

ПСИХОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО

ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

План:

- ❑ **АВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ:** понятие, формы, проявления.
 - ❑ **ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ.**
 - ❑ **ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.**
 - ❑ **ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АА:** психологические, социальные, нозологические.
 - ❑ **ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ АА.**
 - ❑ **ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ.**
 - ❑ **РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ЭФФЕКТИВНОМУ СОВЛАДАНИЮ НА ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА.**
 - ❑ **ПАТОГЕНЕЗ АА.**
 - ❑ **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ:** психодиагностика, психопрофилактика, психокоррекция.
-

Источники:

- терминологическое разнообразие (аутодеструктивное, аутоагрессивное, саморазрушительное и т.п.)
- расширение сферы исследований в суицидологии
- результаты эмпирических исследований в области активности, направленной против жизни.

АВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

("а" (лат.) - частица отрицания, "vita" (лат.) - жизнь). биологическая, психическая и поведенческая активность, направленная на сокращение и/или прекращение собственного социального и биологического функционирования; включает в себя как сознательную, так и бессознательную, как внешнюю, так и внутреннюю, как прямую, так и непрямую активность, направленную на сокращение и/или прекращение жизни.

Проявления авитальной активности

- пресуицидальная активность,
 - суицидальная активность,
 - парасуицидальная активность
 - десоциальную активность.
-

1. Пресуицидальная активность

(усиления скрытых и неосознаваемых авитальных тенденций без осознанного стремления прекратить собственное биологическое и социальное функционирование).

- ❑ **синдром ожидания (синдром Асоли)** самый ранний феномен авитальной активности, проявляется в том, что существование "здесь и сейчас" человека не радует и он живёт надеждой на будущее - "сейчас плохо, но потом будет хорошо", поэтому сейчас нужно не прожить, а пережить, человек мечтает "убить сейчас", "убить время", чтобы скорее наступило завтра;
- ❑ **астенические состояния и усталость от жизни** это период, когда жизнь в целом начинает утомлять, желание жить есть, но нет сил;
- ❑ **нежелание жить** жизнь не радует сейчас и нет надежды, что что-то может измениться к лучшему в будущем. фактор безнадёжности - критерий серьёзности суицидальных намерений
- ❑ **желание умереть** теряется смысл и цель жизни, нет надежды на то, что что-либо может измениться к лучшему в будущем, появляются мысли о желательности смерти, мысли о том, что «хорошо бы уснуть и не проснуться».

состояние личности, обуславливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицида.

2. Суицидальная активно

(это когнитивная и поведенческая активность, направленная на сознательное прекращение собственного биологического существования)

- **Суицидальные мысли** знаменует начало суицидальной когнитивной активности, имеющей отношение к представлениям о возможности активного прекращения собственной жизни
- **Суицидальные тенденции** (суицидальные мотивы преобладают над противосуицидальными) когнитивная активность, связанная с представлениями о возможности и желательности собственной смерти и принятием решения.
- **Суицидальная готовность** проявляется в форме необычного поведения, суицидальных угроз - словесного обозначения суицидальных мыслей, тенденций и готовности
- **Суицидальные попытки** у детей - несчастные случаи в связи с отсутствием сформированного представления о смерти, дети воспринимают смерть как состояние, после которого жизнь будет снова продолжаться, только уже без тех проблем, которые толкают ребёнка на суицидальное поведение
- **завершённый суицид.**

симптом перехода авитальной активности в плоскость **суицидальной активности** наличие **суицидальных фантазий**

Суицидальные мысли

ОСНОВНЫЕ ОСОЗНАННЫЕ МОТИВАЦИОННО-КОГНИТИВНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ:

- 1. Альтруистические мотивы** - отражают желание умереть, "чтобы всем было только лучше"; желание избавить окружающих от проблем, связанных с собственным существованием».
 - 2. Аномические мотивы** - отражают потерю смысла и интереса к жизни, утрату внутренней силы для жизни, представления о том, что всё хорошее позади и впереди ничего нет.
 - 3. Анестетические мотивы** отражают представление о том, что только смерть может избавить от внутренних психологических страданий, невозможность больше терпеть ситуацию, невозможность найти другие пути избавиться от бесконечной и мучительной душевной боли.
 - 4. Аутопунитические мотивы** отражают желание наказать себя, представления о недопустимости своего существования, желание быть самому себе и судьёй и палачом.
 - 5. Гетеропунитическая мотивация** отражает желание отомстить кому-то, наказать, причинить боль, страдание, пробудить у окружающих муки совести, создать своей смертью всем проблему.
 - 6. Поствитальная мотивация** отражает надежду на что-то лучшее после смерти, желание умереть "здесь", чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни, желание уйти "туда", к кому-то очень важному в жизни подростка и любимому, мысль о смерти как о пути к новой жизни.
-

Основные **противосуицидальные** защитные мотивационные **комплексы**

- 1. Страх смерти** - один из основных факторов, блокирующий суицидальную активность.
 - 2. Религиозные мотивы** отражают сформированные представления о самоубийстве как о грехе, страх погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения.
 - 3. Этические мотивы** отражают внутреннюю психологическую неприемлемость самоубийства из-за нежелания делать больно родным и близким людям, причинять страдания окружающим, этический императив жить ради тех, кто рядом, невозможность умереть из-за зависящих от него людей (например, детей).
 - 4. Моральные мотивы** отражают представления о самоубийстве как о слабости и трусости, "позорном бегстве", представления о том, что только безвольный человек может покончить с собой, страх осуждения со стороны окружающих, нежелание оставить после себя "плохую память".
 - 5. Эстетические мотивы** отражают восприятие самоубийства как некрасивого поступка, способность человека представить своё тело после самоубийства, невозможность воспользоваться тем или иным способом по чисто эстетическим соображениям.
-

Основные **противосуицидальные** защитные мотивационные **комплексы**

6. Нарциссические мотивы отражают, исходя из определения, любовь и жалость к себе (в положительном смысле этих слов); нежелание умирать, не окончив все дела; представления о том, что ещё многое можно в жизни сделать и пережить.

7. Мотивы когнитивной надежды отражают уверенность в том, что можно что-то сделать, поиск другого выхода, надежду найти другое решение проблемы, убежденность, что выход всё-таки есть и, если он сам не видит его,- это не значит, что выход не знает кто-то другой.

8. Мотивы временной инфляции отражают желание выждать хотя бы какое-то время перед тем, как решиться на такой шаг; надежду, что время - самое лучшее лекарство от всех проблем; убежденность, что на смену чёрной полосе всегда приходит белая; и если проблему нельзя решить - её можно просто пережить.

9. Мотивы финальной неопределённости отражают неуверенность в возможности до конца убить себя, незнание надежных способов самоубийства, опасения, что может получиться так, что вместо того, чтобы умереть - на всю жизнь останешься инвалидом.

3. Парасуицидальная активность

(повышает риск нарушения и прекращения социального и биологического функционирования без сознательной суицидальной активности: аскетическая активность, пренебрежение здоровьем и отказ от лечения, самоповреждения, злоупотребление психоактивными веществами, влечение к риску, антисоциальное поведение).

4. Десоциальная активность

(активность, направленное осознанное ограничение собственного социального и психологического функционирования (уединение, уход в монастырь, обет молчания, обет безбрачия, отказ иметь детей и семью, аддиктивное поведение)).

Особенности суицидального поведения детей

- несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни): представления о смерти от полного отсутствия в сознании ребенка до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.).
- знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких;
- не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование;
- признают возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков;
- отсутствие страха смерти;
- нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия;
- концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11-14 годам, т.е. начиная с этого возраста ребенок по-настоящему осознает ~~реальность и необратимость смерти, а поэтому термин «суицид» и «суицидальное поведение» для раннего возраста малопримем.~~

Особенности суицидального поведения подростков

- “метафизическая интоксикация”, свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти;
- формируется страх смерти, который еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни;
- общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения;
- суицидальные действия чаще имеют демонстративный характер и нередко могут носить черты «суицидального» шантажа; однако эта «игра в самоубийство» часто заходит слишком далеко и может закончиться трагично;
- максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства и подростничества создают ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождают чувство отчаяния и одиночества;

Особенности суицидального поведения подростков

- суицидальные действия, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т.п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими, поэтому чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели;
 - суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации; несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока;
 - поведение амбивалентно: с одной стороны, принимается решение покончить жизнь самоубийством, а с другой – подросток, чаще всего, совершает поступки, которые говорят о том, что он ждет, когда его остановят. Внутренне они готовы к тому, что им окажут помощь;
 - свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям.
-

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АА

Личностные:

- эмоциональная неустойчивость,
 - повышенная внушаемость,
 - сензитивность,
 - эксплозивность,
 - импульсивность
- при завершенных суицидах встречались следующие типы акцентуаций характера – астеноневротический (50,9%), инфантильно-незрелый (21,8%), сенситивный (10,9%), эмоционально-зависимый (9,1%), ограниченно-комформный (7,3%).
-

Психологические детерминанты деструктивного копинг-поведения

- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения;
 - отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие на психозэмоциональное напряжение как на следствие негативного воздействия стрессора с целью его редукации; слабая осознаваемость стрессорного воздействия;
 - низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция; низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля; отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д.);
 - несформированность смыслового и ценностного сознания, узость смысловой сферы сознания, закрытость по отношению к собственным изменениям и изменениям среды.
-

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АА

1) отягощенный семейный анамнез:

- хронический алкоголизм, которым страдали один или оба родителя;
- тяжелые характеропатии и личностные акцентуации родителей, создающие в семье обстановку напряжения;
- патология, наблюдающаяся у родственников и родителей, клинически очерченные депрессии и другие психозы, случаи самоубийства в семьях;

2) система отношений:

- типы воспитания (гиперопека и гипоопека)
 - систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности,
 - незаслуженное наказание или унижения, исходящих от родителей
 - конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.
-

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АА

- дебют шизофренического процесса в детстве (до 12 лет) может оформляться суицидальным поведением.
 - депрессивные состояния (как эндогенные, так и реактивные) и ситуационные реакции на фоне подростковых акцентуаций характера.
 - симптомы сомато-вегетативных расстройств, ипохондрических нарушений, девиантного поведения, дисморфофобические симптомы и проявления метафизической интоксикации как атипичное проявление, маскировка суицидоопасных депрессий;
 - у гипертимного подростка - склонность к риску, пренебрежение опасностью
 - у циклотимного - субдепрессия, аффекты, печаль отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.
 - у эмоционально-лабильных подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа, суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении “что-то с собой сделать”; другим фактором может служить желание “забыться”. Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.
-

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АА

- сенситивные подростки страдают от чувства собственной неполноценности - реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией.
- психастенические подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса.
- с шизоидной акцентуацией характерно применение допингов.
- с эпилептоидной акцентуацией, на фоне аффекта, может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя (порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений). максимум среди наркоманов и токсикоманов.
- истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам.
- интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий.
- конформный подросток может совершить суицид за компанию.

Причины:

- 1) социально-психологическая дезадаптация личности
 - 2) состояние переутомления;
 - 3) уязвленное чувство собственного достоинства;
 - 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;
 - 5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
 - 6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.
 - 7) систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими,
 - 8) ущемление самостоятельности,
 - 9) в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом других наркотических средств,
 - 10) вследствие присущих данному возрасту сексуальных проблем.
 - 11) психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции) (психозы – 10%, пограничные состояния – 15%).
-

Причины:

- 12) в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, измены.
 - 13) дидактогении и исключения по разным причинам из учебного заведения,
 - 14) дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний;
 - 15) конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения;
 - 16) алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.
 - 17) сложная романтическая ситуация,
 - 18) нездоровые отношения со сверстниками, особенно в неформальных группах,
 - 19) боязнь ответственности и стыд за совершенное правонарушение
 - 20) потеря любимого человека;
 - 21) соматические заболевания – 1%.
-

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ (в порядке убывания меры информативности):

- 1) восприимчивость, впечатлительность;**
 - 2) гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов;**
 - 3) низкий уровень самооценки;**
 - 4) стремление к уединению, замкнутость;**
 - 4) уход от неблагоприятных (“нагрузочных”) ситуаций;**
 - 5) примитивность, незрелость суждений;**
 - 6) переживание физического отставания;**
 - 7) снижение толерантности к фрустрациям;**
 - 9) служебные конфликты;**
 - 10) изоляция, отвержение от социального окружения;**
 - 11) затруднения в перестройке ценностных ориентаций;**
 - 12) предшествующие суицидальные высказывания.**
-

ПАТОГЕНЕЗ АА

обусловлен процессом патологического приспособления в силу невозможности самореализации (саморазвития) в соответствии с возрастными особенностями.

Предиспозиционный период (*ненаблюдаемый процесс формирования АА в ходе онтогенетического развития личности, подготавливающий почву для суицида*).

Манифестационный период (*формирование клинически выраженных форм и типов АА в условиях суицидогенного конфликта*).

Предиспозитивный период

пусковой процесс для патологического приспособления: отсутствие эмпатической привязанности, адекватного выражения любви, формы физического и психического насилия – фрустрация индивидуальных потребностей - **детская нарциссическая травма.**

Объект фрустрации –
девиантные детско-родительские отношения.

Два варианта:

● **гиперстимулирование**
нервно-психической
деятельности ребенка

● **гипостимулирование**
нервно-психической
деятельности ребенка

Гиперстимулирование вследствие «избытка любви» (жесткие ригидные поведенческие установки, гиперопека, воспитание по типу «кумир семьи», или постоянные конфликтные отношения)

Гипостимулирование в форме открытого (эмпатическая депривация, гипоопека) или скрытого (формальное общение, игнорирование интересов ребенка) отвержение.

Результат: личность развивается в ситуации ***хронического несоответствия собственных поступков родительским установкам*** – основной ***триггер патологического приспособления*** и предикторов суицидов в будущем.

Патологическое приспособление

внутриличностная переработка детской нарциссической травмы, которая в процессе взросления приводит к диспропорциональному психическому развитию:

Когнитивное Личностное

Функции ускоренно прогрессируют в результате пережитого в детстве травматического события, процесс познания соответствует реальному возрасту.

Эмоционально регрессируют формируя и закрепляя паттерны инфантильного поведения. Эмоциональное развитие останавливается на уровне возраста ПТ. Инфантильные паттерны эмоционального реагирования и поведения не осознаются (депрессия, вина, обида, протест, психологическая боль вытеснены в подсознание) так как ребенок в силу девиантных детско-родит. отношений не в состоянии выразить накопившиеся негативные эмоции. Вытесненная в подсознание агрессия к близким реализуется не поступками, а внутренним хроническим психофизическим напряжением, направленным на подавление этой же агрессии.

Хроническое психоэмоциональное напряжение

формирует

повышенную нейромедиаторную активность мозга с последующим напряжением и **истощением адаптационных резервов** нервно-психической деятельности и

создает условия для

развития **когнитивно-эмоционального дисбаланса** (КЭД) – неадекватного аффективного самовыражения и когнитивного восприятия реальности

результат

формирования **деструктивных стратегий личностного** развития на основе нарушений самоидентификации.

Дисбаланс между биологическим взрослением, развитием потребностей, когнитивных представлений о себе как о взрослом человеке и инфантильными способами эмоционального реагирования и стратегиями преодолевающего поведения – **показатель низкой психологической готовности к совладанию** с трудными ситуациями.

Кризисная ситуация (суицидогенный конфликт)

+

истощенные адаптационные резервы нервно-психической деятельности

+

инфантильные, эмоционально обусловленные и неконтролируемые сознанием паттерны поведения

=

**манифестационный период патогенеза АА
(патологическая аутодеструктивная форма
преодолевающего поведения)**

**развитие аутоагрессивной активности с высокой
вероятностью реализации аутодеструктивных действий**

Механизм развития аутодеструктивной формы преодолевающего поведения

ИСТОЧНИК

нарушения детско-родительских отношений

ВЫЗВАНЫ

патопсихологическими проблемами родителей, наличием у них когнитивно-эмоционального дисбаланса вследствие их собственной нарциссической травматизации

формируется

патологический семейный жизненный сценарий, как **риск** воспроизведения в следующем поколении **суицидогенеза** как формы совладания с кризисной ситуацией: **суицид** воспринимается как более желательный и менее «энергозатратный» способ приспособления, чем другие, конструктивные формы преодолевающего поведения

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- интроектированные в детстве семейные послания: «нас родителей не устраивает то, какой ты есть – будь таким, как хочется нам»
 - сохранение аффективной значимости детской психотравмы
 - (личностная подсознательная переработка образа травмы с формированием фиксированных установок «меня никто никогда не любил», «я никому не нужен», «я не могу реализовать себя», «я не такой как все»)
 - когнитивно-эмоциональный дисбаланс и инфантильные паттерны поведения.
- вызывают**

возникновение новых психотравм, хронический стресс патологическую аутоагрессивную мотивацию в психотравмирующих ситуациях (не будь таким, какой ты есть, иначе ничего не добьешься» - «добиться желаемого можно только тогда, когда меня не будет» - «не жить – это решение всех проблем» - «убей себя), смещение активности (Патологическое приспособление позволяет вытеснить из сознания энергию негативных эмоций детской психотравмы – перестать ощущать психологическую боль. Блокирование осознания эмоциональных переживаний путем подавления трансформирует боль в смещенную активность).

Смещение активности

способ снизить психофизическое напряжение и сохранить гомеостаз (на патологическом уровне функционирования)

Экстернальная форма интернальная форма

(нарушение внешних форм поведения) (нарушения соматической регуляции).

Экстернальная форма - имеет сублимационный характер, социально одобряемые формы (абсолютное послушание, гиперответственность в учебе, страх социального контактирования), либо собственно агрессивные формы (протестные, деструктивные, авитальные).

Интернальная форма – характерна для детей раннего возраста на фоне незрелых механизмов иммунной и вегетативной регуляции – ребенок часто болеет (дыхательная система – как соматизированные эквиваленты тревоги и гнева, энурез – соматизированный вариант гнева и искаженного самовыражения), у подростка – вегетососудистая дистония, заболевания пищеварительной и мочеполовой систем – как соматизация тревоги, гнева, чувства незащищенности.

В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ

ВАЖНО:

- 1. Вскрытие и осознание подростками причин и механизмов формирования подобного поведения.**
- 2. Проведение аналогичного анализа и с родителями подростков.**
- 3. Формирование мотивации на изменение способов реагирования на значимые ситуации (у подростка, который не может конструктивно решить сложные жизненные проблемы, формируется убеждение в том, что справиться с жизненными трудностями невозможно. Это усиливает душевные страдания подростка. А именно душевные страдания и лежат в основе большинства суицидов.)**
- 4. Необходимо вместе с подростком найти и обсудить альтернативные выходы из “безнадежной” ситуации.**
- 5. Для достижения положительного долговременного результата нужен пересмотр и изменение тех психологических потребностей, которые и приводят к суицидальному поведению, либо поиск других путей реализации этих потребностей. Конечная цель – “погасить” своеобразный условный рефлекс, который каждый раз срабатывает на определенное эмоциональное состояние.**
- 6. Чтобы подросток поверил, что в своих проблемах он не одинок, а суицид – не единственный способ решения проблем.**

**Донести мысль до подростка, что самоубийство на самом деле не является “изысканной” или “благородной” смертью “мужественного человека”.
Естественная смерть рано или поздно приходит к каждому, а выбор не спешить умирать требует большего мужества, чем уход из жизни.**

Благодарю за внимание!
