

**Гончаров Максим Александрович**

канд. мед. наук, психотерапевт

## **ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ СУИЦИДОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: БИОЛОГИЯ VS ПСИХОЛОГИЯ**

*Аннотация:* в статье рассматривается проблема суицида как индикатора глубокого личного и общественного неблагополучия. Отмечается недостаточная эффективность существующих подходов, обусловленная доминированием в медицине редукционистской, биологической парадигмы, игнорирующей психологическую составляющую человека.

В качестве методологической основы превенции предлагается салютогенетический подход и модель жизненного баланса Н. Пезешкиана.

Статья содержит практические рекомендации по смещению акцента на психологическое здоровье, развитию культуры обращения за помощью и интеграции психотерапевтических практик в общемедицинскую среду.

**Ключевые слова:** суицид, профилактика суицида, позитивная психотерапия, психосоматика, редукционизм, экзистенциальное одиночество, вербализация, жизненный баланс, Пезешкиан Н., салютогенетический подход, кризис парадигмы.

Несмотря на то, что суицид является страшной, глубокой и волнующей всех проблемой, которая сопровождает человечество на протяжении всего его существования, ключ к ней так не был подобран. По большому счету, все бытующие взгляды и подходы к решению, пока не привели к сколько-нибудь значительному результату. Возможно потому, что они не состоятельны, а возможно и потому, что не получили своего распространения и не обрели практического применения.

Как бы там ни было, мы все еще находимся на стадии поиска полезных идей, которые потом предстоит применить.

Я хочу поделиться с вами своим взглядом как практикующего психотерапевта на то, что роль психологии в современной жизни существенно недооценена. А учитывая, что 90% всех заболеваний являются психосоматическими и

ведущую роль в их возникновении играет именно психология, это может быть ключом к разгадке. К сожалению, современная медицина, все еще рассматривает человека как набор физико-химических реакций и предлагает для лечения в основном применять физико-химические средства. Дело в фундаментальном разрыве между пониманием болезни и пониманием человека. Это, в свою очередь ведет к недооценке роли психологической индивидуальности и возможно даже обесцениванию. И, по сути, это диагноз самой системе. Этот редукционизм был невероятно успешен в борьбе с инфекциями, в хирургии, но он катастрофически неадекватен, когда мы имеем дело с экзистенциальной болью.

Недавно, мне довелось выступить на международной конференции по профилактике суицидов в Улан-Баторе (Монголия). Более того, я оказался одним из ключевых спикеров и единственным выступающим из России.

Эта статья является результатом моей подготовки к выступлению на конференции. В конце 90-х я руководил суициологическим отделением в г. Хабаровске при городском психотерапевтическом центре и много работал с людьми, пытавшимися свести счеты с жизнью. Последние 25 лет я занимаюсь частной психотерапевтической практикой, веду индивидуальный прием и провожу много групповой терапии. В общем, мне есть что сказать и я глубоко верю, что профилактика суицидов – это стоящая и очень насущная социально-психологическая проблема.

Суицид – это всегда трагедия. За суицидом есть глубокое страдание, которое часто скрыто от наших глаз. Суицид – это индикатор глубокого неблагополучия. А высокий суициdalный рейтинг страны – индикатор серьезного неблагополучия в обществе.

Давайте немного заглянем за фасад суициdalного поведения. Если мы немножко обобщим, то увидим, что суициdalное решение рождается в совершенно особом психологическом состоянии, для которого характерно:

- 1) невыносимое страдание;
- 2) ощущение безвыходности;
- 3) одиночество и изоляция.

2 <https://phsreda.com>

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Проще говоря, это состояние глубоко кризиса и отчаяния. Суицидальное поведение, каким бы мы его не квалифицировали, является, наверное, самым драматичным криком о помощи. Когда человек решает свести счеты с жизнью, это означает, что его одиночество, оказалось гораздо более мучительным, чем мы думали. Это не просто поэтическая метафора, а клинически и экзистенциально точное наблюдение.

В свое время русский философ Н. Бердяев сказал следующее: «Человек никогда не отрицает самой жизни, он отрицает тот момент жизни, который делает ее невыносимой».

Одиночество как экзистенциальная катастрофа, а не просто отсутствие компании. Говоря об одиночестве суицидального человека, мы говорим о тотальном распаде всех значимых связей, придающих жизни смысл. Суицид воспринимается не как желание смерти, а как единственный способ прекратить невыносимую боль.

Люди не начинают думать о желании умереть на ровном месте. Это решение рождается мучительно и постепенно пропитывает все сознание. Человек длительно находится во внутреннем конфликте [1; 5; 10].

Добровольный уход из жизни – это яркий, но все же частный случай суицидального поведения. Наркомания, алкоголизм, рискованное поведение, гэмбллинг также рассматривается как форма аутодеструктивного поведения или отсроченного суицида.

Если мы хотим быть эффективными в превенции суицида, мы должны перестать смотреть на него как на единственную трагическую точку. Мы должны увидеть всю линию жизни, ведущую к этой точке. Зависимость и рискованное поведение – это суицид, говорящий шепотом, растянутый на месяцы и годы.

Кто работает психотерапевтом знает, что за каждым расстройством есть своя драматическая история. Когда у себя в кабинете я встречаюсь с пациентом с суицидальным поведением, мы начинаем знакомиться, создаем доверительные отношения, постепенно он допускает меня в мир своих переживаний и личной истории, доверие постепенно растет, степень самораскрытия повышается. Со

временем, у меня появляется шанс увидеть его субъективное страдание, понять с чем оно связано, обнаружить его актуальные конфликты, семейные концепции, внутренний конфликт [1; 2; 5].

Постепенно, если все хорошо, удается обнаружить новые опоры, сформировать новое отношение к себе, повысить устойчивость личности, за счет развития новых качеств. Заметьте, все это происходит благодаря углублению наших доверительных отношений.

Все, кто занимается психотерапией знает, что когда повседневные проблемы и конфликты человеком замалчиваются и открыто не обсуждаются, а скрываются и подавляются, это ведет к психическим и психосоматическим расстройствам. Молчание – это питательная среда для психических расстройств и психосоматики [1; 5; 11].

По сути, это наблюдение означает, что, если бы человек мог открыто делиться, говорить и обращаться за помощью, этих проблем можно было бы избежать. «Обращение одного человека за помощью к другому, является самым великим феноменом человечества» (Льюис Уолберг) [1; 15].

Это, наверное, главный социальный навык, которому стоит обучать детей: «Тебе плохо? Обратись за помощью». Если научить детей обращаться за помощью, половину проблем мы сразу решим [12].

Итак, один из выводов ведущих к превенции – нужно больше психологии, люди должны иметь возможность и готовность говорить о своих проблемах.

Да, разговор – это еще не решение проблем. Но это уже и не тайна. Это разделенная боль, а разделенная боль – это половина боли.

Вербализация – это форма психологической гигиены. Замалчивание токсично. Когда я веду терапевтический прием, индивидуальный или групповой – я слышу трогательные, драматические истории и секреты. Часто люди рассказывают что-то впервые в жизни за 20–30 лет. Это то, в чем люди очень нуждаются. Через это они освобождаются. Мы полны секретов, некоторые давят и не дают спокойно дышать и жить. От секретов нужно своевременно освобождаться.

---

Чтобы от них освободиться нужна особая среда. Часто через слезы и боль. Но это то, что необходимо [3].

Я врач, но я верю в то, что человек – существо гораздо более психологическое, чем биологическое. Способность делать выбор и принимать решения – это психология. За нашим выбором, стоят ценности.

Ценности не универсальны, они культурально обусловлены. Культуральные ценности – это тоже психология [9; 11].

Несмотря на то, что суицид – это социально-психологическая проблема, суицидами занимается медицина. Но проблема в том, что сегодня биологическая и психологическая медицина все еще существуют параллельно, как альтернативные концепции и даже конкурируют друг с другом. И диалог между ними очень формальный.

Если задуматься, то главным достижением современной медицины являются препараты. У медицины есть таблетки от всего. Медицина часто рассматривает человека так, как будто кроме физико-химических процессов в нем ничего больше не существует. В действительности, если мы относимся к людям только как к физическим телам, мы вообще не воспринимаем их как людей. Такая модель сосредоточивает внимание на объективных качествах больного организма, но не в состоянии охватить душевную индивидуальность. Изгнание субъекта из медицины создает фон, в котором в котором не видно личности пациента [5; 10].

Мы можем описать шекспировского «Гамлета» на физико-химическом уровне – чернила на бумаге или на биологическом – зрительное восприятие предложений. Но это описание будет абсолютно бесполезно для понимания смысла трагедии, конфликта, характеров. Для этого нужен уровень литературоведения и психологии.

Сегодня медицина достигла колоссальных успехов в лечении инфекций и хирургической патологии, но совершенно ничего не достигла в лечении хронических расстройств. Рейтинг хронических расстройств как рос так и растет. Медицине есть, что предложить в лечении острых проблем, но нечего в лечении

хронических. Хронические расстройства – это образ жизни, а образ жизни – это психология.

В медицине все еще доминирует патогенетический подход – когда, врачи хорошо разбираются в патологии, но мало что понимают в здоровье. Салютогенетический – ориентированный на здоровье подход, все еще находится скорее в литературных изысканиях, чем в практическом поле [1; 5].

Давайте посмотрим на самих врачей. Сегодня врачи имеют доступ к самым современным медицинским технологиям, препаратам и процедурам. Но разве этот доступ делает популяцию врачей в целом более здоровой, чем все остальные люди? Очевидно, что нет. Определенно, врачи не чемпионы по счастью. Оказывается, врачи также заканчивают жизнь самоубийством. Более того, у врачей еще больший риск по сравнению с населением в целом: Врачи-мужчины совершают самоубийство в 1,4–2,3 раза чаще, чем мужчины в общей популяции. Для врачей-женщин ситуация еще более трагична: их риск суицида выше в 2,5–4,0 раза по сравнению с женщинами в целом. Это делает медицину одной из немногих профессий, где риск суицида среди женщин превышает таковой у мужчин.

По оценкам, в США ежегодно жизнь самоубийством заканчивают от 300 до 400 врачей. Это эквивалентно потере целого медицинского факультета каждый год (Davis, M. A., West, C. P., et al. (2023). Analysis of Suicide Deaths Among Physicians in the US, 2003–2018. JAMA Network Open [13].

Это крупное исследование, проанализировавшее данные за 16 лет в США. Оно подтвердило повышенный риск и показало, что уровень самоубийств среди врачей составляет около 32–40 на 100 000 человек, что значительно выше, чем в общей популяции.

Как же так? Почему врачи не пользуются этими привилегиями? Да потому, что более 80% всех болезней являются психосоматическими по своей природе, а более 90% визитов к врачам, связаны со стрессом или психологией. В этом смысле, врачи психологически неграмотны, и обучены лишь биологическим способам контроля симптомов. При этом сами себе помочь не могут.

Но есть и хорошие новости. В исследовании профессиональной удовлетворенности 99% психотерапевтов сообщают, что их работа является полезной и полной смысла. 95% удовлетворены своей работой. 91% сообщили, что выбрали бы психотерапию своей профессией снова (Arztemonitor 2018) [14]. Немецкие исследования удовлетворенностью профессии показывают, что психотерапевты самые удовлетворенные. Возможно, это связано с тем, что психотерапевты могут помочь и себе. Психотерапия – это единственная профессия в мире, где работа над гармонизацией собственной личностью, является обязательной частью образования. Такого больше нет ни в одной профессии [1; 11].

Психотерапия – очень человеческий метод. Он использует все самое лучшее, что есть в человеке, в самом лучшем его исполнении, все его имеющиеся ресурсы. Психотерапевт, это человек, который мечтает о том, чтобы жизнь клиента становилась лучше. Он изучает жизнь человека, смотрит что в ней не так, что имеет смысл изменить, за счет чего и т. д. и т. п.

Здоровая личность психотерапевта, устанавливая здоровые отношения с пациентом, помогает личности обрести здоровье, корни расстройств которой, лежат в нездоровых отношениях в прошлом. Мы устанавливаем отношения, которые обладают целительной силой, давая любовь и принятие [3; 4; 7].

Конечно, здесь стоит оговориться, что я имею в виду в основном гуманистические и психодинамические методы, где именно отношения имеют такую ценность, а не процедурные методы.

Кстати, психиатрическое обучение и психотерапевтическое выглядят очень по-разному. В психиатрическом в основном знания диагностики, патологии, терапии. Оно очень академическое и рациональное. В психотерапевтическом – самораскрытие, понимание себя, умение строить отношения, развитие эмпатии и т. д. Оно очень эмоциональное и направлено на гармонизацию личности – главного рабочего инструмента.

Итак, коллеги, вопрос превенции суицидов сложен и многогранен. И очевидно требует комплексного подхода.

Наша задача – стать мостом через пропасть одиночества обратно к жизни, к связи, к надежде. Самый мощный инструмент превенции – это не методика, а наша человечность, правильный подход и личный пример.

Для успешной профилактики суицидов, возможно стоит признать, приоритет психологического над соматическим. Так как именного от него зависит образ жизни, который определяет и соматическое здоровье. Ставя психологическое здоровье на первое место, мы ничем не рискуем.

Всем известно, что такое ятрогения – это нанесение вреда неправильными действиями врачей. Но нам нужен эффект салютогении, чтобы пациенты «заряжались» здоровьем от врачей. Поэтому, врачам нужно самим стать примером здоровых людей во всех смыслах. А значит врачей нужно учить тому, что такое жизненное благополучие, жизненный баланс, управление конфликтами в повседневной жизни. Их психологическая грамотность и компетентность должны стать частью образования и активно применять это в собственной жизни.

Все это вращается вокруг понятия жизненного благополучия или способность инициировать, сохранять и развивать высокое качество жизни, несмотря на постоянно появляющиеся жизненные трудности. Жизненное благополучие – это прежде всего менталитет, жизненная философия, система взглядов. Это образ жизни, который наполнен смыслом, содержанием, отношениями и заботой.

Для этого можно практиковать жизненный баланс. Мой дорогой и любимый учитель проф. Носсрат Пезешкиан, немецкий психиатр, психотерапевт иранского происхождения, основатель метода Позитивной и Транскультуральной Психотерапии (1977), говорил «Здоров не тот, у кого нет проблем, а тот, кто умеет их решать». Он открыл прекрасную, простую и культурально дружественную концепцию 4-х основных сфер жизни, которые описывают условия для так называемого жизненного благополучия.

Это сфера тела/здоровья, деятельности/ достижений, контактов/отношений и смысла/будущего (рис. 1) [1; 2; –10]. Эти сферы жизни закрывают все основные человеческие потребности.

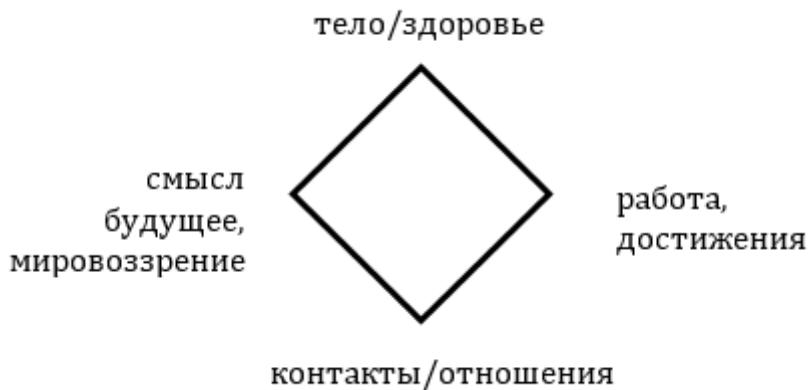


Рис. 1. Четыре сферы жизни по Н. Пезешкиану, 1977

Проще говоря, чтобы поддерживать хорошее качество жизни нужно уметь:

- 1) выглядеть хорошо и иметь хорошее здоровье, уметь получать удовольствие и радость, отдохнуть и восстанавливаться;
- 2) быть профессионалами своего дела и иметь выполнять работу в рабочее время;
- 3) иметь здоровое социальное окружение и уметь дружить;
- 4) обладать внятными смыслами и жизненными целями, хобби, увлечениями и источниками радости.

Другими словами, поддержание в балансе и гармонии всех четырех сфер жизни, является залогом жизненного благополучия. Любой длительный перекос в сферах жизни, непременно ведет в проблемах в дефицитарных сферах [1, 2].

Проблема в том, что современное общество слишком сфокусировано на достижениях. Люди склонны много работать и таким же образом воспитывать своих детей.

Родителей скорее волнуют успехи ребенка в школе, чем его способности дружить, мечтать или творить. Это в свою очередь ведет к тому, что ребенок строит свою самооценку только на достижениях, и начинает психологически от них зависеть: «Я должен быть сильным и успешным», «свои проблемы я должен решать сам», «чтобы тебя любили, ты должен быть успешным» и т. п.

Подобные концепции о себе ведут к повышенному стрессу и высокой уязвимости и зависимости от достижений. Формируемая деформация характера не

может не отразиться на качестве жизни у будущем. Ребенок может научиться хорошо учиться или работать, но быть абсолютно неспособным полноценно жить, иметь другие источники радости, удовольствия и смысла [1; 2].

Кроме того, для предотвращения накапливания психологической боли, детей нужно учить строить контакт и отношения и своевременно обращаться за помощью при необходимости.

Нужно, чтобы они росли с чувством авторства собственной жизни, где окружение приветствует и радуется их творчеству. Это даст им активную и творческую жизненную позицию, способную преодолевать неизбежные трудности с чувством что «я не один».

Наша задача – не ждать, когда человек сломается под грузом не проговорённого, а строить мосты через пропасть его молчания. Мы должны создавать культуру, в которой забота о психическом здоровье и открытый разговор о трудностях станут нормой.

Вербализация – это не просто слова. Это акт придания формы хаосу внутренней боли. Это перевод токсичной энергии переживания в конструктивный диалог [3].

Нужно учить взрослых быть примером для детей в способности обращаться за помощью – Не важно какие у тебя проблемы, важно то, как ты их решаешь. говорить о проблемах – признак силы и зрелости, а не слабости.

Учитывая такой высокий процент психосоматических расстройств, психотерапевты (не энтузиасты, а профессионалы) должны чаще консультировать пациентов, как на нозологическом, так на донозологическом уровне.

Нужно популяризировать психотерапию. Визит к психологу или психотерапевту – это такая же забота о здоровье, как визит к стоматологу.

Нужно строить культуру обращения за эмоциональной помощью и делать ее максимально доступной.

### ***Список литературы***

1. Гончаров М.А. Актуальные способы и позитивная психотерапия. Из чего складывается личность / М.А. Гончаров. – М.: ИОИ, 2024. – 250 с.

2. Гончаров М.А. Операционализация конфликтов в позитивной психотерапии / М.А. Гончаров. – М.: ИОИ, 2024. – 180 с.
3. Гончаров М.А. Эмоциональная защищенность и безопасность в практике психотерапевта / М.А. Гончаров. – М.: ИОИ, 2024. – 210 с.
4. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт / Н. Пезешкиан; пер. с англ., нем. – 2-е изд. – М.: Март, 1996. – 336 с.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
6. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. Тренинг в воспитании партнёрства и самопомощи / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина, 1995. – 336 с.
7. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Прогресс, 1992. – 240 с.
8. Пезешкиан Н. 33 и одна форма партнёрства / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина, 1998. – 288 с.
9. Пезешкиан Н. Позитивная психотерапия – транскультуральный и междисциплинарный подход / Н. Пезешкиан, Х. Пезешкиан // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – №4. – С. 63–77.
10. Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии / Х. Пезешкиан. – Архангельск: Изд-во АГМИ, 1993. – 116 с.
11. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: 14.00.18: дис. ... д-ра мед. наук / Х. Пезешкиан. – СПб., 1998. – 83 с.
12. Почему психотерапевт лучше дружеской «жилетки». 33 совета по использованию своего психотерапевта / М.А. Гончаров, П.С. Фролов, Е.О. Шишова, М.В. Шишов. – М.: ACT, 2014. – 251 с. – ISBN 987-5-17-082239-3.

13. Davis M.A. Analysis of Suicide Deaths Among Physicians in the US, 2003–2018 / M.A. Davis, C.P. West, C.G. Popkave, D.V. Satele, E.F. Berbari, T.D. Shanafelt // JAMA Network Open. 2023. Vol. 6. Iss. 5. P. e2314188. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.14188.
14. Arztemonitor 2018: Eine Standortbestimmung der Ärzteschaft / Stiftung Gesundheit. Hamburg, Deutschland, 2018.
15. Wolberg L.R. The technique of psychotherapy / L.R. Wolberg. 3d edition. N.Y.: Grune & Stratton, 1977. 1400 p.