению и устранению негативных терапевтических установок. При этом следует избегать авторитарной позиции и не поощрять иждивенческих установок пациента. Важно установить с пациентом такие эмпотические отношения, чтобы ему хотелось сделать что - то хотя бы ради их сохранения. Необходимо сохранять уважительное отношение к мудрости пожилого человека, соблюдать принцип партнёрского сотрудничества. Планируя задания, необходимо учитывать реальные возможности пациента, уклад его жизни. Нарушение памяти компенсируется записью всех назначений и заданий. Темп терапии должен быть неторопливым. Период психотерапии обычно ограничивается 12 – 20 неделями. Следует предупредить пациента о возможности рецидивов, обучить его способам совладания с ними и предложить возобновить общение, если произойдет что-нибудь непредвиденное. Эффективным дополнением в работе с пожилыми людьми является библиотерапия и аутогенная тренировка.

Часто встречается в пожилом возрасте и соматизированая депрессия. Когда обследование выявляет отсутствие соматического заболевания, отношение больному как к капризному ребёнку или истеричке – симулянте лишь усиливает депрессию и её соматические симптомы. Если депрессия возникает, как реакция на тяжёлое соматическое заболевание и все усилия врачей сосредотачиваются на его лечении, то душевное состояние больного остаётся без внимания. В обоих случаях больному нахватает человеческого участия и тепла. Прикосновение к его телу обычно связаны лишь с туалетными и лекарственными процедурами, в результате у больного появляется представление, что его тело вызывает у окружающих чувство отвращения. Родственникам и психотерапевту надо не забывать пожать больному руку, бережно погладить деформированный сустав, ласково потрепать по плечу.

**Заключение**

Итак, подводя итог подготовленной нами работы, следует сказать, что одной из основных мотиваций истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации. Вопреки распространённому мнению, лишь 13% человек суицидальную попытку, объясняют её желанием повлиять на отношение к себе окружающих; у этих больных недостаточно развиты навыки общения с людьми, им присуще демонстративно-шантажное поведение.

Суицидальные реакции не всецело обусловлены тяжёлой жизненной ситуацией. Развитие данных реакций связано с наличием определенных ситуаций, которые в неблагоприятных условиях могут приводить к возникновению межличностных конфликтов и суицидальному поведению. Подобные суицидальные условия связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично - семейных или социально престижных ценностей и формируются под влиянием воспитания, психотравмирующих переживаний, и различных микросоциальных воздействий. Указанные условия препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризиса, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующая ценность вновь инициирует суицидальное поведение.

Как правило, в одиночку кризисные проблемы решить не удаётся. Выход из кризиса требует макросоциальной и эмоциональной поддержки. В ряде случаев кризисным людям требуется, необходим тренинг недостающих им навыков адаптации сложившейся жизненной ситуации, таким образом, суицидальные проблемы затрагивают ряд областей: психологию, педагогию и психотерапию. Поэтому ведущим видом помощи суицидентам должна быть психотерапия, как дисциплина, располагающаяся на стыке этих областей. Однако, традиционные методы психотерапии, рассчитанные на лечение больных без суицидального риска, оказываются малопригодными для решения кризисных проблем. Широкую практику получили новые методы психотерапии, которые позволили эффективно купировать суицидальные тенденции и предотвращать суицидальные тенденции и их развитие в будущем.

**Список использованной литературы**

1. Бергер П.Л. Приглашение в социологию. М.: Аспект пресс, 1996. 166 с.
2. Вогин И.Н. психология. Жизни и смерти. С - П.: Питер, 2001. 143 с.

Джармен Р. консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны // журнал практического психолога, 2001. № 1-2.

1. Ермолаева М. Практическая психология старости. М., 2002. 168 с.
2. Моховиков А.Н. Социология. Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства. М.: Высшая школа, 2001. 214 с.

Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психотерапия. М., 1993. 264 с.

1. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито – Центр, 2005. 375 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990. 189 с.

Фром Э. Бегство от свободы. М., 1995. 258 с.

Черепанова Е.М. Психологический стресс: помоги себе и ребёнку. М., 2000. 145 с.

Эрисон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996. 281 с.

1. 1 Вогин И. Н. психология. Жизни и смерти. С - П.:Питер,2001. 143 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 .Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито – Центр,2005. 375 с . [↑](#footnote-ref-2)
3. 3 Вогин И. Н. психология. Жизни и смерти. С - П.:Питер,2001. 143 с. [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 Вогин И. Н. психология. Жизни и смерти. С - П.:Питер,2001. 143 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. 5 .Моховиков А.Н. Социология. Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства. М.: Высшая школа, 2001. 214 с. [↑](#footnote-ref-5)
6. 6 Бергер П.Л. Приглашение в социологию. М.: Аспект пресс,1996. 166 с. [↑](#footnote-ref-6)
7. 7 Вогин И. Н. психология. Жизни и смерти. С - П.:Питер,2001. 143 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. 8 А.Н. Моховиков суицидальный клиент: взгляд гештальт – терапевта // Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов , социологов , психиатров и в художественных текстах.М.,2001 С. 453 - 462 [↑](#footnote-ref-8)
9. 9 Е. М. Черепанова Психологический стресс: помоги себе и ребёнку. М., 2000. 145 с. [↑](#footnote-ref-9)
10. 10 Р. Джармен консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны // журнал практического психолога, 2001. № 1-2. [↑](#footnote-ref-10)
11. 11 Д.Н. Оудсхоорн Детсая и подростовая психотерапия. М.,1993. 264 с. [↑](#footnote-ref-11)
12. 12 Э. Эрисон Идентичность: юность и кризис. М.,1996. 281 с. [↑](#footnote-ref-12)
13. 13 Э. Фром Бегнство от свободы. М., 1995. 258 с. [↑](#footnote-ref-13)
14. 13 В. Франкл Человек в поисках смысла. М.,1990 .189 с. [↑](#footnote-ref-14)
15. 14 В. Франкл Человек в поисках смысла. М.,1990 .189 с. [↑](#footnote-ref-15)
16. 15 М. Ермолаева Практическая психология старости. М.,2002. 168 с. [↑](#footnote-ref-16)