

Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Барнаул – 2014

ББК 88.42-8p30

А 501

Автор-составитель:

Маргарита Анатольевна Алимова – кандидат психологических наук, доцент

Рецензенты:

Лариса Сергеевна Раченкова – кандидат педагогических наук

Юлия Владимировна Трофимова – кандидат психологических наук, доцент

Алимова М.А.

А 501 Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. – 100 с. (Электронный ресурс).

В методических материалах представлен не только теоретический аспект суицидального поведения, но и предложены практические материалы для работы с подростками «группы риска». Данное пособие адресовано психологам разных учреждений, педагогическим работникам, социальным педагогам, специалистам системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а так же всем, кто оказывает помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

ББК 88.42-8p30

© Алимова М.А., 2014

Содержание

Введение.....	5
Раздел 1. Нормативно-правовые основы в работе специалиста по профилактике, диагностике и коррекции суицидального поведения детей и подростков	6
Раздел 2. Причины возникновения и развития суицидального поведения	9
2.1. Основные понятия в области суицидального поведения. Динамика развития суицидального поведения	9
2.2. Причины, мотивы, функции, формы суицидального поведения.....	12
2.3. Факторы суицидального риска	19
Раздел 3. Возрастные особенности суицидального поведения детей и подростков.....	24
3.1. Специфика суицидального поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста	24
3.2. Особенности суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте.....	25
Раздел 4. Практика диагностического исследования суицидального поведения и суицидальных рисков детей и подростков	29
4.1. Теоретические основы психодиагностического исследования суицидального поведения подростка. Обоснование предпочтений социально-психологического инструментария	29
4.2. Этические нормы и рекомендации для специалистов, осуществляющих социально-психологическую диагностику	34
Раздел 5. Деятельность специалистов различных учреждений в области профилактической работы суицидального поведения детей и подростков.....	38
5.1. Критерии эффективности профилактической работы.....	38
5.2. Основные принципы профилактической работы.....	41
5.3. Рекомендации по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков.....	42

Раздел 6. Рекомендации по оказанию социально-психологической помощи	
детям и подросткам, попавшим в трудные жизненные ситуации.....	51
6.1. Рекомендации специалистам по оказанию социально-психологической	
помощи детям «группы риска».....	51
6.2. Рекомендации родителям.....	60
6.3. Рекомендации подросткам.....	61
6.4. Общие рекомендации.....	64
Список литературы.....	75
Приложение 1. Примерная схема социально-психолого-педагогического	
обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида	78
Приложение 2. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков	
(А.Н. Волкова).....	80
Приложение 3. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой).	81
Приложение 4. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков	
Л.Б. Шнайдер)	84
Приложение 5. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королева)	87
Приложение 6. Шкала безнадежности.....	88
Приложение 7. Диагностика враждебности (по шкале Кука–Медлей)	90
Приложение 8. Методика диагностики уровня субъективного ощущения	
одиночества Д.Рассела и М.Фергюсова	92
Приложение 9. «Одиночество» опросник С.Г. Корчагина	94
Приложение 10. Психолого-педагогическое заключение по факту завершенного	
суицида несовершеннолетнего.....	95
Приложение 11. Диагностика суицидального поведения подростков	
(Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний	
личности» для подросткового возраста)	97
Приложение 12. Притчи.....	100

ВВЕДЕНИЕ

Особое внимание уделяется проблеме суицидального поведения. Как известно, суицид занимает третье место в классификации причин смертности у населения (после онкологических болезней и заболеваний сердца). В соответствии с прогнозом ВОЗ в 2020 году приблизительно 1,5 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства и в 10-20 раз большее их число совершит суицидальные попытки.

По данным ВОЗ около 20% самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше.

В России, за последние 6-7 лет, частота суицидов составила 19-20 случаев на 100 тысяч подростков. Средний показатель в мире – 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке стран, где подросткам наиболее свойственно суицидальное поведение.

Важно понять, что подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Период подросткового возраста в психологии характеризуется как кризисный период. Это момент перехода из детства во взрослую жизнь. Подросток – это уже не ребенок, но еще и не взрослый. У него появляется новообразование - «чувство взрослости», а новых смыслов, ценностей взрослой жизни, форм взаимодействия во взрослом мире еще нет. Ведущей деятельностью в этот период является общение со сверстниками. Быть принятым в своем окружении друзьями и одноклассниками становится гораздо значимее и важнее, чем у взрослого человека. Сложный кризисный период подросткового возраста характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребенка, но и появлением огромного количества конфликтов с окружающим миром. Миром пока для него непонятным, неясным, пугающим. Попытка войти в новый, взрослый мир связан с проблемами, который подросток не в силах решить самостоятельно, и не в силах объяснить это окружающим

Самоубийство подростка – чаще всего рассматривается как результат того, что крик о помощи не был услышан вовремя. Но, кроме того, – это поступок, при помощи которого юноша или девушка пытается привлечь к себе внимание.

Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито и импульсивно реагируют на события, чем люди из других возрастных групп. Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида.

В данном методическом пособии представлены не только материалы нормативно-правового характера, регламентирующие деятельность разных специалистов, осуществляющих работу по профилактике, диагностике и оказании психологической помощи подросткам. Но так же представлен практический материал, способствующий проведению диагностических процедур и профилактических мероприятий, направленный на снижение рисков суицидального поведения в подростковом возрасте.

Раздел 1. Нормативно-правовые основы в работе специалиста по профилактике, диагностике и коррекции суицидального поведения детей и подростков

При организации и проведении в различных учреждениях работы по профилактике суицидов необходимо руководствоваться соответствующими нормативными правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации и Алтайского края.

Предложенные в данном разделе материалы носят не только рекомендательный характер, но и способствует созданию целостного представления о важности комплексного межведомственного взаимодействия специалистов, осуществляющих деятельность профилактического, диагностического и реабилитационного характера в области суицидального поведения детей и подростков.

Нормативные правовые акты. Общая часть.

- Конвенция о правах ребенка (Постановление ВС СССР от 13.06.90 №1559-I «О ратификации Конвенции о правах ребенка»).
- Обращение Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 20.07.01 №290-СФ «К Президенту Российской Федерации В.В. Путину в связи с необходимостью учреждения института Уполномоченного по правам ребенка в Российской Федерации».

Конституция РФ, Кодексы РФ:

- Конституция Российской Федерации, 12.12.1993.
- Гражданский Кодекс РФ (ч.1. от 30.11.94 №51-ФЗ; ч.2. от 26.01.96 №14-ФЗ; ч 3. от 26.11.01 №146-ФЗ).
- Гражданский процессуальный Кодекс РФ от 14.11.02 №138-ФЗ.
- Семейный Кодекс РФ от 29.12.95 №223-ФЗ.

В сфере защиты прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, государственной семейной и демографической политики

- Федеральный закон от 24.07.98 №124 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 21.12.96 №159 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
- Указ Президента РФ от 14.05.96 №712 «Об основных направлениях государственной семейной политики».
- Распоряжение Правительства РФ от 24.09.01 № 1270-р «О Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года».

Государственные программы

- Постановление Администрации Алтайского края № 706 от 30.12.2013 г. О государственных программах Алтайского края.
- Постановление Администрации Алтайского края № 703 от 28.12.2013 г. Об утверждении ведомственной целевой программы «Молодежь Алтая» на 2014 – 2016 годы.
- Постановление Администрации Алтайского края № 597 от 02.11.2012г. Об утверждении долгосрочной целевой программы «Дети Алтая» на 2011 – 2015 годы.
- Постановление Администрации Алтайского края № 404 от 15.09.2010 г. Об утверждении долгосрочной целевой программы «Демографическое развитие Алтайского края на 2010 - 2015 годы.

Федеральный уровень:

Основными нормативными документами по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних являются:

- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 22-06-86 от 26.01.2000 г.
- Письмо МО РФ «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков» № 03-51-102ин/22-03 от 29.05.2003 г.
- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 01-130/07-01 от 20.09.04 г.
- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида и суицидального поведения среди детей и подростков» №01-29/1218 от 18.07.06 г.
- Решение Коллегии МО РФ «Об обеспечении психологической безопасности образовательной среды в профилактике кризисных состояний учащихся» от 08.06.07 г.
- Приказ МО РФ «Об усилении мер профилактики суицидального поведения среди обучающихся» № 01-08/4097 от 09.12.08 г.

Региональный уровень:

- Приказ Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, № 2571 от 17.06.2009. О повышении эффективности профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди учащихся общеобразовательных учреждений.
- Приказ Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, № 2371 от 17.06.2009. Внедрить в практику работы с несовершеннолетними программы, направленные на формирование законопослушного поведения и навыков здорового образа жизни («Полезные привычки. Полезные навыки. Полезный выбор»; «Все цвета кроме черного»; «Мой выбор», авт. В.И. Колупаева; «Здоровье», авт. Касаткин В.Н.; «Не допустить беды», авт. Макеева А.Г.; образовательный модуль «Твое здоровье»).
- Приказ Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи № 525 от 05.03.2011 г. О повышении эффективности

профилактики семейного неблагополучия, суицидального поведения детей и подростков.

Некоторые аспекты организации документирования работы по профилактике суицидального риска в системе образования

В письмах Министерства образования «О проведении Всемирного дня предотвращения самоубийств», «О профилактике и раннем выявлении суицидального поведения детей и подростков», «О мерах по профилактике суицидов среди детей и подростков» рекомендуется специалистам социально-педагогической и психологической службы все мероприятия по данной проблеме отражать в следующей документации:

- тематический план работы месячника по предотвращению самоубийств среди детей и подростков. План включает мероприятия для учащихся, родителей, педагогов. Содержание данного плана входит в состав плана воспитательно-профилактической работы СППС и плана работы педагога-психолога на год;
- аналитический отчет о проведении месячника (отчет о проведении мероприятий, количестве учащихся и родителей, принявших в них участие, направляется учреждением образования в отдел образования);
- банк данных об учащихся группы суицидального риска (средняя и высокая степень риска);
- индивидуальные психодиагностические материалы учащихся группы суицидального риска, которые хранятся до выпуска обучающихся из учреждения образования;
- программы индивидуального сопровождения учащихся группы суицидального риска;
- рекомендации родителям, педагогам, классным руководителям по взаимодействию с учащимися группы суицидального риска;
- просветительские материалы для учащихся, родителей, педагогов-предметников, классных руководителей по профилактике суицидов, пропагандирующие ценность жизни, позитивное мировосприятие (входят в методическую копилку педагога-психолога);
- сценарные планы и разработки воспитательно-профилактических мероприятий (конкурсов творческих работ учащихся, массовых праздников, в том числе психологической направленности, конференций, дискуссий и др.). Такие мероприятия могут проводиться как самостоятельно педагогом-психологом, так и совместно с другими специалистами социально-педагогической сферы, отделения реабилитации, социально-психологической службы.

Раздел 2. Причины возникновения и развития суицидального поведения среди детей и подростков

2.1. Основные понятия в области суицидального поведения

Динамика развития суицидального поведения

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни). Психологический смысл такого явления, чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой человек волей неволей оказался.

Отечественная наука трактует **суицид** как действия, содержащие в явном или неявном виде намерение лишения себя жизни. Так же существует термин «пубертатный суицид». Им обозначают целое явление, это - подростковые самоубийства.

Ряд отечественных исследователей (А.Г. Амбрумова, Е.М. Бруно, Н.Д. Кибрик и др.) отмечают принципиальное отличие суицида подростка от суицида взрослого человека. Согласно концепции А.Г. Амбрумовой, **суицид** рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Наряду с этим выделены самоубийства (истинные суициды) и попытки самоубийства (незавершенные суициды). Бруксбэнк говорит о суициде и парасуициде. Он определяет суицид как намеренное самоубийство, а парасуицид как акт намеренного самоповреждения, не приводящий к смерти.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности. Оно включает в себя суицидальные мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные покушения и попытки. При истинном суицидальном поведении намерение лишить себя жизни не только обдуманно, но и нередко долго «вынашивается».

Под **суицидальными мыслями** понимают мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении. **Суицидальные тенденции** — более общее понятие, которое включает как суицидальные мысли, так и суицидальные побуждения, когда человек испытывает позывы к самоубийству. Термин **суицидальная попытка** обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом. Понятие **абортивной суицидальной попытки** чаще используется в медицинской практике и характеризует случаи, когда индивид близок к тому, чтобы совершить суицид, но изменяет свои намерения непосредственно перед совершением суицидального акта. Наконец, под **завершенным суицидом** понимают смерть от нанесенных самому себе повреждений.

К **суицидальным покушениям** относят все суицидальные акты, не завершившиеся летальным исходом по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К **суицидальным проявлениям** относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

О приближении суицида свидетельствует **пресуицидальный период**. Его длительность варьируется от нескольких секунд до нескольких лет. Чаще всего он проявляется в подростковом возрасте и у взрослых людей, которые имеют тенденцию к суицидальному поведению в трудных жизненных ситуациях. Этот период является ранней стадией суицидального поведения, и может быть проявлением незавершенных суицидальных действий, а также предшествовать суициду.

Таблица 1

Классификация суицидального поведения

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ	ФЕНОМЕН ПЕРЕЖИВАНИЯ	ПЕРЕЖИВАНИЕ/ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АКТЫ
1. ПРЕСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД -может длиться секунды; -может длиться годы (самый длительный период)	1. Синдром ожидания (здесь нет намерений суицида).	АНТИВИТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ (Переживание отсутствия ценности жизни)
	2. Осознанное отсутствие интереса к жизни (депрессия).	
	3. Осознанное желание умереть.	ВНУТРЕННЕЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
2. СУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Суицидальные мысли (замыслы); ✓ Суицидальные намерения; ✓ Суицидальная готовность; ✓ Суицидальные угрозы; ✓ Суицидальные попытки; ✓ Завершенный суицид. 	ВНЕШНЕЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
3. ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	<p style="text-align: center;">Оценивается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • По отношению к суициду; • По времени 	

Период пресуицида характеризуется следующими особенностями: у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жить не стоит, устал от такой жизни», «когда все это кончиться?», «достало все!», и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, но имеется само отрицание жизни. Такие суицидальные формы бывают свойственны всем людям в тех или иных ситуациях.

Если процесс продолжается, то на следующем этапе пресуицида мы видим пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например: «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться», «хорошо бы заболеть какой-нибудь страшной

болезнью!», и тому подобные размышления, выражающие внутреннюю готовность человека к суициду.

На третьем этапе предсуицидального периода возникает осознанное желание умереть. Для этого периода характерно наличие суицидальных замыслов. В этот момент происходит разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия.

Этап, в котором проявляются суицидальные намерения, суицидальные мысли, суицидальная готовность, суицидальные угрозы, т.е. период, когда принято решение о самоубийстве – называют собственно **суицидальным периодом**.

Таким образом, пресуицидальный и суицидальный периоды - это этапы, характеризующие подготовку человека к совершению самоубийства в той или иной форме.

В отечественной и зарубежной литературе наиболее часто используют такую классификацию суицидального поведения: демонстративное поведение, аффективное поведение и истинно суицидальное поведение.

Демонстративное поведение

В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать как ему трудно справляться в жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишиться себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения

Аффективное суицидальное поведение

Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций относятся к аффективному типу. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции - обида, гнев, - затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение

Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Подросток готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыгиванию с высоты.

Самоубийство - слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому, чаще всего, решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации.

2.2. Причины, мотивы, функции, формы суицидального поведения

Причины суицида очень сложны и многочисленны. Их можно искать в биологических, генетических, психологических и социальных сферах человека. Несмотря на то, что подростки обычно совершают суицид в экстремальных ситуациях, таких, как публичное унижение, проблемы в учебе, предательство, большинство экспертов предполагает, что это скорее повод для совершения суицида, чем его причина.

Э. Шнейдман выделяет такие общие черты, свойственные всем суицидентам:

- **Общая цель всех суицидентов – поиск решения.** Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные переживания.
- **Общим стимулом при суициде является невыносимая психическая (душевная) боль.** Боль рассматривается как мучение, душевные страдания и терзания. Невыносимая душевная боль является тем, от чего хочется избавиться или убежать. Никто не совершает суицид от радости.
- **Общей суицидальной эмоцией является беспомощность.** В суицидальном состоянии человек испытывает состояние безнадежности, бессилия, беспросветности, уныния, нередко депрессии.
- **Общим внутренним отношением к суициду является двойственность (амбивалентность).** Это одновременное переживание двух противоположных чувств, например, любовь и ненависть. Каждый суицидент хочет умереть, но так, чтобы его спасли.
- **Общим действием при суициде является бегство (агрессия).** Смыслом самоубийства является избегание чего-то. Так по его мнению можно кардинально изменить свою жизнь.
- **Общей закономерностью является соответствие общему стилю поведения в жизни.**

И.В. Конончук выделяет три основные функции суицида:

1. Обращение, своего рода «крик о помощи».
2. Уход от разрешения проблем, «выключение из невыносимо тяжелой жизненной ситуации».

3. Отреагирование, как способ снятия эмоционального напряжения.

Г. Сейр, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил четыре основные причины самоубийства:

- **изоляция** (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);
- **беспомощность** (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);
- **безнадежность** (когда будущее не предвещает ничего хорошего);
- **чувство собственной незначимости** (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

В литературе можно встретить описание различных причин суицидов подростков.

1. Конфликт в личной жизни.
2. Одиночество.
3. Воздействие искусства.
4. Неразделенные чувства.
5. Нестандартная ориентация.
6. Разрушение этнических традиций.
7. «Самоубийства заложены в генах».

С.В. Бородиным и А.С. Михлиным была предпринята попытка классификации основных суицидальных мотивов, в числе которых выделялись следующие:

Лично-семейные:

- семейные конфликты, развод (для подростков — развод родителей);
- болезнь, смерть близких;
- одиночество, неудачная любовь;
- половая несостоятельность;
- оскорбление, унижение со стороны окружающих и т.д.

Состояние здоровья:

- психические заболевания;
- соматические заболевания;
- уродства.

Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

- опасение уголовной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора.

Конфликты, связанные с работой или учебой.

Материально-бытовые трудности.

Другие мотивы.

Вместе с тем, следует иметь в виду, что мотивировки самих суицидентов (изложение мотива суицида в предсмертной записке) редко совпадают с истинными мотивами суицида. Э. Шнейдман, исследовавший предсмертные записки, утверждает, что они оказывались, за редким исключением, совершенно неинформативными.

Мотивация суицидального поведения

А.Г. Амбрумова отмечает, что для правильного понимания суицидального поведения необходимо ответить на два вопроса: почему человек совершил суицид и зачем он это сделал. Ответ на первый вопрос предполагает анализ условий существования суицидента: жизненной ситуации, в которой он находился, его состояния и переживаний, приведших к совершению суицидального акта. Ответ на второй вопрос предполагает изучение мотивов суицидального поведения, целей, которых человек хотел достичь, когда совершал суицидальный акт.

Проблеме мотивации суицидального поведения посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований. В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В.А. Тихоненко, согласно которой выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ».

Суицидальные реакции по типу **«призыва» («крик о помощи»)**. К данной группе относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку. На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Чтобы другие люди поняли, какое сильное отчаяние я чувствую»; «Чтобы получить помощь от других людей». К данной группе также относят демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (супруга, родителей, детей).

При наличии мотивов данного типа индивид, как правило, перед совершением суицидального акта в прямой или косвенной форме сообщает о своих намерениях или угрожает покончить с собой. Суицидальная попытка обычно совершается в присутствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке (например, сразу после акта отравления лекарственными препаратами человек звонит по телефону знакомым и сообщает о своих действиях). Лица, руководствующиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно не думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Мотивы данного типа характерны для лиц молодого возраста с тревожно-мнительными, истероидными или инфантильными чертами.

Суицидальные реакции по типу **«протеста»**. К этой группе относят случаи, когда человек, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия с тем, чтобы выразить свой протест против происходящего. На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Чтобы как-то выразить свой гнев (обиду)»; «Чтобы наказать виновных, чтобы им стало хуже».

Самоповреждающие действия обычно не планируются, носят характер «коротких замыканий», нередко совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста, с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

Суицидальные реакции по типу **«избегания»**. К данной группе относят случаи, когда человек, находясь в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации). На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Ситуация была так невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще»; «Хотел избежать невыносимой ситуации, отвлечься от мыслей о ней». К данной группе также относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку с целью уменьшения негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них (избегание страдания). На вопрос о цели суицидальных действий такие лица отвечают: «Сделал это, чтобы освободиться от невыносимой душевной боли»; «Хотел перестать чувствовать тревогу и отчаяние».

Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50—70% лиц с истинными попытками суицида.

Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп — мужчин и женщин старше 30 лет. Суициды совершаются путем самоповешения, самоотравления. Алкоголь, если и принимается, то после принятия решения о самоубийстве («чтобы было легче решиться на суицид»).

Суицидальные реакции по типу **«самонаказания»**. Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе. На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Хотел наказать себя». В качестве примера можно привести случай больной наркоманией, которая, находясь в состоянии наркотической «тяги», продала большую часть семейных драгоценностей, затем, переживая состояние абстиненции, совершила тяжелую попытку суицида под влиянием чувств стыда и вины за совершенный поступок.

Реакции по типу «самонаказания» характерны для людей (чаще женщин) среднего возраста. Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

Суицидальные реакции по типу **«отказа»**. Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид, руководствуясь стремлением умереть, прекратить свое существование. Обычно эти случаи связаны с потерей смысла существования (например, в связи с потерей близкого человека, тяжелым заболеванием, невозможностью исполнять прежние социальные роли). На вопрос о цели суицида такие лица обычно отвечают: «Сделал это, чтобы умереть»; «Хотел быть с умершим любимым человеком».

Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве.

Реакции данного типа характерны для зрелых лиц старше 40 лет, у которых совершению суицида обычно предшествует выраженное депрессивное состояние.

Необходимо отметить, что у большей части суицидентов на ранних этапах суицидального поведения наблюдается состояние борьбы мотивов: с одной стороны, возникают суицидальные побуждения, с другой — появляются мысли об

обязательствах перед детьми, нежелании доставить горе близким, страх смерти и прочие удерживающие человека от совершения суицидального акта мотивы. Другими словами, суициденты переживают борьбу суицидальных и антисуицидальных мотивов и чем сильнее выражены последние, тем меньше вероятность совершения суицидального акта.

Американская исследовательница М. Лайнхен выделила шесть групп мотивов, по которым лица с суицидальными тенденциями могут удерживаться от совершения самоубийства:

1. Убеждения в необходимости преодоления проблемы («Как бы плохо я себя ни чувствовал, я всегда уверен, что еще не все потеряно»).

2. Ответственность за семью («У меня есть обязательства перед моей семьей»; «Я очень сильно люблю мою семью и никогда не оставлю их»).

3. Забота о детях («Дети нуждаются во мне, я должен жить ради них»).

4. Страх суицида («Я боюсь смерти и неизвестности»; «Я боюсь, что останусь в живых после попытки покончить с собой и стану инвалидом»).

5. Страх социального отвержения («Меня беспокоит, что другие станут считать меня слабым и никчемным, если я попытаюсь покончить с собой»).

6. Моральные и религиозные установки («Мои религиозные убеждения запрещают совершать суицид»).

Следует помнить, однако, что в состоянии интенсивных негативных переживаний влияние антисуицидальных мотивов на поведение суицидента снижается.

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста

(А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, 1985, 1989)

1. Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания. В анамнезе — жесткое авторитарное воспитание.
2. Эксплозивная реакция (чаще средний подростковый возраст). Характерны: аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе — воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Цель суицидальных действий в этом случае — стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.
3. Реакция самоустранения (средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости). Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Цель суицидальных действий в этом случае — уход от трудностей.

На разных этапах подросткового возраста — раннем (12–14 лет), среднем (15–16 лет) и старшем (17–18 лет) существуют свои особенности формирования и

проявления суицидального поведения, связанные со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными качествами.

В младшем подростковом возрасте суицидальные проявления, как правило, не планируются заранее, попытки самоубийства совершаются при помощи первых попавшихся под руку средств, в ситуациях угрозы наказания. У этой группы подростков покушения на самоубийство не имеют тяжелых медицинских последствий. Это не истинное стремление к смерти, а желание избежать конфликта, устранившись от трудной ситуации.

В средней возрастной группе суицидальные проявления характеризуются демонстративными самоповреждениями, попытками, имеющими целью отомстить обидчику, наказать окружающих. Часты попытки суицида в состоянии аффективного напряжения, в кульминационные моменты конфликта, и медицинские последствия таких покушений часто бывают тяжелыми. Для подростков данной возрастной группы характерны приступы раздражительности и злобности, эмоциональной неустойчивости, жажда чувственных (сенсорных) переживаний, в сочетании с бедностью интересов, ограниченностью кругозора, неадекватным реагированием на различные ситуации обмана, крушения надежд, неудачи. Такие подростки еще неустойчивы к стрессам, практически не владеют навыком самоконтроля.

Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. В описанных типах 1—4 агрессивный компонент уменьшается. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них — скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов. Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего — конфликты со сверстниками и в школе. Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

Анализируя все вышесказанное, выделим **формы суицидального поведения:**

1. “Протестные” формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл в отрицательном воздействии на объективное звено. **“Мечь”** - конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. При поведении типа **“призыва”** смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

3. При суицидах **”избегания”** суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самооценнность. Смысл - избегание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4. **“Самонаказание”** можно определить как “протест во внутреннем плане личности” конфликт при своеобразном расширении “Я” интериоризации и сосуществовании 2х ролей: **“Я - судьи”** и **“Я - подсудимого”**, уничтожение в себе врага.

5. При суицидах **“отказа”** мотивом является отказ от существования, а целью - лишение себя жизни.

Группа риска среди подросткового возраста:

- Подростки, имеющие предыдущую (незаконченную) попытку суицида (парасуицид).
- Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).
- Подростки, у которых в роду было суицидальное поведение и суициды.
- Алкоголизированные подростки. Риск суицидов очень высок. Среди молодых людей его вклад может быть до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях, способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.
- Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психо-активные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением подростка, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.
- Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).
- Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).
- Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после потери.
- Подростки, у которых выраженные семейные проблемы: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т.п..

Специалисты (педагоги-психологи, социальные педагоги), сталкивающиеся с этими группами должны остерегаться упрощенного подхода или чрезмерно быстрых заключений. Подростки могут попасть в группу риска, что еще не означает их склонности к суициду. Необходимо подчеркнуть, что не существует какой-либо одной причины или мотива самоубийства. Тем не менее, ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. С особой бдительностью следует принять во внимание сочетание опасных сигналов, если они сохраняются в течение определенного времени. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего специалиста.

2.3. Факторы суицидального риска

При анализе факторов, способствующих развитию суицидального поведения, выделены две большие группы: **групповые факторы риска** и **индивидуальные факторы риска** (Е.В. Бачило).

Фактором, который является достаточно общим для мировой практики, — распределение суицидентов по **полу**. К примеру, взрослые мужчины чаще склонны к суицидальному поведению, чем женщины. В подростковом возрасте, по статистике, девушки чаще демонстрируют суицидальное поведение, чем юноши. После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Суицидов у мальчиков встречается больше, чем у мужчин.

Важное значение имеет такой фактор, как **возраст** суицидента. В США и европейских странах имеются определённые пики частоты суицидов — в подростковом возрасте (15 – 19 лет) и пожилом возрасте (60 – 75 лет). Эти пики условно называют «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно. В России также выделяют два «пиковых» периода: для парасуицидов — подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов — пожилой и старческий.

Фактор **страны**, немаловажный фактор. Многие исследователи указывают на то, что в развитых странах количество суицидентов выше, в сравнении с менее развитыми странами. Печальное лидерство по количеству суицидов на 100 000 жителей страны принадлежит США, Канаде, Индии, а из европейских стран — Венгрии, Швеции, Швейцарии, Дании.

И.Е. Марина, в своем исследовании указывает на то, что, в настоящее время, суицид занимает третье место среди причин смертности после несчастных случаев и убийств в Российской Федерации. По количеству завершённых самоубийств Россия вышла на одно из первых мест в мире, поскольку в ней количество суицидов в два раза превышает показатели, определённые Всемирной организацией здравоохранения (более 40 случаев на сто тысяч населения). По данным многочисленных исследований, на одно завершённое самоубийство приходится от 10 до 20 суицидальных попыток (т.е. незавершённых суицидов), что свидетельствует об угрожающей тенденции, связанной с добровольным уходом из жизни. Особую проблему представляет подростковый суицид.

Широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биологические (генетические), психолого-психиатрические и социально-средовые факторы суицидального риска.

В работах, посвященных изучению суицидов среди близнецов и усыновленных детей, была показана важная роль **генетических факторов** в формировании предрасположенности к самоубийству. Например, было показано, что однояйцевые близнецы, у которых 100% генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем двужайцевые близнецы, у которых совпадают только 50% генов. Исследования суицидов среди приемных детей показали, что лица с суицидальным поведением значительно чаще имеют биологических родственников, также совершивших самоубийство.

Психолого-психиатрические факторы суицидального риска

Важнейшими психологическими и психиатрическими факторами суицидального риска являются: наличие психического заболевания; индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению; эпизоды суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом.

Наличие **психического заболевания** является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения самоубийства. Риск суицида наиболее высок при таких психических заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, личностные расстройства.

По разным данным, 29-88% людей, осуществивших завершённые суициды, страдали от *депрессии*. Самоубийство — основная причина повышенной смертности лиц с депрессией. Риск смерти в результате суицида у лиц с депрессивными расстройствами составляет 12-20% (А.Г.Амбрумова). Депрессия диагностируется примерно у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства.

Шизофрения является другим психическим заболеванием, повышающим вероятность совершения самоубийства. Суицидальный риск в этой подгруппе в 30—40 раз выше, чем в общей популяции. Примерно 10—12% больных шизофренией погибают в результате самоубийства. Зарубежные исследователи выделяют следующие факторы, повышающие уровень риска самоубийства у больных шизофренией: частые госпитализации в психиатрический стационар, высокая импульсивность, суициды среди членов семьи или родственников, наличие психотических и депрессивных симптомов.

Высокий уровень суицидального риска также отмечается при *зависимости от алкоголя или наркотических веществ*. По данным разных зарубежных авторов, злоупотребление алкоголем или наркотиками отмечалось у 30—55% лиц, погибших в результате самоубийства. Отечественные исследователи отмечают, что 7—15% больных алкоголизмом умирают в результате самоубийства, при этом наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего возраста (Д.И. Шустов).

Большое число работ посвящено выявлению *индивидуально-психологических особенностей*, предрасполагающих к суицидальному поведению.

Например, М.В. Смирнова (2011) указывает на то, что суицидальное поведение детерминировано множеством факторов, среди которых личностным характеристикам отводится существенная роль. Так А.Г. Амбрумова (1989) отмечает, что личность со всеми ее индивидуальными особенностями представляет собой стержневую основу для понимания суицидального поведения как проявления социально-психологической дезадаптации. Среди личностных индикаторов суицидального поведения, в результате научных исследований, выделены:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- категоричность;
- незрелость суждений;
- неблагополучие коммуникативной сферы;

- неадекватная возможностям личности самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение и утрата ценности жизни;
- перфекционизм,
- когнитивная ригидность;
- дихотомичность мышления и др.

Одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства являются *прошлые попытки суицида или парасуицидальные эпизоды*. Некоторые зарубежные авторы отмечают, что у лиц с суицидальными попытками наблюдается 20—30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей картиной для всего населения. По данным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства (Г.В. Старшенбаум).

Социально-средовые факторы суицидального риска

Среди наиболее значимых социально-средовых факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства, выделяют влияние тяжелых стрессовых событий (потеря близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или сексуальное насилие и др.), определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянной работы и др.), доступность высоко летальных средств суицида.

Наиболее частые *стрессовые события*, провоцирующие суицидальное поведение, — смерть близкого человека, развод или разрыв отношений с любимым человеком, различного рода межличностные конфликты, смерть или тяжелое заболевание ребенка, потеря работы или невозможность найти работу. По данным отечественных исследователей, около 2/3 всех самоубийств происходит под влиянием причин личностно-семейного характера. При этом у молодых лиц в возрасте 16-20 лет наиболее частой причиной самоубийства являются неудачные любовные взаимоотношения, у лиц в возрасте 30-40 лет — различные семейные конфликты, у пожилых людей старше 60 лет — потеря близких и одиночество.

В ряде исследований было установлено, что пережитое в прошлом физическое или сексуальное насилие значительно повышает уровень риска совершения самоубийства. Исследование, проведенное в Нидерландах на материале 1490 подростков, показало, что у лиц, переживших сексуальное насилие, значительно чаще наблюдались суицидальное поведение, депрессия и другие виды пограничных психических расстройств, чем у их сверстников без травматического опыта. В другом исследовании было показано, что у женщин, госпитализированных с попытками самоотравления, значительно чаще отмечалось пережитое в прошлом сексуальное насилие, чем у женщин, госпитализированных по другим причинам.

Важным фактором, влияющим на суицидальное поведение, является **религия**. У верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у людей без устойчивых религиозных убеждений. Характер религиозных убеждений также влияет на показатели самоубийств. В странах, большая часть населения которых

исповедует ислам или католицизм, наблюдается более низкий уровень суицидов по сравнению с другими странами, особенно теми, где доминирующую роль играет протестантство. Исследование самоубийств среди представителей различных этнических групп в Сингапуре показало, что самый низкий уровень самоубийств отмечается среди этнических малайцев — приверженцев ислама, в то время как наибольшее число самоубийств отмечается среди этнических индусов — последователей индуизма, не накладывающего строгих запретов на самоубийство.

Используемый *способ суицида* — основной фактор, определяющий вероятность летального исхода попытки самоубийства. В России часто используемыми методами самоубийства являются самоповешение, отравление (в первую очередь медикаментозными препаратами), использование холодного оружия и падение с высоты. В США примерно в 2/3 всех случаев суицидов используется огнестрельное оружие. В Англии частым способом совершения самоубийства является отравление автомобильными выхлопными газами. В Китае наиболее распространенный метод совершения самоубийства — отравление пестицидами. Установлено, что ограничение доступа населения к высоко летальным средствам суицида (например, огнестрельному оружию), приводит к снижению уровня завершенных самоубийств.

В заключение необходимо отметить тесную взаимосвязь биологических, психолого-психиатрических и социально-средовых факторов в процессе формирования суицидального поведения. Например, влияние генетических факторов на суицидальное поведение может опосредоваться психологическими и социально-средовыми факторами. У генетически отягощенных индивидов часто отмечается склонность к социальному поведению, провоцирующему возникновение специфических стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут вызывать депрессию и суицидальные реакции.

Факторы детского и подросткового суицида

1. Одним из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте выделяют неблагоприятную семейную обстановку. Разрушительность семейного уклада отмечена практически всеми отечественными учеными, исследовавшими проблему детского суицида.
 - Ситуация длительного конфликта в семье или ситуации развода родителей. Подростку нелегко выдерживать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию».
 - Утрата значимой привязанности, например, смерть мамы или любимой собаки для ребенка становится нелегким испытанием.
 - Отсутствие в семье «значимого взрослого». В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.
2. Психологическая неадекватность в воспитании. Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях, а также

неустановленных отношений в рядах воинских частей, лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

- назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;
 - наличием факта психологического или сексуального насилия;
 - наличием фактов физического насилия.
3. Подростковое одиночество. В групповых социально-психологических исследованиях (например, социометрии) попадают в группу «отверженные», «козлы отпущения» и др.
- В начальной школе (7-9 лет), статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливостью, неопрятностью, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;
 - В среднем звене (10-14 лет), статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, неуспешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики.
 - Для юношеского периода (14-18 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку.
4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии, в сравнении со сверстниками.
- Раннее интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами в развитии. В норме, для девочек, проявление половых признаков происходит к 11 годам, - у мальчиков – после 13 лет.
 - Дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным гармоничным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей, характерен для внешнего вида подростка, интенсивный и непропорциональный увеличения внутренних органов, провоцирует эмоциональные перепады. Наблюдаются гормональные перепады и взрывы у подростка
 - Яркая картина акцентуаций в подростковом возрасте.
5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для детской агрессивности характерна вспыльчивость, мгновенность, импульсивность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:
- высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;
 - высокий уровень нервно-мышечного напряжения;
 - высокий уровень внушаемости;
 - бескомпромиссность (черно белый мир, наличие категорий только «да» и «нет», мир крайностей без полутонов).

Для подростков характерна бурная реакция на неудачу, гнев, бравада, девиации.

Раздел 3. Возрастные особенности суицидального поведения детей и подростков

3.1. Специфика суицидального поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста

Понятие "смерть" в детском возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие смерти возникает у детей уже между 2 - 3 годами, и для большинства она не является пугающим событием.

В дошкольном возрасте дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду. Вместе с тем, смерть близких, домашнего животного или сверстника из-за особенностей мышления и ограниченности опыта осознается ребенком как результат его желаний, что нередко приводит к сильному чувству вины. Возникающие печаль и грусть очевидны, но продолжаются недолго. Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В младшем школьном возрасте дети считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим. В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.

Отличительной особенностью детского возраста является отсутствие страха смерти ввиду несформированности самого понятия смерти. По мнению большинства исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11—14 годам. Как же формируется представление о смерти у детей? Оно проходит несколько этапов: от полного отсутствия представления о смерти до формального знания о ней. Но смерть для ребенка является понятием отвлеченным, он никак не связывает его ни со своей личностью, ни с личностью близких. У ребенка не сформировано представление, что смерть необратима. Он считает, что какое-то время его не будет, а потом он опять вернется.

Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения; иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеетотягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания — гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще

всего связаны с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения.

3.2. Особенности суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте

Суицидальное поведение на разных этапах онтогенетического развития имеет свои особенности. Выделяется два основных «пика»: «пик молодости» – от 15 до 23 лет и «пик инволюции» - после 40 лет. Наибольшим своеобразием, как показывают опыт и данные многочисленных исследований, характеризуются детско-подростковый этап и инволюционные периоды жизни человека.

Анализ суицидальных проявлений подростков показал, что суицидальное поведение в этом возрасте, хотя и имеет много общего с аналогичным поведением у взрослых, все же несет в себе возрастное своеобразие. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и личности в период ее становления.

Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны.

Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, гоня на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно - шантажирующим аутоагрессивным (агрессия, направленная на самого себя) поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на “второе рождение” характерно для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти 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. Ребенок признает 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 является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также

возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. “Метафизическая интоксикация”, свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. 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.

Кроме критерия осознанности намерения лишить себя жизни, для определения истинности покушения на самоубийство у взрослых анализируются способы реализации суицида и особенности поведения суицидента.

Анализируя суицидоопасные конфликтные ситуации, можно предположить, что для ребенка или подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако, некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства и, создавали ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождали чувство отчаяния и одиночества. Все это делало даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и, особенно для подростка, что подчас недооценивалось окружающими взрослыми. Все это обуславливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте.

Если среди взрослых суицидентов со значительным перевесом (1/3) преобладают мужчины, то в подростковой среде — ситуация обратная: среди девочек выявилось почти в 2,5 раза больше потенциальных самоубийц, чем среди мальчиков того же возраста (3,9% против 1,6%). Дело здесь, по-видимому, не в половых различиях, а в опережающем развитии девочек в этом возрастном диапазоне.

Влияние возрастного фактора на суицидальный синдром достаточно явно прослеживается в следующих данных: влечению к смерти в острой форме подвержены 1,3% 10—11-летних подростков, 1,9% — в возрасте 12—13 лет, 2,7% — 14—15-летних и 4,5% — в возрасте от 16 до 18 лет. Объяснение этого феномена кроется в «пересоциализации» личности с детской модели взаимоотношений с окружающим социальным миром на взрослую, более ответственную модель поведения. Девочки же, раньше взрослея, острее чувствуют на себе этот процесс.

В генезе суицидального поведения в подростковом возрасте также существенно влияние семейного фактора. Отец и мать, по данным исследования, являются идеалом лишь у 21% «проблемных» подростков, в группе «нормальных» мальчиков и девочек этот показатель составляет 41% (для отца) и 56% (для матери). Наибольшим доверием у подростков пользуются мамы (77% всех опрошенных мальчиков и девочек). Однако чем сильнее у подростка выражен суицидальный синдром, тем реже он доверит свои тревоги даже матери, еще реже отцу (23—29%). Потеря доверительной связи с родителями — вот один из сильнейших стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о самоубийстве мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим

родителям. Хорошие взаимоотношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1%, наоборот, постоянные ссоры ведут к увеличению этого риска до 18%. Но болезненнее всего дети воспринимают даже не конфликты с родителями, а их холодное безразличие к себе. Смертельный холод одиночества чувствуется в ответах 17% маленьких людей, когда они говорят, что в тяжелые минуты своей жизни они не хотят (или не могут) обратиться за помощью ни к кому. Нет, стало быть, среди десятков окружающих людей — родных, близких, приятелей и учителей — ни единого человека, с кем маленький человек смог бы разделить свою большую боль, облегчить душу, получить лечебное сочувствие или полезный совет.

Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Суицидоопасна в этом возрасте и скрытая депрессия. По мнению многих исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет ее диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Основные мотивы суицидального поведения детей:

32% — обида;

30% — протест;

38% — одиночество, стыд, недовольство собой.

Соотношение попыток и смертей у подростков — 50 : 1. Соотношение суицидальных попыток девочек и мальчиков — 2,5 : 1. Среди демонстрационных попыток это соотношение составляет 4,3 : 1. До 19 лет среди суицидентов больше девочек. Состояние подростков, совершивших суицидальную попытку, определяется «следами» пережитой психотравмирующей ситуации, динамикой психического состояния после суицида, особенностями личностно-характерологического реагирования, дополнительными переживаниями, связанными с суицидальной попыткой и соматическими последствиями попытки, семейным микроклиматом и обстановкой в окружающей среде.

Закономерно, что у исследователей проблем суицида подростков встает вопрос, кто чаще всего совершает суициды. Кто из подростков входит в “группу риска”? Кто подвергается риску? Хотя определить, какой тип людей “суицидоопасен”, невозможно, известно, что одни подростки подвергаются большему риску совершить самоубийство из-за специфических ситуаций, в которых они оказались, и специфических проблем, которые перед ними стоят. Вот кто находится в зоне повышенного суицидального риска:

- депрессивные подростки;
- подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- подростки, которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- одаренные подростки;

- подростки с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девочки;
- подростки, жертвы насилия.

Взятая в отдельности, сама по себе, каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что подросток, с ней столкнувшийся, обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложняют ему жизнь. У молодого человека, находящегося под прессом хотя бы одной из этих ситуаций или проблем, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид может стать для него единственным приемлемым выходом.

Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. У всех лиц были обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создают предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.

Подводя итоги, отметим специфичные для подростков проявления.

- У подростков нет по настоящему осмысленной картины смерти. Взрослый человек осознает, что смерть – это конец жизни, а подросток до конца не понимает этого. Для них это в какой-то мере виртуальная игра.
- Для подростков важны три сферы: семья, школа, ровесники.
- Причина самоубийства в подростковом возрасте может быть на первый взгляд незначительной, пустяковой или даже случайной.
- На формирование суицидального поведения подростка может оказать подростковая субкультура.
- У подростков могут отсутствовать стадии, предшествующие собственно суициду, т.е. идеи и намерения.
- Подростку очень трудно вербализовать (объяснить) что с ним происходит, описать свое состояние или проблему.
- Для подростка, нередко, страшнее жить в той реальности, которая у него есть, нежели умереть.
- Подростковый суицид – это чаще всего крик о помощи, попытка обратить на себя внимание, попытка решить свои проблемы «по-взрослому».

Раздел 4. Практика диагностического исследования суицидального поведения и суицидальных рисков детей и подростков

4.1. Теоретические основы психодиагностического исследования суицидального поведения подростка. Обоснование предпочтений социально-психологического инструментария

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы: 1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний; 2 - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида. Широкое распространение получили клинические опросники, которые, чаще используют в медицинской психологии и психотерапевтической практике.

Целью методических рекомендаций является подбор такого диагностического материала, который позволил бы оперативно быстро получить информацию о суицидальном поведении детей и подростков. При этом количество затраченного времени для проведения диагностических процедур было оптимальным.

Таким образом, критериями для отбора диагностического инструментария стали такие показатели, как краткость, лаконичность, информативность, простота в обработке, минимальное количество времени на обработку персональных данных. Методический материал представлен в виде анкет, таблиц и миниопросников (см Приложения 1-11). В работе специалистов различных учреждений психодиагностические методики должны использоваться выборочно, соответствовать возрасту несовершеннолетних и задачам обследования.

Методическое обеспечение диагностического этапа работы

Психологическая диагностика учащихся направлена на определение степени выраженности суицидальных намерений, необходимости комплексного сопровождения, стратегий психологической помощи.

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. Цветовой тест М. Люшера. Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет.

Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы +7+4 – «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

2. **Тест выявления суицидального риска у детей** А.А. Кучер, В.П. Костюкевич. Используется для выявления аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения у учащихся 5-11 классов.

3. Методика **«Незаконченные предложения»**, вариант методики Saks-Sidney, адаптирована в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. Может использоваться для учащихся с 1-го класса. Позволяет оценить отношение к себе, семье, сверстникам, взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.

4. **Диагностика суицидального поведения подростков** (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста). Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющая на формирование суицидальных наклонностей подростка.

5. Методика **«Сигнал»**. Иматон. Предназначена для экспресс-диагностики уровня суицидального риска и выявления мотивов для жизни. Используется для подростков с 16 лет.

6. **Методика диагностики суицидального поведения** Горской М.В. Предназначена для подростков 16-17 лет.

7. **Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков** (А.Н. Волкова). Позволяет прогнозировать степень суицидального риска подростков.

8. **Опросник суицидального риска** (модификация Т.Н. Разуваевой). Экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

9. Методика **«Карта риска суицида»** (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер). Позволяет определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

10. Тест **«Ваши суицидальные наклонности»** (З. Королева). Целью данного опросника является определение суицидальных наклонностей субъекта.

11. **Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества** Д.Рассела и М.Фергюсова. Способствует выявлению уровня ощущения одиночества личности.

12. Опросник С.Г. Корчагина **«Одиночество»**. Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростка.

13. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е. Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. Риск развития саморазрушающего поведения характерен для неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным.

14. **Опросник Басса-Дарки**. Позволяет определить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызения совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

Для определения стратегий психологической помощи в рамках комплексного сопровождения учащихся кроме вышеперечисленных методик также могут использоваться:

15. **Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.** Детский вариант методики предназначен для детей 4–14 (7-14) лет. Позволяет выявлять уровень социальной адаптации; причины неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); эмоциональные стереотипы реагирования в стрессовых ситуациях.

16. **Факторный личностный опросник Кеттелла.** Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).

Диагностические признаки суицидального поведения

1. *Уход в себя.* Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей. Суицидальные подростки часто уходят в себя, сторонятся окружающих, замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат. Они включают музыку и выключаются из жизни.

2. *Капризность, привередливость.* Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

3. *Депрессия.* Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый разговор с человеком.

4. *Агрессивность.* Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости и окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.

5. *Саморазрушающее и рискованное поведение.* Некоторые суицидальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя “на грани риска”. Где бы они ни находились – на оживленных перекрестках, на извивающейся горной дороге, на узком мосту или на железнодорожных путях – они везде едут на пределе скорости и риска.

6. *Потеря самоуважения.* Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они аутсайдеры и неудачники, что у них ничего не получается и что никто их не любит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут.

7. *Изменение аппетита.* Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Подростки с хорошим аппетитом становятся разборчивы, те же, у кого аппетит всегда был плохой или неважный, едят “в три горла”. Соответственно, худые подростки толстеют, а упитанные, наоборот, худеют.

8. *Изменение режима сна.* В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в “сов”: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, некоторые ложатся только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины.

9. *Изменение успеваемости.* Многие учащиеся, которые раньше учились на “хорошо” и “отлично”, начинают прогуливать, их успеваемость резко падает. Тех же, кто и раньше ходил в отстающих, теперь нередко исключают из школы.

10. *Внешний вид.* Известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны, похоже, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.

11. *Раздача подарков окружающим.* Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

12. *Приведение дел в порядок.* Одни суицидальные подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью “привести свои дела в порядок”.

13. *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слому может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

14. *Перемены в поведении.* Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек неожиданно начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение

энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, к жизни. Подростки, которые переживают кризис, теряют интерес ко всему, что раньше любили. Спортсмены покидают свои команды, музыканты перестают играть на своих музыкальных инструментах, те же, кто каждое утро делал пробежку, к этому занятию остывают. Многие перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

15. *Угроза.* Как правило, суицидальные подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддаётся. «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых»...

Косвенные угрозы, многозначительные намеки уловить труднее. Косвенные угрозы нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, устали или подавлены.

16. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

17. *Словесные предупреждения.* Не исключено, что ваш родственник или знакомый задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы типа:

- «Я решил покончить с собой».
- «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!»
- «Лучше умереть»
- «Пожил и хватит»
- «Ненавижу всех и всё!»
- «Ненавижу свою жизнь!»
- «Единственный выход умереть!»
- «Больше не могу!»
- «Больше ты меня не увидишь!»
- «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!»
- «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!»
- «Выхожу из игры, надоело!»

18. *Активная предварительная подготовка:* собирание отравляющих веществ и лекарств, боевых патронов, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни.

4.2. Этические нормы и рекомендации для специалистов, осуществляющих социально-психологическую диагностику

Этика работы специалиста, осуществляющего социально-психологическую диагностику, основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях.

При осуществлении психодиагностической деятельности необходимо руководствоваться определенными правилами и принципами. Соблюдение этических принципов способствует созданию безопасной для ребенка среды, а сам процесс психодиагностического обследования подчинен главному правилу в работе психодиагноста: «Не навреди!».

При разработке рекомендаций этических норм и принципов в работе использован материал Этического кодекса психологов Российского психологического общества. Клиентом выступает ребенок подросткового или юношеского возраста. Специалист (далее см Психолог) осуществляет социально-психологическое обследование, результаты которого могут быть использованы для дальнейшей коррекционной, реабилитационной или профилактической работы с подростками.

1. Принцип уважения

Психолог исходит из уважения личного достоинства, прав и свобод человека, провозглашенных и гарантированных Конституцией Российской Федерации и международными документами о правах человека.

Принцип уважения включает:

1.1. Уважение достоинства, прав и свобод личности

- Психолог с равным уважением относится к людям вне зависимости от их возраста, пола, сексуальной ориентации, национальности, принадлежности к определенной культуре, этносу и расе, вероисповедания, языка, социально-экономического статуса, физических возможностей и других оснований.
- Беспристрастность Психолога не допускает предвзятого отношения к Клиенту. Все действия Психолога относительно Клиента должны основываться на данных, полученных научными методами. Субъективное впечатление, которое возникает у Психолога при общении с Клиентом, а также социальное положение Клиента не должны оказывать никакого влияния на выводы и действия Психолога.
- Психолог избегает деятельности, которая может привести к дискриминации Клиента по любым основаниям.
- Психологу следует так организовать свою работу, чтобы ни ее процесс, ни ее результаты не наносили вреда здоровью и социальному положению Клиента и связанных с ним лиц.

1.2. Конфиденциальность

- Информация, полученная Психологом в процессе работы с Клиентом на основе доверительных отношений, не подлежит намеренному или случайному разглашению вне согласованных условий.

- Результаты исследования должны быть представлены таким образом, чтобы они не могли скомпрометировать Клиента или Психолога.
- Демонстрируя конкретные случаи своей работы, Психолог должен обеспечить защиту достоинства и благополучия Клиента.
- Психолог не должен отыскивать о Клиенте информацию, которая выходит за рамки профессиональных задач Психолога.
- Клиент имеет право на консультацию Психолога или работу с ним без присутствия третьих лиц.
- Неконтролируемое хранение данных, полученных при исследованиях, может нанести вред Клиенту или Психологу. Порядок обращения с полученными в исследованиях данными и порядок их хранения должны быть жестко регламентированы.

1.3. Осведомленность и добровольное согласие Клиента

- Клиент должен быть извещен о цели работы, о применяемых методах и способах использования полученной информации. Работа с Клиентом допускается только после того, как Клиент дал информированное согласие в ней участвовать. В случае, если Клиент не в состоянии сам принимать решение о своем участии в работе, такое решение должно быть принято его законными представителями.
- Психолог должен сообщать Клиенту обо всех основных шагах или действиях.
- Видео- или аудиозаписи консультации Психолог может делать только после того, как получит согласие на это со стороны Клиента. Это положение распространяется и на телефонные переговоры. Ознакомление третьих лиц с видео-, аудиозаписями консультации и телефонными переговорами Психолог может разрешить только после получения согласия на это со стороны Клиента.
- Участие в психологических экспериментах и исследованиях должно быть добровольным. Клиент должен быть проинформирован в понятной для него форме о целях, особенностях исследования и возможном риске, дискомфорте или нежелательных последствиях. Психолог должен принять все необходимые предосторожности для обеспечения безопасности и благополучия Клиента и сведения к минимуму возможности непредвиденного риска.

1.4. Самоопределение Клиента

Психолог не должен препятствовать желанию Клиента привлечь для консультации другого психолога (в тех случаях, когда к этому нет противопоказаний).

2. Принцип компетентности

Психолог должен стремиться обеспечивать и поддерживать высокий уровень компетентности в своей работе, а также признавать границы своей компетентности и своего опыта. Психолог должен предоставлять только те услуги и использовать только те методы, которым обучался и в которых имеет опыт.

Принцип компетентности включает:

2.1. Знание профессиональной этики

- Психолог должен обладать исчерпывающими знаниями в области профессиональной этики.

- В своей работе Психолог должен руководствоваться этическими принципами.
- В своих рабочих контактах с представителями других профессий Психолог должен проявлять лояльность, терпимость и готовность помочь.

2.2. Ограничения профессиональной компетентности

- Психолог обязан осуществлять практическую деятельность в рамках собственной компетентности, основанной на полученном образовании и опыте.
- Только Психолог осуществляет непосредственную (анкетирование, интервьюирование, тестирование, психотерапия, тренинг и др.) или опосредованную (биографический метод, метод наблюдения, изучение продуктов деятельности Клиента и др.) работу с Клиентом.
- Психолог должен владеть методами психодиагностической беседы, наблюдения, психолого-педагогического воздействия на уровне, достаточном, чтобы поддерживать у Клиента чувство симпатии, доверия и удовлетворения от общения с Психологом.
- Если Клиент болен, то работа с ним допустима только с разрешения врача или согласия других лиц, представляющих интересы Клиента.

2.3. Ограничения применяемых средств

- Психолог может применять методики, которые адекватны целям проводимого исследования, возрасту, полу, образованию, состоянию Клиента, условиям эксперимента. Психодиагностические методики, кроме этого, обязательно должны быть стандартизованными, нормализованными, надежными, валидными и адаптированными к контингенту испытуемых.
- Психолог должен применять методы обработки и интерпретации данных, получившие научное признание. Выбор методов не должен определяться научными пристрастиями Психолога, его общественными увлечениями, личными симпатиями к Клиентам определенного типа, социального положения или профессиональной деятельности.

2.4. Профессиональное развитие

Психолог должен постоянно повышать уровень своей профессиональной компетентности и свою осведомленность в области этики психологической работы (исследования).

2.5. Невозможность профессиональной деятельности в определенных условиях

- Если какие-либо обстоятельства вынуждают Психолога преждевременно прекратить работу с Клиентом и это может отрицательно сказаться на состоянии Клиента, Психолог должен обеспечить продолжение работы с Клиентом.
- Психолог не должен выполнять свою профессиональную деятельность в случае, когда его способности или суждения находятся под неблагоприятным воздействием.

3. Принцип ответственности

Психолог должен помнить о своих профессиональных обязательствах перед своими клиентами, перед профессиональным сообществом и обществом в целом.

Психолог должен стремиться избегать причинения вреда, должен нести ответственность за свои действия, а также гарантировать, насколько это возможно, что

его действия и деятельность безопасны.

Принцип ответственности включает:

3.1. Основная ответственность

- Психолог должен осознавать специфику взаимодействия с Клиентом и вытекающую из этого ответственность. Ответственность особенно велика в случае, если в качестве испытуемых или клиентов выступают лица, страдающие от медикаментозной зависимости, или лица, ограниченные в своих действиях.
- Если Психолог приходит к заключению, что его действия не приведут к улучшению состояния Клиента или представляют риск для Клиента, он должен прекратить вмешательство.

3.2. Нанесение вреда

Психолог применяет только такие методики исследования или вмешательства, которые не являются опасными для здоровья, состояния Клиента.

3.3. Этические решения

- Психолог должен осознавать возможность возникновения этических проблем и нести свою персональную ответственность за их решение.
- Психологи консультируются по этим вопросам со своими коллегами и другими значимыми лицами.

4. Принцип честности

В деятельности психолог должен быть честным, справедливым и уважающим своих коллег. Психологу надлежит четко представлять свои профессиональные задачи и соответствующие этим задачам функции.

Принцип честности включает:

4.1. Осознание границ личных и профессиональных возможностей

Психолог должен осознавать ограниченность, как своих возможностей, так и возможностей своей профессии. Это условие установления диалога между профессионалами различных специальностей.

4.2. Прямота и открытость

- Психолог должен нести ответственность за предоставляемую им информацию и избегать ее искажения в исследовательской и практической работе.
- Психолог формулирует результаты исследования в терминах и понятиях, принятых в психологической науке, подтверждая свои выводы предъявлением первичных материалов исследования, их математико-статистической обработкой и положительным заключением компетентных коллег. При решении любых психологических задач проводится исследование, всегда опирающееся на предварительный анализ литературных данных по поставленному вопросу.
- В случае возникновения искажения информации психолог должен проинформировать об этом участников взаимодействия и заново установить степень доверия.

Раздел 5. Деятельность специалистов различных учреждений в области профилактической работы суицидального поведения детей и подростков

5.1. Критерии эффективности профилактической работы

Региональный уровень

1. Анализ случаев суицидальных действий среди несовершеннолетних в Алтайском крае:

- анализ информации о причинах совершения самоубийств;
- выявление тенденций и динамики суицидальных действий;
- анализ факторов риска суицидальности.

2. Анализ результатов принимаемых мер по недопущению суицидов:

- оценка системности работы по профилактике суицидов, степени привлечения к ней различных категорий специалистов;
- оценка эффективности психопрофилактической работы психологов учреждений;
- участие в работе межведомственной комиссии по выявлению истинных причин совершенного самоубийства

3. Наличие утвержденного комплекса мер, направленных на профилактику суицидального поведения подростков в учреждениях Алтайского края.

- определение алгоритма деятельности различных учреждений и должностных лиц по недопущению суицидального поступка несовершеннолетним;
- определение основных направлений работы службы практической психологии Алтайского края;
- уточнение задач, корректировка системы работы, а также содержание работы психологов, педагогов, воспитателей учреждений по недопущению суицида;
- указания по организации работы психологической службы учреждений на предстоящий год с целью повышения уровня профессиональной настороженности на стадии раннего выявления суицидального поведения.

4. Обеспеченность учреждений Алтайского края квалифицированными кадрами, в том числе педагогами-психологами и социальными педагогами, в соответствии с кадровыми и психолого-педагогическими условиями реализации основных образовательных, воспитательных, реабилитационных программ.

5. Количество проведенных инструктивно-методических совещаний по вопросам профилактики суицидального поведения несовершеннолетних с участием заинтересованных органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

6. Создание организационно-управленческих условий активизации работы среди детей и подростков учреждений по комплексной профилактике суицидального поведения.

7. Организация использования ресурсов муниципальных психолого-медико-педагогических комиссий для оказания помощи детям, нуждающимся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

8. Осуществление контроля за взаимодействием учреждений с учреждениями образования, здравоохранения и социальной защиты населения в части профилактики суицидального поведения обучающихся.

9. Отсутствие случаев завершенных и незавершенных суицидов среди детей и подростков.

10. Количество педагогических работников (в том числе педагогов-психологов, социальных педагогов) и руководителей учреждений, повысивших квалификацию по вопросам:

- оказания психолого-педагогической помощи детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- психолого-педагогического сопровождения участников образовательного или реабилитационного процесса в соответствии с федеральными государственными стандартами;
- профилактики суицидального поведения детей и подростков.

Уровень учреждения

1. Количество проведенных инструктивно-методических семинаров по организации профилактики суицидального поведения несовершеннолетних для педагогов-психологов, социальных педагогов, воспитателей, социальных работников и др. специалистов, участвующих в образовательном, воспитательном или реабилитационном процессе.

2. Количество проведенных консультаций, семинаров-практикумов, тренингов и пр. в учреждениях по профилактике суицидов среди несовершеннолетних.

3. Количество проведенных семинаров-практикумов для психологов учреждений по определению новых методов и методик наиболее эффективных способов и методов работы по профилактике суицида.

4. Включение в программы воспитательной работы учреждения мероприятий по профилактике девиантного поведения и социальной дезадаптации обучающихся.

5. Наличие в плане деятельности учреждения вопросов профилактики суицидального поведения воспитанников, обучающихся, а также формирования позитивного отношения к жизни, её основным ценностям

6. Реализация основных и дополнительных профилактических программ, разработанных с учетом возраста учащихся: «Здоровье», «Твой выбор», «Не допустить беды», «Все цвета, кроме черного», «Полезные привычки. Полезные навыки. Полезный выбор», «Все, что тебя касается» и др.

7. Количество проведенных мероприятий по повышению психолого-педагогической компетентности родителей в области формирования навыков безопасного поведения, эмоционально-волевых расстройств детей и подростков и профилактики рисков развития суицидального поведения, в том числе:

- родительских встреч, собраний (работа родительского лектория) с примерным содержанием: «Как воспитать гармоничную личность»; «Ненасильственные методы воспитания»; «Роль семьи в формировании позитивной самооценки подростка» и др.,

- индивидуальных (групповых) психологических консультаций родителей по проблемам психоэмоционального и социального развития подростков.

8. Проведение мониторинга с целью выявления детей и подростков, склонных к суициду:

- анализ и оценка психологического состояния ребенка, социально-психологической обстановки в семье и в классе;
- анализ результатов диагностики выраженности суицидального риска,
- количество выявленных подростков с нарушенными внутрисемейными, внутришкольными или внутригрупповыми взаимоотношениями;
- количество выявленных детей, имеющих фактор риска по суициду;
- количественно-качественные характеристики воспитанников, имеющих предпосылки (признаки) суицидального поведения и планируемые меры по недопущению условий их реализации;
- анализ текущего состояния, определение психологической устойчивости и степени выраженности суицидального риска у подростков.

9. Количество детей и подростков группы риска с отклонениями в психоэмоциональной сфере, направленных на консультацию психотерапевта с целью своевременного оказания психотерапевтической помощи несовершеннолетним.

- наличие информационного планшета (доски объявлений) номера Телефона доверия для оказания экстренной помощи несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и их родителям.

10. Уровень компетентности педагогов в области профилактики суицида:

- анализ качества знаний педагогических работников учреждения признаков суицидального риска;
- знания алгоритма действий при косвенных признаках суицидального намерения детей.

11. Оказание психологической помощи детям группы риска:

- ведение журнала учета лиц, обратившихся за психологической помощью;- наличие программ индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей из группы риска;
- наличие комплексных программ индивидуального сопровождения детей, имеющих потенциальную возможность совершения суицида с указанием характера причин, мер по предотвращению и ликвидации конфликтных и критических ситуаций в социальном взаимодействии участников образовательного, воспитательного или реабилитационного процесса, а также предложений по устранению субъективных причин, способствующих реализации суицидальных намерений;
- количество и результативность проведения психологического консультирования и психокоррекционных бесед по переориентации жизненных целей, коррекции самооценки, развитию рефлексии и т.д.;
- снижение аутоагрессивных тенденций у детей и подростков.

12. Формирование установок у воспитанников на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.), вовлеченных в социально-значимые виды деятельности:

- количество (процент) воспитанников, участвующих в реализации социальных проектов;

- количество (процент) воспитанников, участвующих в деятельности детских, подростковых, волонтерских и др. организациях, секциях, студиях, кружках и объединениях;

- количество (процент) воспитанников, занимающихся в учреждениях дополнительного образования детей.

13. Отсутствие случаев завершенных и незавершенных суицидов среди воспитанников учреждения.

5.2. Основные принципы профилактической работы

Сочетания микросоциальных (социально-психологических) причин и индивидуально-психологических особенностей личности подростка, обуславливающие суицидальные формы реагирования на трудные обстоятельства, предполагают индивидуализацию работы, особенно с детьми группы риска. Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков — это задача специалистов, осуществляющих психолого-педагогическую и коррекционную работу с детьми группы риска. Для повышения уровня результативности в реализации профилактической работы, рекомендуется учитывать ряд принципов в работе:

- неукоснительное соблюдение психолого-педагогической этики, требований социально-психолого-педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя, учителя, психолога, социального педагога и т.д.;
- владение минимумом знаний возрастной психологии, в области подросткового суицида, а также соответствующих приемов индивидуальной психокоррекционной работы, лечебной педагогики и психотерапии;
- раннее выявление контингента детей группы риска, на основе проводимых социально-психодиагностических процедур и исследований, а также знания его характеристики, в целях наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;
- активный патронаж семей, в которых проживают дети группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;
- неразглашение фактов суицидальных случаев в детских коллективах;
- рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;
- усиление внимания родителей и сотрудников учреждений к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;
- проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- формирование у подростков таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приемов

- психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;
- повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению жизненных трудностей;
 - психологическая помощь семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у подростков нервно-психических расстройств.

Для осуществления выше перечисленных аспектов необходимо:

- повышение уровня психологической подготовки учителей, воспитателей, социальных педагогов, психологов и родителей;
- увеличение численности психологов в учреждениях, владеющих знаниями возрастной психологии, кризисной психологии и психотерапии;
- создание различных внешкольных форм психологической помощи: территориальных психологических консультаций, включающих в свою структуру психиатра, психотерапевта, юриста и других специалистов; «телефон доверия» для анонимной психологической помощи при кризисных состояниях и др.

Таким образом, для создания системы профилактики суицидов у детей и подростков необходимо соблюдение основного принципа – ПРИНЦИПА КОМПЛЕКСНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. Данное взаимодействие разных специалистов, а именно: учителей, воспитателей, психологов, социальных работников, медицинских работников, сотрудников комиссии по делам несовершеннолетних, родителей способствуют более эффективной работе в области профилактики и предотвращении повторных суицидов среди подростков.

5.3. Рекомендации по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков

Российский и международный опыт социально-психологической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению

Организация социальной работы по борьбе с суицидом осуществляется по двум основным направлениям:

- профилактика самоубийств;
- реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

Под *профилактикой суицидального поведения* принято понимать систему государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических и иных мероприятий, направленных на предупреждение развития суицидального поведения (суицидальных тенденций, суицидальных попыток и завершённых суицидов).

Профилактика самоубийств в России и других странах реализуется посредством организации специализированных суицидологических служб

(«телефонов доверия», кабинетов социально-психологической помощи, кризисных отделений), обучения специалистов распознаванию суицидальных тенденций, ограничения доступа населения к средствам суицида, контроля за содержанием сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации.

Движение превенции суицидов в США получило большой общественный резонанс, когда Национальный институт психического здоровья в 1966 году создал Центр по изучению и профилактике суицидов. Для снижения уровня самоубийств ему ставилась задача «сделать это так, чтобы убедительно показать всем, что жизни могут быть спасены». В дальнейшем два клинических психолога Эдвин Шнейдман и Норман Фарбероу в Лос-Анджелесе основали Центр профилактики суицидов, являющийся сегодня одним из самых известных в мире учреждений. Его персонал состоит из психологов, психиатров, социальных работников и большого числа тщательно отобранных волонтеров. С тех пор в США было создано более 200 программ профилактики суицидов.

В настоящее время в США существует много вариантов организации учреждений профилактики самоубийств. Их общей чертой является наличие кризисных телефонных линий для оказания экстренной помощи. Их работники устанавливают тесную двустороннюю связь с человеком, подверженным риску самоубийства, и вступают с ним в неформальные отношения. Они сообщают, что могут облегчить эмоциональное напряжение, обсудив его проблемы. Телефонный консультант должен оценить суицидальный потенциал абонента. Учреждениями, используемыми для отсылок, являются больницы, практикующие психиатры, поликлиники агентства социальной помощи, священники или врачи общего профиля. При необходимости, если абоненту требуется неотложная медицинская помощь, можно использовать полицию. Некоторые агентства считают, что наиболее эффективным средством помощи во время кризиса является семья; другие полагают, что лучшую поддержку могут оказать близкие друзья. Когда суицидальный кризис близится к завершению, абонента можно направить в специализированную службу за психиатрической помощью.

В целом, можно выделить следующие составные части системы превенции суицидов в мировой практике:

Направления деятельности

- 1) круглосуточная доступность для нуждающихся;
- 2) активный поиск людей из групп суицидального риска;
- 3) выявление и наблюдение за лицами, совершавшими попытки самоубийства.

Органы и структуры

- 1) консультативные службы для населения;
- 2) службы неотложной телефонной помощи;
- 3) службы суточной госпитализации;
- 4) амбулаторные службы;
- 5) «дома на полпути» для суицидентов (дневной стационар), программы частичной госпитализации в вечернее время, позволяющие пациентам ходить на работу;

6) неотложные службы психиатрической помощи, включающие превенции и интервенции суицидов;

7) программы неотложных отсылок к врачам, юристам, в агентства по различным видам помощи;

8) массовые образовательные программы, направленные на изучение феноменологии суицида и другие.

Современная профилактика суицидального риска объединяет кабинеты неотложной психиатрической помощи в больницах общего профиля, центры психического здоровья, психиатрические клиники, церковные консультативные центры, антисуицидальные бюро, службы телефонной психологической помощи и центры лечения отравлений. Каждая из этих служб собственными ей средствами оказывает важную помощь как лицам, склонным к суициду.

В развитие отечественной суицидологической службы важный вклад внесла профессор А.Г. Амбрумова, которая в 1970-х гг. создала сначала отдел суицидологии, а затем Всесоюзный (сейчас - Федеральный) суицидологический научно-методический центр при Московском НИИ психиатрии. Федеральным научно-методическим центром суицидологии и ВНИИ МВД СССР была разработана организационная структура превенции и медико-социальной помощи. В основу этой организационной структуры заложены два основных принципа:

1) преемственность оказания медицинской, психотерапевтической, социальной помощи;

2) оказание социально-психологической помощи суицидентам вне структур психиатрической службы.

Такая служба была организована в Тимирязевском районе г. Москвы, которая включала в себя Кабинеты социально-психологической помощи (КСПП) при учебных заведениях, производствах, больницах, поликлиниках, психодиспансерах. Ее уникальная структура состояла в том, что все звенья были взаимосвязаны, начиная от станций и больниц скорой медицинской помощи до районных отделов здравоохранения, собесов, образования и РУВД. Основная нагрузка по выявлению групп риска, оказанию социальной и юридической помощи лежала на КСПП. Он же осуществлял прием пациентов по направлениям телефона доверия, врачей поликлиник, диспансеров, больниц. В зависимости от психического состояния лечение осуществлялось в КСПП, либо пациент направлялся в психиатрический стационар, Кризисный стационар при 20 городской больнице. Долечивание и динамическое наблюдение за суицидентами также входило в обязанности КСПП. Это обеспечивало максимальный охват населения, раннее и эффективное выявление групп риска и суицидентов, обеспечивало оптимальный профилактический эффект.

В Санкт-Петербурге суицидологическая служба, включающая «телефон доверия» и кризисный стационар, была организована в 1989 г. на базе ГПБ № 7 им. И.П. Павлова. В 1980-х гг. суицидологические службы появились и в других городах страны (Казань, Нижний Новгород, Ростов-на-Дону, Уфа и др.).

Организации социально-психологической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению

Организация суицидологической помощи – это система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи людям с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Включает следующие этапы:

– **первичной помощи: доврачебная** (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в больнице скорой помощи или любом другом лечебном учреждении;

– **экстренной помощи:** неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;

– **амбулаторно-консультационной помощи:** амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социально-психологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в специализированных суицидологических кабинетах при психоневрологических диспансерах;

– **госпитальной помощи:** стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда аутоагрессивное (суицидальное) поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

Рассмотрим подробнее организацию работы некоторых звеньев суицидологической службы.

1. **«Телефон доверия»** предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных действий. Основная задача данного подразделения суицидологической службы состоит в ликвидации, у обратившихся, кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций.

Работа «телефона доверия» организуется в специально оборудованном помещении, где при необходимости предусмотрено несколько номеров телефонов, расположенных в отдельных звуконепроницаемых кабинетах, и осуществляется без непосредственного контакта с Клиентом, ежедневно, круглосуточно, без перерыва. Адрес телефона доверия не указывается в адресных справочниках. Специалисты отделения представляются только как «Телефон доверия» или под псевдонимом, не называя своих паспортных данных и адреса. Пребывание посторонних лиц в помещении отделения и использование принадлежащих ему линий связи для личных разговоров исключается.

К работе на «телефоне доверия» привлекаются врачи-психиатры, врачи-психотерапевты или медицинские психологи, практические психологи, педагоги – психологи, волонтеры из числа студентов психологических и медицинских учреждений, прошедшие специальное обучение в области суицидологии, кризисной психологии и специфики работы на «телефоне доверия».

Обращение абонентов на «телефон доверия» регистрируется в журнале обращений, где кратко описывается содержание беседы, указываются принятые меры (совет, его содержание и др.), при необходимости - место пребывания абонента и его паспортные данные.

2. Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

Основными задачами кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа;
- оказание обратившимся гражданам психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья.

Социально-психологическая помощь оказывается (по желанию) анонимно. В кабинете ведется отчетная документация.

3. Отделения кризисных состояний организуются на базе многопрофильных больниц и предназначены для решения задач стационарной лечебно-диагностической помощи при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями.

Основными задачами отделения являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

Структура профилактики суицидального поведения

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичное звено направлено на все общество и имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска. Вторичное звено заключается в помощи непосредственно суицидентам. Третичная профилактика - это реабилитация суицидента после выведения его из критического состояния, а

также помощь близким и родственникам суицидента, которые также являются представителями группы суицидального риска.

Таблица 2.

Структура профилактики суицидального поведения

Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Третичная профилактика
<i>Цель</i> - предупреждение развития суицидальных тенденций в обществе.	<i>Цель</i> - предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса.	<i>Цель</i> - реабилитация людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида.
<i>Субъект</i> - учреждения социальной сферы, средства массовой информации.	<i>Субъект</i> - учреждения системы здравоохранения.	<i>Субъект</i> - учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания.
<i>Объект</i> - население региона, группы повышенного суицидального риска.	<i>Объект</i> - суициденты, лица с повышенным уровнем тревоги или депрессии.	<i>Объект</i> - члены семьи, ближайшее окружение суицидента.
<p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> Профилактика алкоголизма, наркомании. Диагностика групп суицидального риска. Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди населения. Коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия. Информирование населения о деятельности психологических служб. Развитие служб «Телефона доверия» и «Телефона здоровья». 	<p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> Создание сети суицидологических учреждений. Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса. Диагностика ситуаций повышенного риска парасуицида. Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения. Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, а также методов коррекции деструктивных личностных установок. 	<p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> Организация механизма реабилитационного процесса Диагностика восстановительного потенциала (благоприятствующих факторов) «выживших жертв суицида» Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер культуры, досуга, трудоустройства, социального обеспечения и т.д. Коррекция семейных взаимоотношений. Профессиональная реабилитация.

Система мер по предотвращению и профилактике суицида среди детей и подростков включает:

- Изучение современной ситуации развития детей и подростков, составление содержательной характеристики социально-психологических проблем детства, определение комплекса задач профилактической работы.

Профилактика суицида среди детей и подростков – это целостный процесс по разрешению выделенной проблемы, который предполагает реализацию комплекса мер как организационно-методического, так и научно-исследовательского характера:

- объединение усилий специалистов разного профиля по созданию единой программы помощи детям;
- разработка и внедрение форм и методов работы по преодолению выявленных проблем в учреждениях разных типов и видов;
- выработка рекомендаций по психолого-педагогической поддержке ребенка и оказанию помощи педагогам и родителям в решении социально-психологических проблем детства;
- обобщение деятельности различных организаций и ведомств по обучению основным приемам общения, развитию эмпатии, рефлексии, работе по преодолению страхов и барьеров, развитию умения ориентироваться в сложных ситуациях, анализировать мотивы поведения других людей в рамках различных обучающих программ;
- привлечение специалистов для организации помощи ребенку через соответствующие Центры и органы образования;
- широкое использование средств массовой информации и др.

2. Создание и реализация в учреждениях Программы профилактики суицида среди детей и подростков с обоснованием и следующими разделами:

Развитие нормативно-правовой базы:

- анализ и приведение в соответствие с современными требованиями нормативно-правовой базы учреждения.

Кадровое обеспечение:

- обеспечение кадрами, осуществляющими профилактическую работу;
- повышение квалификации кадров по проблеме.
- включение в повестку советов, совещаний, семинаров вопросов, связанных с совершенствованием технологий сопровождения, развития детей различных категорий на разных возрастных этапах, организации работы с семьей;
- разработка и реализация обучающих семинаров по вопросам психолого-педагогической поддержки несовершеннолетних, формирования у них навыков здорового образа жизни и адаптивных качеств личности, взаимодействия с семьей, организации работы с детьми и подростками по месту жительства, взаимодействия с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, и детьми с ограниченными возможностями здоровья и т.д.;
- разработка памяток и методических рекомендаций.

Информационное обеспечение:

Создание в учреждении единого культурно-образовательного и профилактического пространства; оформление информационных стендов с адресами и телефонами наркологической службы; центров медицинской профилактики; центров социально-психологической помощи и др.; телефоном доверия; выпуск печатной продукции, освещающей вопросы семейного воспитания, содержащей советы для детей и родителей, формирующей основы правовой культуры и здорового образа жизни.

Создание системы межведомственного взаимодействия:

- осуществление сотрудничества с учреждений образования, социальной защиты, медицинских учреждений, правоохранительных органов, РОСТО, ГИБДД, УГПС, ГОЧС, службами спасения и т. д. в решении проблем воспитания подрастающего поколения;
- проведение конкурсов, фестивалей, направленных на развитие, поддержку способных и одаренных детей, детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, детей «группы риска», детей-сирот.

Совершенствование содержания и форм профилактики:

- совершенствование системы взаимодействия педагогов, психологов, социальных педагогов, медицинских работников по выявлению, психологической реабилитации, социальной адаптации детей, имеющих личностные проблемы, нарушения физического, психического здоровья, отклонения в поведении;
- диагностика суицидального риска с целью выявления несовершеннолетних, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите;
- внедрение в практику работы с несовершеннолетними современных групповых (в т.ч. тренинговых) и индивидуальных профилактических технологий; проведение систематических занятий, направленных на формирование позитивного образа Я, принятие уникальности и неповторимости собственной личности и личности других людей, повышение стрессоустойчивости, отработку техник принятия верного решения в ситуациях жизненного выбора, правил поведения в конфликте существующих, усвоение и принятие социально одобряемых норм поведения ценностных ориентаций, развитие милосердия и т.д.
- вовлечение детей и подростков в деятельность кружков, клубов, секций, объединений системы дополнительного образования и по месту жительства;
- организация взаимодействия с семьей: изучение запросов и потребностей родителей, формирование родительского актива, привлечение родителей к организации воспитательных и профилактических мероприятий и др.;
- организация работы с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Развитие детского движения, ученического самоуправления:

- привлечение кадрового потенциала (психологи, педагоги дополнительного образования, социальные педагоги) к организации детского движения, развитию самоуправления;
- разработка и использование различных моделей организации детского движения, ученического самоуправления;
- реализация лидерского и творческого потенциала детей и подростков в организации социально-значимой и досуговой деятельности;
- разработка комплекса мер по созданию системы личностного роста и стимулированию лидеров детского движения.

Обеспечение организации работы по месту жительства:

- улучшение качества организации досуга детей и подростков по месту жительства;

- организация социально значимой деятельности;
- интеграция семейного, общественного и государственного воспитания.

3. Организация помощи детям «группы риска»

Организация педагогической помощи:

- создание благоприятных условий для развития личности ребенка;
- постоянное отслеживание пробелов в знаниях, умениях и навыках, определение системы дополнительных занятий, помощи и консультирования;
- создание положительной Я-концепции. Создание обстановки успеха, одобрения, поддержки, доброжелательности. Анализ результата деятельности учеников, их достижений. Поощрение положительных изменений. Переход от авторитарной педагогики к педагогике сотрудничества и заботы;
- оказание педагогической помощи родителям.

Организация медицинской помощи:

- проведение систематического диспансерного осмотра детскими врачами школьников с целью диагностики отклонений от нормального поведения, психофизиологического, неврогенного характера;
- половое просвещение подростков, решение проблем половой идентификации.

Организация психологической помощи:

- изучение психологического своеобразия подростков, особенностей их жизни и воспитания, отношения к учению, профессиональной направленности, особенностей эмоционального развития;
- выявление проблем семейного воспитания, психологическое консультирование с целью помочь ребенку разобраться в проблемах
- сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств, реализация индивидуальной и групповой психологической коррекции;
- анализ эффективности выбранных средств профилактики и психокоррекции.

Организация занятости и творческого досуга:

- изучение интересов и способностей детей, вовлечение в общественно полезную деятельность, секции, кружки;
- организация для детей, не имеющих достаточного ухода и контроля со стороны семьи, сезонных оздоровительно-досуговых школьных лагерей и групп продленного дня.

Раздел 6. Рекомендации по оказанию социально-психологической помощи детям и подросткам, попавшим в трудные жизненные ситуации

6.1. Рекомендации специалистам по оказанию социально-психологической помощи детям и подросткам «группы риска»

Изучение закономерностей формирования суицидального поведения, специфики детской суицидальности, выявление основных факторов риска позволило разработать принципы прогнозирования и методические приемы профилактики и коррекции суицидальности среди детей для специалистов.

Прежде всего, одной из важных социально значимых задач для педагогов, психологов и социальных педагогов, работающих с детьми и подростками, является выявление суицидального риска и преодоление мифов общественного сознания о суицидальном поведении, которым бывает подвержено не только дальнее, но порой и ближнее окружение суицидентов, а иногда и они сами.

Миф 1. *Самоубийства совершают только больные дети.* Истина, однако, заключается в том, что среди самоубийц психически больных не больше, чем среди остального населения.

Миф 2. *Самоубийства являются исключительно импульсивным деянием, и помочь самоубийце в таком случае нельзя.* Истина заключается в том, что любое самоубийство – это логический итог неблагополучия личности в какой-либо из сфер его жизни. Внимание к проблемам ближнего может предотвратить роковой шаг.

Миф 3. *Ребенок, который пугает своих близких, никогда не совершит суицид.* Истина же в том, что ребенок, стоящий на грани самоубийства, может сделать это под влиянием сиюминутного аффекта.

Миф 4. *Спасенные дети никогда больше не совершат попытку суицида.* Истина в том, что рано или поздно наступит повтор. Совершивший суицидальную попытку ребенок, как правило, (в 50% случаев) ее повторяет. В свою очередь, 50 % из повторивших суицид заканчивают его «успешно».

Миф 5. *Нельзя разговаривать на тему суицида в присутствии детей, склонных к депрессии, т.к. такие разговоры могут спровоцировать суицид.* Дети, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах, переживая так называемый «катарсис».

Миф 6. *Ребенок перед самоубийством будет говорить об этом, но окружающие воспримут это как шутку.* В большинстве случаев, если не принимать во внимание аффективные суициды, прослеживаются косвенные замыслы, т.е. ребенок почти всегда предупреждает окружающих о своих намерениях.

Миф 7. *Снижению уровня самоубийств способствуют статьи в СМИ, рассказывающие о том, как и почему было совершено то или иное самоубийство.* В средствах массовой информации, как правило, публикуется только сам факт совершения самоубийства, что не влияет на количество самоубийств в различных возрастных группах.

Миф 8. *Употребление алкогольсодержащих напитков помогает снять суицидальное переживание.* Реалии таковы, что употребление спиртных напитков, зачастую, вызывает обратный эффект: повышается тревожность, обостряются конфликты и т.д.

Миф 9. *Существует тип людей, склонных к самоубийству; влечение к которому передается по наследству.* Это утверждение никем еще не доказано.

Необходимо хорошо знать индивидуальные психофизиологические и социально-психологические особенности ребенка. Любое изменение в его поведение должно настораживать. Угрюм он, раздражителен или замкнут или, наоборот, излишне возбудим – повод для тревоги есть, тем более, что дети – народ непредсказуемый. Крайне важно, чтобы родители ребенка не боялись обращаться за помощью, если они заметили явные (и даже не очень) проблемы в психическом состоянии своих детей. Совершенно недопустимо отлучать ребенка от дома, да еще и подталкивать его к этому: «И обратно не приходи». Такие «страшные слова» срываются с родительских уст нередко, порой оказываясь последним напутствием.

Необходимо обращать внимание на факторы риска, признаки и знаки суицидального поведения в детском и подростковом возрасте:

- * суицидальная предрасположенность, т.е. наличие родственников, совершивших суицид (так называемая отягощенная наследственность);
- * отсутствие теплых, доверительных отношений в семье (нежеланный ребенок), чувство отверженности;
- * потеря родителей, распад семьи;
- * избиение или насилие со стороны родителей, братьев или сестер, других родственников;
- * физическое или моральное унижение со стороны близких людей;
- * чувство страха, тоски и отчаяния или же чувство обиды;
- * конфликт с педагогами или одноклассниками;
- * страх наказания за совершенные или несовершенные проступки;
- * одиночество;
- * состояние алкогольного опьянения или токсического отравления;
- * патология характера и психические заболевания.

Существуют три группы признаков, которые косвенным образом могут указывать, на то, что возможность совершения суицида является очень большой.

Первая группа - *словесные признаки*, т.е. то, что можно почерпнуть из контекста беседы. К ним относятся сообщения о чувстве беспомощности, безнадежности. Беседа или ее фрагменты, связанные с прощанием с жизнью, (например, «последний раз смотрю на любимые фотографии...»); шутки о желании умереть; сообщения о конкретном плане или методе самоубийства; амбивалентность (лат. – «двойственность») оценки каких-либо значимых событий или людей (например, колебания между любовью и ненавистью); медленная, вялотекущая и маловыразительная речь; самообвинения и обвинения других людей.

Вторая группа - *эмоциональные признаки*. Их можно почерпнуть из контекста словесных посланий и невербальных сообщений (плач, всхлипывание,

долгие паузы, с усилием проговариваемые слова). Переживание горя, чувство вины, неудачи, поражения, чувство собственной малозначимости, мнимые или реальные опасения или страхи. Выраженная растерянность. Импульсивные действия.

Третья группа - поведенческие признаки. Это внезапные немотивированные изменения в поведении, которые отдаляют ребенка от значимых для него людей или от какой-то важной для него деятельности, а также склонность к опрометчивым или безрассудным поступкам, связанными с риском для жизни или здоровья (например, игры на строительных площадках, манипуляции взрывчатыми веществами, занятия рискованными видами спорта и прочее). Это также склонность к применению алкоголя и наркотических веществ. Сюда же относится потребность во врачебной помощи без особой необходимости, т.к. при скрытых депрессиях часто проявляются физические недомогания при видимом отсутствии болезней.

Помимо скрытой депрессии, может быть и явная, которая проявляется в сниженном настроении, явлении заторможенности (мышление, речь), наличии тоски. При явной депрессии могут присутствовать и другие симптомы: страх, тревога, опасения, боязливость. Признаками третьей группы также являются: расставание с любимыми вещами (например, «так любил свою собаку, а теперь подарил – зачем она мне...»); приобретение или разговор о средствах самозащиты («достал газовый пистолет, баллончик и пр.», «а как вот эти таблетки действуют – почувствуешь что-нибудь, или нет?»); разговор о бессмысленности существования, об обесценивании человеческой жизни в целом, и своей собственной, в частности.

Некоторые, помышляющие о самоубийстве дети и подростки, испытывают замешательство. Их переполняет чувство безнадежности, и они могут неосознанно «сигнализировать» окружающим о своих намерениях. Подоплека всех их действий такова, чтобы найти кого-нибудь, кто принесет им чувство облегчения и безопасности. Поэтому, в первую очередь, необходимо быть внимательным к этим «знакам», чтобы не упустить возможность предотвратить формирующееся суицидальное поведение. *Такими знаками предостережения могут выступать:*

- Заметная перемена в обычных манерах поведения.
- Недостаток сна или повышенная сонливость.
- Ухудшение или улучшение аппетита.
- Признаки беспокойства.
- Признаки вечной усталости.
- Неряшливый внешний вид или педантичное отношение к внешнему виду.
- Усиление жалоб на физическое недомогание.
- Склонность к быстрой перемене настроения.
- Отдаление от семьи и друзей.
- Упадок энергии.
- Отказ от работы в клубах и организациях.
- Излишний риск в поступках.
- Поглощенность мыслями о смерти или загробной жизни.

- Необычные вспышки раздражительности или любвеобильности.
- Усиленное чувство тревоги.
- Выражение безнадежности.
- Приобщение к алкоголю и / или наркотикам, усиление их потребления.
- Раздача в дар ценного имущества.
- Приведение в порядок всех дел.
- Разговоры о собственных похоронах.
- Составление записки об уходе из жизни.

Словесные заявления:

- «Ненавижу свою жизнь!».
- «Они пожалеют о том, что мне сделали!».
- «Не могу больше этого вынести... Надоело... Сколько можно! Сыт по горло!!!».
- «Я решил покончить с собой!».
- «Просто жить не хочется... Пожил и хватит!».
- «Никому я не нужен... Лучше умереть!».
- «Это выше моих сил...».
- «Ненавижу всех и все!!!».
- «Единственный выход – умереть!!!».
- «Больше ты меня не увидишь!..».
- «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!».
- «Если мы больше не увидимся, спасибо за все!!!».

Заметная перемена в поведении ребенка, которая является признаком, предупреждающим о возможности самоубийства, – это стойкое снижение нормальных функций, и эта перемена более глубокого свойства, какое бывает в «тяжелые» дни. Поведение может меняться постепенно, подобно тому, как ребенок медленно теряет интерес к занятиям в школе, или внезапно, как у подростка, который с утра был в прекрасном расположении духа, а затем вдруг говорит, что он намерен покончить с жизнью. Поэтому необходимо установить доверительный контакт с таким ребенком, способствующий росту вашего авторитета в его глазах и формированию статуса «доверенного лица».

Если ребенок говорит Вам, что в прошлом у него уже была попытка суицида, то для Вас это является как бы разрешением дальше развивать эту тему. Теперь вы можете четко фокусировать разговор на его проблеме. В этом случае, ребенок как бы сам облегчает вашу дальнейшую работу. Всегда нужно помнить, что большинство суицидальных попыток является криком о помощи и, если ребенок говорит о том, что он когда-либо уже пытался покончить с собой, то это значит, что он прежде всего адресует свой запрос к Вам в расчете на эмоциональную поддержку.

Во время беседы, в которой присутствует наличие суицидальных угроз в прошлом или настоящем, очень важным является заключение с ребенком так называемого «антисуицидального контракта». Целью антисуицидального контракта является предотвращение возможности суицида во время или непосредственно после окончания беседы, что дает возможность выиграть время

для оказания более эффективной помощи. Для этого следует употребить форму «Давай с тобой договоримся, что ты не будешь ничего предпринимать, пока мы с тобой работаем над твоей проблемой». Как правило, ребенок соглашается. В случае же отказа необходимо применять мощный эмоциональный прессинг (например, «Пожалуйста, не делай этого! Ты мне стал дорог, подумай хотя бы, что будет со мной, если после этого разговора ты...»). Используя антисуицидальный контракт как основу, можно осуществлять:

- проработку альтернативных решений (например, «Что произойдет, если ты не осуществишь сейчас свои намерения, а попробуешь...»);
- упорядочение внутреннего хаоса (например, «Почему бы тебе не подождать, пока...») – если вам удалось посеять сомнения в правильности принятого решения, считайте, что свою задачу вы на 50% выполнили.

Вопросы, которые следует задать ребенку, который может совершить самоубийство и обратился к Вам за помощью:

- Как дела? Как ты себя чувствуешь?
- Ты выглядишь, словно в воду опущенный, что-то случилось?
- Что ты собираешься делать?
- Ты надумал покончить с собой?
- Как бы ты это сделал?
- А что, если ты причинишь себе боль?
- Если на шкале «хорошее самочувствие» стоит на отметке «0», а «желание совершить самоубийство» на отметке «10», то на какой бы отметке ты расположил бы свое теперешнее состояние?
- Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что случилось? На какой отметке шкалы ты был в то время?
- Если б я попросил бы тебя пообещать мне, не причинять себе боль, то ты бы смог бы это сделать? Что бы помешало тебе дать обещание?
- Что помогло тебе справиться с трудностями в прошлом? Что могло бы помочь сейчас?
- От кого ты бы хотел эту помощь получить?
- Знают ли твои родители, что ты испытываешь такие трудности, сложности, душевные муки?
- Хочешь ли ты посоветоваться со специалистом (психотерапевтом, неврологом)?
- Если тебе пришлось пообещать не убивать себя, смог бы ты сдержать свое слово? На какое время?

Необходимо всегда серьезно относиться к любым угрозам, поэтому необходимо:

- говорить с ребенком открыто и прямо;
- дать своему собеседнику почувствовать, что вам не все равно, что с ним происходит;
- слушать с чувством искренности и понимания;
- отстаивать свою точку зрения, что самоубийство – это неэффективное решение всех проблем;
- прибегнуть к помощи «авторитетных людей» для оказания поддержки

ребенку, нуждающемуся в помощи;

- заключить «соглашение о не совершении самоубийства», условием которого будет обещание ребенка не причинять себе боль никоим образом;
- подумать, кто может помочь ребенку: пригласить родителей, школьного педагога или психолога, человека, которому ребенок доверяет;
- при необходимости пригласить психотерапевта, который может вывести ребенка из кризисного состояния; при осложненных или критических ситуациях доставить его в ближайший психоневрологический центр или больницу;
- просто остаться с ребенком рядом; если необходимо уйти, оставить его на попечение другого взрослого;
- попытаться установить, на сколько произошедшая ситуация стала кризисной и суицидоопасной;
- попытаться выявить не только те моральные структуры личности, которые подверглись психотравматизации, но и «зоны сохранной моральной мотивации», которые могут выступить в качестве антисуицидальных факторов (такowymi могут быть чувство долга и ответственности, достоинство, гордость, совесть, стыдливость, стремление избежать негативных санкций и мнений, стремление поддержать собственный престиж и т.д.).

Разговоров на тему о самоубийстве может и не быть, но любой признак возможной опасности должен насторожить сотрудника, психолога, воспитателя или педагога. Надо быть начеку с ребенком или подростком, с которым ведется работа. При необходимости можно поговорить с кем-нибудь (например, с коллегами по работе или психологом) о ваших опасениях. Возможность совершения кем-то из их воспитанников самоубийства всегда вызывает эмоциональный стресс, поэтому надо избавиться от собственных тревог и получить поддержку по этому вопросу.

При этом следует помнить – при общении с ребенком, который вызывает у педагога настороженность, не надо делать следующего:

- Не говорить: «Посмотри на все, ради чего ты должен жить».
- Не вдаваться в философские рассуждения, то есть не полемизировать о том, хорошо или плохо совершить самоубийство.
- Не пытаться применять противоречивые психологические приемы на ребенке, помышляющем о сам убийстве.
- Не оставлять там, где находится ребенок, собирающийся совершить самоубийство, предметы, с помощью которых оно возможно.
- Не пытаться выступать в роли судьи.
- Не думать, что ребенок ищет только внимания.
- Не оставлять ребенка одного.
- Не держать в секрете то, о чем вы думаете.

Исходя из вышеизложенного, педагоги и воспитатели, психологи и социальные педагоги, другие категории педагогических кадров, опираясь на элементарные знания о суицидальном поведении несовершеннолетних и способах его профилактики, могут выявить легко ранимых, готовых пойти на это

детей, осознать то, что их беспокоит, определить уровень риска совершения самоубийства и использовать все необходимые ресурсы для его предотвращения.

Таблица 3.

РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
1	<p align="center">ПАНИКА</p> <p align="center">(Я не в силах помочь)</p>	<p>Панику следует преодолеть, поскольку клиенты ищут, с кем бы поговорить и доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну единственную связь обратившегося с остальным миром.</p>
2	<p align="center">СТРАХ</p> <p align="center">(Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?)</p>	<p>Страх может свидетельствовать о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; но каждый человек, в т.ч. и клиент, ответственен за сделанный им выбор, а консультант имеет реальную возможность помочь.</p>
3	<p align="center">ФРУСТРАЦИЯ</p> <p align="center">(Еще один длинный разговор, которого я не желал бы)</p>	<p>Фрустрация может возникнуть из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту.</p>
4	<p align="center">ОБИДА</p> <p align="center">(Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня)</p>	<p>Обида может проявляться в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез. Следует принять во внимание, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией.</p>
5	<p>ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ</p> <p>(Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его)</p>	<p>По сути, перед выбором на самом деле стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать ли помощь) нет.</p>
6	<p align="center">БЕЗЫСХОДНОСТЬ</p> <p align="center">(Эта ситуация безнадежна: как я могу его (ее) заставить желать жить?)</p>	<p>Безысходность возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем или ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение.</p>
7	<p align="center">ОТРЕЧЕНИЕ</p> <p align="center">(В такой ситуации я вел бы себя так же)</p>	<p>Свидетельствует о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.</p>

Распознавание суицидального риска

Существуют различные признаки, указывающие на опасность. Наиболее распространенными признаками суицидального поведения являются:

- *Уход в себя.* Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Скажем больше, в подростковом возрасте это желание является естественным. Подростки начинают задумываться о смыслах жизни, выстраивать свой мир, свое пространство и ограничивают доступ в него близких родственников. Например, на двери комнаты подростка может появиться табличка «Не входить, охраняемая территория». При этом мы должны помнить (рассказать родителям), если замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда подросток уходит в себя, сторонится близких друзей, это может быть симптомом самоизоляции, бегства от какой-то «невыносимой» ситуации.
- *Капризность, привередливость.* Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние у подростков может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, информационной перегрузкой, влюбленностью, школьными или семейными неурядицами и т.п. Но когда вы наблюдаете, что настроение подростка чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги.
- *Депрессия.* Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Что касается подростков, то они становятся замкнутыми, уходят в себя, при этом могут маскировать свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго могут не замечать перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый диалог, прояснение причин эмоционального упадка.
- *Агрессивность.* Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от агрессивного подростка. Обратите внимание на детей и подростков, у которых в последнее время повысилась агрессивность, были нехарактерные для них вспышки гнева, ярости.
- *Нарушение аппетита.* Отсутствие или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно бывают связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Наличие подобной проблемы педагог-психолог может прояснить у родителей.
- *Раздача подарков окружающим.* Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. У подростков происходит обесценивание того, что раньше было значимым. Это проявляется либо через раздачу вещей (дисков с играми, музыкой, любимой одежды или коллекции постеров и др.), или через игнорирование этих ценностей (ходит только в одной одежде, остальное висит в шкафу; не

слушает любимые музыкальные диски, не смотрит любимые передачи и т.п.) Как показывает опыт, это — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

- *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К «срыву» может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими, моральными и интеллектуальными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться подростку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.
- *Перемены в поведении.* Внезапные, неожиданные изменения в поведении подростка должны стать предметом внимательного наблюдения. В этом вам помогут педагоги и родители. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый ученик неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве или психологической травме, а подросток стремится скрыть свои переживания под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни.
- *Угроза.* Если подросток открыто высказывает намерение уйти из жизни - это должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях со стороны педагога-психолога недопустимо невнимание и агрессивность к суициденту. Подобные реакции только подтолкнут его к исполнению угрозы. Необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, не отпуская из своего кабинета, пока не будет оценена степень риска (затем действовать в соответствии со схемой сопровождения в рамках каждой степени риска), проинформировать родителей, в случае необходимости проконсультироваться у специалистов-медиков (по телефону).
- *Активная предварительная подготовка.* Она реализуется через активные действия: сбор информации об отравляющих веществах и лекарствах (других способах самоубийства) через анализ специфической литературы или Интернет, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни и т.п.

Раннему выявлению подростков с эмоционально-поведенческими нарушениями и суицидальным риском способствует навык наблюдения. Дети и подростки, попавшие в кризисную ситуацию, меняются. Изменяется

эмоциональная составляющая, поведение, внешний вид, отношения с одноклассниками и друзьями, интересы и др.

6.2. Рекомендации родителям по профилактике подростковых суицидов

Что необходимо знать родителям детей и подростков:

Почему ребенок решается на самоубийство?

- нуждается в любви и помощи;
- чувствует себя никому не нужным;
- не может сам разрешить сложную ситуацию;
- накопилось множество нерешенных проблем;
- боится наказания;
- хочет отомстить обидчикам;
- хочет получить кого-то или что-то;

В группе риска – подростки, у которых:

- сложная семейная ситуация;
- проблемы в учебе;
- мало друзей;
- нет устойчивых интересов, хобби;
- перенесли тяжелую утрату;
- семейная история суицида;
- склонность к депрессиям;
- употребляющие алкоголь, наркотики;
- ссора с любимой девушкой или парнем;
- жертвы насилия;
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Признаки суицида:

- угрожает покончить с собой;
- отмечается резкая смена настроения;
- раздает любимые вещи;
- «приводит свои дела в порядок»;
- становится агрессивным, бунтует, не желает никого слушать;
- живет на грани риска, не бережет себя;
- утратил самоуважение.

Что Вы можете сделать?

- будьте внимательны к своему ребенку;
- умейте показывать свою любовь к нему;
- откровенно разговаривайте с ним;
- умейте слушать ребенка;
- не бойтесь прямо спросить о самоубийстве;
- не оставляйте ребенка один на один с проблемой;
- предлагайте конструктивные подходы к решению проблемы;
- вселяйте надежду, что любая ситуация может разрешиться конструктивно;
- привлечите к оказанию поддержки значимых для ребенка лиц;

- обратитесь за помощью к специалистам.

Чего нельзя делать?

- нельзя читать нотации;
- не игнорируйте человека, его желание получить внимание;
- не говорите «Разве это проблема?», «Ты живешь лучше других» и т.д.;
- не спорьте;
- не предлагайте неоправданных утешений;
- не смейтесь над подростком.

Советы внимательным и любящим родителям:

- показывайте ребенку, что вы его любите;
- чаще обнимайте и целуйте;
- поддерживайте в сложных ситуациях;
- учите его способам разрешения жизненных ситуаций;
- вселяйте в него уверенность в себе;
- помогите ребенку проявить свои переживания через игры, рисунки, лепку, увлечения.

Эти слова ласкают душу ребенка...

- Ты самый любимый!
- Ты очень много можешь!
- Спасибо!
- Что бы мы без тебя делали!
- Иди ко мне!
- Садись с нами!
- Расскажи мне, что с тобой?
- Я помогу тебе...
- Я радуюсь твоим успехам!
- Чтобы ни случилось, твой дом – твоя крепость!
- Как хорошо, что ты у нас есть!

6.3. Рекомендации подросткам

Что необходимо знать детям и подросткам **о суициде:**

Поскольку суицид каждый год угрожает жизни многих тысяч молодых людей, все подростки должны представлять себе, “что такое суицид и как с ним бороться”. Помни, для борьбы с суицидом достаточно одного человека – тебя.

Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Сейчас ты получишь информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи, оказавшемуся в беде другу или знакомому.

Кто совершает самоубийства? Почему? Каким образом?

Мы знаем, что тема суицида внушает страх. Страх этот может быть еще большим, если ты знаешь кого-то, кто предпринял попытку уйти из жизни или же покончил с собой, или если тебе самому приходили в голову мысли о суициде. Мы

знаем также, что суицид является запретной темой, о нем не принято говорить с родителями, учителями или друзьями.

Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил суицидальную попытку. Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил суицид. Если это так, то ты, вероятно, слышал, как кто-то (быть может, и ты сам) задавал вопрос: “Зачем ей было умирать?” или “Зачем ему было так поступать со своей семьей?”

Вопросы эти вполне естественны, но большей частью ты не получишь на них однозначного ответа, не узнаешь, почему твой знакомый решил расстаться с жизнью. Напрашивается другой, более точный вопрос: “Какая проблема или проблемы возникли у этого человека?” Тебе это может показаться странным, но большинство подростков, совершающих суицид, на самом деле умирать не хотят. Они просто пытаются решить одну или несколько проблем. Трагедия состоит в том, что проблемы временные они решают раз и навсегда. Самое важное – помнить, что в большинстве своем молодые люди, которые пытаются покончить с собой или кончают с собой, умирать вовсе не хотят. Они хотят избежать проблем, которые, на их взгляд, им не по плечу. Эти проблемы причиняют им эмоциональную и физическую боль, и суицид представляется им надежным средством эту боль остановить.

Откуда мы знаем, что тысячи молодых людей, совершивших суицид в прошлом году, умирать вовсе не хотели? А если они не хотели умирать, то почему умерли?

Большой частью молодые люди совершают суицидальную попытку у себя дома между четырьмя часами пополудни и полночью. Иными словами, они пытаются покончить с собой именно там, где их скорее всего найдут, и делают это в такое время дня, когда кто-то из членов семьи большей частью находится дома. Шанс прийти им на помощь велик, – тот же, кто надеется, что будет спасен, на самом деле убивать себя не хочет.

А как же те молодые люди, которых спасти не удалось? Откуда мы знаем, что на самом деле умирать им не хотелось? Наверняка мы знать этого не можем, однако, разговаривая с молодыми людьми, которых спасти удалось, но которые должны были бы погибнуть, мы можем представить себе, о чем они думали.

Столкнувшись с неотвратимостью смерти, почти все они говорили, что неожиданно начинали понимать: проблемы их не столь велики, чтобы их нельзя было решить. Им вдруг становилось ясно: не так уж все плохо. За секунду до смерти они осознавали, что хотят жить.

Для того чтобы удержать друга или знакомого от самоубийства, надо немного разбираться в человеческой психологии.

Чтобы ценить жизнь, необходимо знать две основных вещи:

1. Нам нужно, чтобы нас любили.
2. Нам нужно хорошо к себе относиться.

На наше поведение оказывают воздействие два основных принципа:

1. Наше поведение зависит от того, как мы к себе относимся.
2. Поведение каждого человека имеет цель; наши поступки не происходят “просто так”.

Если руководствоваться этими очень важными соображениями и ясно представлять себе их реальный, практический смысл, то можно чуть лучше

разобраться, почему некоторые подростки хотят уйти из жизни. Ты увидишь так же, как дружеские забота и ласка умеют обнадеживать, гнать от себя мысли о самоубийстве.

Потребность любви. Для того чтобы ценить себя и свою жизнь, все мы должны ощущать любовь к себе. Потребность любви – это:

- потребность быть любимым;
- потребность любить;
- потребность быть частью чего-то.

Если эти три “потребности” присутствуют в нашей жизни большую часть времени, мы в состоянии справляться с жизнью, решать встающие перед нами проблемы.

Подросткам, которых не любят, которые сами не испытывают симпатии к своим одноклассникам и учителям, которые чувствуют себя чужими и дома, и в школе, и во дворе, справляться с неприятностями гораздо сложнее. Из-за того, что они плохо учатся, не ладят с родителями, друзьями и учителями, их самооценка снижается, они ощущают свою никчемность, одиночество, “невовлеченность”. Отсюда и неспособность решать многие наболевшие проблемы. Оттого, что самооценка их снизилась, даже те проблемы, которые раньше решались с легкостью, теперь становятся для них неразрешимыми.

Некоторые подростки сравнивают это тревожное, неприкаянное состояние с ощущением тонущего, который захлебнулся и идет ко дну, или же человека, у которого судорожно сжимается от тоски сердце. Как ты думаешь, что для них в это нелегкое время самое главное? Ты угадал – Друг.

Подумай сам. Предположим, ты задумал совершить самоубийство, потому что “тебя никто не любит”, и вдруг ты начинаешь ощущать чью-то ласку, заботу, с тобой говорят, тебя слушают – и у тебя появляется проблеск надежды. Если же тебя преследуют мысли о смерти, потому что ты сам никого не любишь, то теплые чувства по отношению к тебе могут оказаться заразительными: под их воздействием может растаять и твое холодное сердце. Если же ты хочешь покончить с собой, потому что чувствуешь, что никуда “не вписываешься”, бывает достаточно всего одного дружеского рукопожатия, чтобы ощутить, что ты занял место в сердце хотя бы одного человека.

Заботливый и ласковый друг способен отговорить тебя от самоубийства, ибо он удовлетворяет твою потребность в любви, потребность, столь свойственную каждому из нас. Иногда для спасения человека бывает достаточно всего одного ласкового слова.

Окружение – это то место, где ты находишься “в окружении” других. Такие “окружений” у тебя несколько: дом, школа, двор. Находясь в компании своих друзей, ты пребываешь в окружении сверстников. В принципе “Окружений” может быть еще больше, например: работа, церковь или баскетбольная площадка. В каждом из таких мест ты взаимодействуешь, контактируешь с другими. Разговариваешь, смеешься, споришь. А иногда просто молчишь.

Самооценка – это то, как ты оцениваешь себя сам. На чем основывается наша самооценка?

– Наша самооценка – это наше самоощущение. То, как мы воспринимаем себя, нашу жизнь, наши чувства по отношению к друзьям – все это воздействует на нашу самооценку.

– Наша самооценка – это и то, каким мы представляемся другим. Наша самооценка зависит от того, как к нам относятся наши друзья, учителя, родители или воспитатели, что они о нас говорят.

Подумай, как изменится твоя самооценка в зависимости от следующих обстоятельств:

- твои родители тебя хвалят;
- ты завалил экзамен;
- твои друзья “за тебя горой”;
- учитель физкультуры кричит на тебя;
- ты считаешься самой хорошенькой девушкой в классе;
- кто-то назвал тебя “психом”;
- тебя избрали в совет класса;
- ты подвел приятеля.

6.4. Общие рекомендации

Что можно сделать, чтобы помочь подростку?

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная профилактика состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Ваше знание ее принципов и стремление обладать этой информацией может спасти чью-то жизнь. Делясь ими с другими, вы способны разрушить мифы и заблуждения, из-за которых не предотвращаются многие суициды.

Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным. Чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем значительнее шансы исчезновения самоубийства из перечня основных причин смерти.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Иногда соблазнительно отрицать возможность того, что кто-либо может удержать человека от суицида. Именно поэтому тысячи людей — всех возрастов, рас и социальных групп — совершают самоубийства. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, — ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

3. Установите заботливые взаимоотношения. Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.

Вместо того чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и не любим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося человека.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

У вас может появиться фрустрация, обида или гнев, если человек не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает у помощника боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что этому человеку трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю вашу откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от вас требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Как психологи, так и неспециалисты должны развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации. Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства час- то завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

5. Не спорьте. Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

6. *Задавайте вопросы.* Если вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замыслишь самоубийства?», то в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если близкий человек ответит: «Нет», то вам скорее всего не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему дается возможность понять свои чувства и достичь катарсиса.

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?», «Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства?», «Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой?», «Если ты раньше размышлял о самоубийстве, что тебя останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, ты говоришь...» Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

7. *Не предлагайте неоправданных утешений.* Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, ты так на самом деле не думаешь». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований, за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный человек может посчитать суждение типа: «Ты на самом деле так не думаешь» — как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

Суицидальные люди с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя» — и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

8. Предложите конструктивные подходы. Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с тобой случилось за последнее время?», «Когда ты почувствовал себя хуже?», «Что произошло в твоей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, ты очень расстроен» — или: «По-моему мнению, ты сейчас заплачешь». Имеет смысл также сказать: «Ты все-таки взволнован. Может, если ты поделишься своими проблемами со мной, я постараюсь понять тебя».

Актуальная психотравмирующая ситуация может возникнуть из-за распада взаимоотношений с супругом или детьми. Человек может страдать от неразрешившегося горя или какой-либо соматической болезни. Поэтому следует принимать во внимание все его чувства и беды.

Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у тебя раньше сходных переживаний?» Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта.

Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для человека. Что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

9. Вселяйте надежду. Работа со склонными к саморазрушению депрессивными людьми является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой человек может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту

ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда». Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Кто-то по этому поводу остроумно заметил: «Мы смеемся над людьми, которые надеются, и отправляем в больницы тех, кто утратил надежду». Как бы то ни было, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть *не* может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Надежды должны быть обоснованными: когда корабль разбивается о камни, есть различия между надеждой доплыть до ближайшего берега или достичь противоположного берега океана. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. «Как бы ты мог изменить ситуацию?», «Какому вмешательству извне ты мог бы противостоять?», «К кому ты мог бы обратиться за помощью?» Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций. Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть; смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

10. Оцените степень риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида путем отравления, прыжка с высоты, использования огнестрельного оружия или веревки. Очень важно выявить и другие факторы, такие, как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений и дезорганизации поведения, чувство безнадежности и беспомощности. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, например, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы не расстался. В этом случае лекарства, оружие или ножи следует убрать подальше.

11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется

позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

Для того чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним так называемый суицидальный контракт — попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

12. Обратитесь за помощью к специалистам. Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Друзья, несомненно, могут иметь благие намерения, но им может не хватать умения и опыта, кроме того, они бывают склонны к излишней эмоциональности.

Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. В противоположность общепринятому мнению психиатрическая помощь не является роскошью богатых. В настоящее время существуют как частные, так и государственные учреждения, финансируемые из национальных или региональных фондов, которые предоставляют различные виды помощи за низкую цену. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека. Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Если депрессивный человек не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним методом лечения является семейная терапия.

13. Важность сохранения заботы и поддержки. Если критическая ситуация и миновала, то специалисты или семьи не могут позволить себе расслабиться. Самое худшее может не быть позади. За улучшение часто принимают повышение психической активности больного. Бывает так, что накануне самоубийства депрессивные люди бросаются в водоворот деятельности. Они просят прощения у всех, кого обидели. Видя это, вы облегченно вздыхаете и ослабляете бдительность. Но эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязательствами, после чего можно покончить с собой. И, действительно, половина суицидентов совершает самоубийство не позже чем через три месяца после начала психологического кризиса.

Иногда в суматохе жизни окружающие забывают о лицах, совершивших суицидальные попытки. По иронии судьбы к ним многие относятся как к неумехам и неудачникам. Часто они сталкиваются с двойным презрением: с одной стороны, они «ненормальные», так как хотят умереть, а с другой — они столь «некомпетентны», что и этого не могут сделать качественно. Они испытывают большие трудности в поисках принятия и сочувствия семьи и общества.

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует

обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

Недопустимо открытое прямое публичное обсуждение с несовершеннолетними суицидальных случаев. Зачастую цена подобных мероприятий (родительских собраний, классных часов) – жизнь кого-то из подростков, так как в подростковой среде возможно повторение суицидальных попыток по механизму подражания, заражения, протестной реакции и др.

Важная информация № 1. Суицид – основная причина смерти у сегодняшней молодежи. Суицид является “убийцей № 2” молодых людей в возрасте от пятнадцати до двадцати четырех лет. “Убийцей № 1” являются несчастные случаи, в том числе передозировка наркотиков, дорожные происшествия, падения с мостов и зданий, самоотравления. По мнению же специалистов, многие из этих несчастных случаев в действительности были суицидами, замаскированными под несчастные случаи. Если специалисты правы, то тогда главным “убийцей” подростков является суицид.

Иногда смертный случай признается суицидом лишь в том случае, если покончивший с собой оставил предсмертную записку, однако большинство тех, кто решил расстаться с жизнью, записок, как правило, не оставляют. Иногда нельзя точно сказать, явилась та или иная насильственная смерть самоубийством, поэтому в графу “суицид” попадают лишь те случаи, которые не вызывают никаких сомнений.

Исследования показывают, что вполне серьезные мысли о том, чтобы покончить с собой, возникают у каждого пятого подростка. С годами суицид “молодеет”: о суициде думают, пытаются покончить с собой и кончают совсем еще дети.

Важная информация № 2. Как правило, суицид не происходит без предупреждения. Большинство подростков, которые пытаются покончить с собой, почти всегда предупреждают о своем намерении: говорят либо делают что-то такое, что служит намеком, предупреждением о том, что они оказались в безвыходной ситуации и думают о смерти. О своих планах расстаться с жизнью не делятся с окружающими лишь немногие. Кто-то из друзей оказывается в курсе дела всегда.

Важная информация № 3. Суицид можно предотвратить. Есть мнение, что если подросток принял решение расстаться с жизнью, то помешать ему уже невозможно. Считается также, что если подростку не удалось покончить с собой с первого раза, он будет совершать суицидальные попытки снова и снова, до тех пор, пока не добьется своего.

В действительности же, молодые люди пытаются, как правило, покончить с собой всего один раз. Большинство из них представляют опасность для самих себя лишь в продолжение короткого промежутка времени – от 24 до 72 часов. Если же кто-то

вмешается в их планы и окажет помощь, то вероятнее всего, снова покушаться на свою жизнь они не будут.

Важная информация № 4. Разговоры о суициде не навоят подростков на мысли о суициде. Существует точка зрения, будто разговоры с подростками на “суицидальные” темы представляют немалую опасность, так как они могут захотеть испытать эту опасность на себе. Ты, должно быть, слышал разговоры о том, что нельзя, дескать, беседовать с молодежью о наркотиках, потому что тогда они могут захотеть их попробовать; нельзя разговаривать с ними про секс, потому что тогда они займутся сексом, и т.д. Некоторые родители, учителя, психологи избегают слова “суицид”, потому что боятся навести своих подопечных на мысль о насильственной смерти.

На самом же деле, разговаривая с подростком о суициде, мы вовсе не подталкиваем его суицид совершить. Напротив, подростки получают возможность открыто говорить о том, что уже давно их мучает, не дает им покоя. Если твоя знакомая, словно бы невзначай, заводит разговор о самоубийстве, это значит, что она давно уже о нем думает, и ничего нового ты ей о нем не скажешь. Больше того, твоя готовность поддержать эту “опасную” тему даст ей возможность выговориться, – суицидальные же мысли, которыми делятся с собеседником, перестают быть мыслями суицидальноопасными.

Важная информация № 5. Суицид не передается по наследству. От мамы ты можешь унаследовать цвет глаз, от папы – веснушки на носу; суицидальные же идеи по наследству не передаются. Вместе с тем, если кто-то из членов твоей семьи уже совершил суицид, ты оказываешься в зоне повышенного суицидального риска. Представь, например, семью, где родители много курят, пьют или употребляют наркотики. В такой семье дети рискуют перенять вредные привычки родителей. На этих детей действует так называемый “фактор внушения”: родители, дескать, плохому не научат. Разумеется, дети вовсе не обязаны подражать родителям. Для подражания они вправе выбрать другой, более положительный, пример.

Важная информация № 6. Суициденты, как правило, психически здоровы. Как правило, подростки, которые совершают попытку покончить с собой, психически больными не являются и представляют опасность исключительно для самих себя. Большей частью они находятся в состоянии острого эмоционального конфликта, от чего в течение короткого промежутка времени думают о самоубийстве. Лишь у очень небольшого числа молодых людей наблюдаются серьезные химические и физические нарушения мозговой деятельности, в связи с чем их поступки и ощущения могут в течение долгого времени отличаться неадекватностью.

Психически нездоровые люди часто кончают с собой. Из-за резких перепадов настроения и неадекватного поведения жизнь их превращается в пытку – однако твои друзья и знакомые, в большинстве своем, к этой категории не принадлежат.

Важная информация № 7. Тот, кто говорит о суициде, совершает суицид. Из десяти покушающихся на свою жизнь подростков семь делились своими планами. Поэтому большинство подростков, которые говорят о суициде, не шутят. Тем не менее у нас принято от них “отмахиваться”. “Он шутит”, – говорим или

думаем мы. – “Она делает вид”, или: “Это он говорит, чтобы привлечь к себе внимание!” Не рискуй жизнью своего друга: раз он заговорил о самоубийстве, значит это серьезно.

Важная информация № 8. Суицид – это не просто способ обратить на себя внимание. Часто друзья и родители пропускают мимо ушей слова подростка: “Я хочу покончить с собой”. Им кажется, что подросток хочет, чтобы на него обратили внимание, или же что ему просто что-то нужно.

Если твой знакомый заговорил о самоубийстве, то он и в самом деле хочет привлечь к себе внимание. И вместе с тем он не шутит. Какие уж тут шутки! Если ты настоящий друг, то в этой ситуации тебе не пристало рассуждать о том, для чего ему понадобилось привлечь к себе внимание. Вместо этого, обрати внимание на то, что говорит твой друг, не рассуждай о том, чем он руководствовался, заговорив о суициде.

Исходя из того, что если твой друг завел разговор о самоубийстве, значит живется ему и в самом деле не сладко. Значит, он решился на отчаянный шаг. Даже если он просто “делает вид”, хочет обратить на себя внимание, это необычное поведение свидетельствует о том, что он попал в беду. Что-то у него наверняка стряслось. И лучше всего – прислушаться к его словам, отнестись к его угрозам всерьез.

Важная информация № 9. Суицидальные подростки считают, что их проблемы серьезны. Разные люди смотрят на одну и ту же ситуацию, на одну и ту же проблему по-разному. То, что одному кажется ерундой, другому может показаться концом света.

Наверно, ты согласишься, что дети и взрослые часто смотрят на жизнь по-разному. То, что ужасно для тебя, для них ерунда, и наоборот. У тебя, например, плохое настроение оттого, что ты подрался со своим лучшим другом, а родители скажут: “Ну и что? У тебя и без него друзей хватает”.

На жизнь по-разному смотрят не только родители и дети. Даже у самых близких друзей может быть разная точка зрения: то, что “здорово” для тебя, для одного твоего друга “паршиво”, а для другого – “нормально”.

Важная информация № 10. Суицид – следствие не одной неприятности, а многих. Ты ведь слышал выражение: “Последняя капля, которая переполнила чашу терпения”? Причины, ведущие к суициду, подобны капающим в чашу терпения каплям. Каждая капля – ничто, двум каплям, десяти каплям ни за что не заполнить чашу доверху. А теперь представь, что капель этих не десять и даже не сто, а многие тысячи. В какой-то момент чаша терпения будет переполнена.

Обычно люди не совершают самоубийство из-за одной какой-то неприятности. Большею частью они пытаются уйти из жизни не из-за одной неудачи, а из-за серии неудач.

Важная информация № 11. Самоубийство может совершить каждый. Предотвращать суицид было бы проще всего, если бы его совершали только определенные подростки. К сожалению, тип “суицидоопасного подростка” установить невозможно.

Подростки из богатых семей подвержены суицидальной настроению ничуть не меньше, чем подростки из семей нуждающихся. Суицид совершают не только

те подростки, которые плохо учатся и ни с кем не ладят, но и молодые люди, у которых нет проблем ни в школе ни дома.

На первый взгляд может показаться, что вашей подруге не грозит суицид, потому что у нее все есть: деньги, машина, друзья, модные “тряпки”. Но благополучие – вовсе не гарантия от суицида. Важно то, что твои друзья говорят и делают, а не то, сколько у них денег и что они, по-твоему, чувствуют.

Важная информация № 12. Чем лучше настроение у суицидента, тем больше риск. Самоубийство подростка, который вроде бы уже выходит из кризиса, для многих является полной неожиданностью. Большинство молодых людей пытаются покончить с собой всего один раз в жизни; для тех же подростков, которые могут совершить вторичную суицидальную попытку, самое опасное время – 80-100 дней после первой попытки. После первой попытки расстаться с жизнью подростки ощущают постоянную поддержку окружающих. Друзья, родители, учителя уделяют им повышенное внимание, и у них возникает чувство, что все их любят.

Однако спустя три месяца жизнь возвращается в прежнее русло. Друзья, родители и учителя по-прежнему окружают совершившего суицид немалой заботой, однако жизнь, как говорится, “берет свое”, появляются у них дела и поважнее. Тем более что настроение у подростка отличное – вот всем и кажется, что худшее позади.

Совершивший суицидальную попытку подросток возвращается в нормальное состояние медленнее, чем может показаться. Страхи и неприятности, подтолкнувшие его к суициду, еще не прошли окончательно, еще дают о себе знать. Вот почему этот этап наиболее опасен: все опекавшие подростка занялись своими делами, у него же возникает впечатление, что от него отвернулись, и ему может прийти в голову мысль совершить еще одну суицидальную попытку, чтобы “вернуть” к себе внимание окружающих.

Иногда на то, чтобы окончательно изжить в себе суицидальные намерения, подросткам требуется не меньше трех месяцев. За это время может выясниться, что ситуация к лучшему не изменилась: любимая девушка к нему не вернулась, отметки лучше не стали, пристрастие к наркотикам или к алкоголю такое же сильное. Тут-то им и приходит в голову мысль, что единственный выход из положения – повторная попытка расстаться с жизнью. Они находятся в неплохой форме и начинают планировать суицидальную попытку номер два с удвоенной энергией.

В этом случае их друзьям следует быть настороже. Тебе может показаться, что твой друг после первой попытки одумался и “пошел на поправку”, – он же в это самое время задумал второй суицид активно приступил к осуществлению своего намерения. Вид у него при этом совершенно счастливый, ведь про себя он думает: “Ничего, скоро все это кончится”.

Информация № 13 – самая важная: друг может предотвратить самоубийство! От заботливого, любящего друга зависит многое. Он может спасти потенциальному суициденту жизнь.

А теперь представь, что кто-то из твоих друзей поделился с тобой своей тайной, – сказал, например, что хочет покончить с собой. Согласись, если б он тебе не

доверял, то и секретами бы не делился. И заговорил твой друг с тобой, возможно, именно потому, что умирать-то он не хотел. К тебе он обратился потому, что верил: понять его сможешь только ты.

Что могут увидеть родители? В первую очередь изменения настроения, питания, изменения сна, изменение в отношении своей внешности, самоизоляцию, интерес к теме смерти (появление в доме литературы по этой теме, переписка в Интернете и т.п.), нежелание посещать кружки, школу (в том числе учащение прогулов), серьезные изменения в состоянии здоровья (частые простуды, частые головные боли и др.) и т.п.

Что могут увидеть педагоги? Изменение внешнего вида, самоизоляцию в урочной и внеклассной деятельности, ухудшение работоспособности, небрежное отношение к своим школьным принадлежностям (притом, что ранее было другое), частые прогулы (отсутствие на определенных уроках), резкие и необоснованные вспышки агрессии, рисунки по теме смерти на последних страницах предметных тетрадей, тема одиночества, кризиса, утраты смыслов в сочинениях на свободную тему или в размышлениях на уроках гуманитарного цикла и т.п.

Что могут увидеть сверстники: самоизоляцию, резкие перепады настроения (несвойственные ранее), повышенную агрессивность, аутоагрессию (в том числе словесную), изменения внешнего вида, интерес к теме смерти (способам самоубийства), уныние, изменение интересов и т.п.

Кроме названных, источниками информации могут стать дневники подростка, его сочинения (волнующие темы), стихи, ЖЖ (живой журнал) в Интернете и др.

Список литературы

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. - М., 1992. — 528 с.
2. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального повеления // В сб.: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. — М., 1989. С. 8-24.
3. Бачило Е.В. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) //Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8. - № 2. — С.403 – 409 (приложение (нервные болезни)).
4. Бовина И.Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей //Электронный журнал «Психологическая наука и образование». - 2013. - №2. - С. 214-227. - - URL: www.psyedu.ru/
5. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] //Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн. – 2013.– N2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.01.2014 г.).
6. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - М., 2012. – 46 с.
7. Веселкова Е.А., Века Л.М. Психологические аспекты подросткового суицида: методическое пособие. - Барнаул, 2006. – 73 с.
8. Гайсина Д.А., Халилова З.А. и др. Генетические факторы риска суицидального поведения [Электронный ресурс] //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - № 1. - URL: <http://www.mediasphera.ru/journals/korsakov/detail/415/6063/> (дата обращения: 10.01.2014 г.).
9. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. - СПб., 2006. - 144 с.
10. Ефремов В.С. Основы суицидологии. - СПб., 2004. - 479 с.
11. Журлова И.В. Девиантное поведение школьников: диагностика, профилактика, коррекция: пособие для студентов педагогического университета. Мозырь, 2011. – 173с.
12. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 2013. - 24 с.
13. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. - № 4. – С. 50-53.
14. Кучер А.А. Костюкович В.П. Выявление суицидального риска у детей //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. - № 4. – С.32-39.
15. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2000. – 103 с.

16. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М., 2008. – 960 с.
17. Марина И. Е. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения: автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук. Красноярск, 2006. - 24 с.
18. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000. – 480 с.
19. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М., 2005. – 182 с.
20. Методики диагностики и измерения психических состояний личности/ Автор и составитель А.О. Прохоров. — М., 2004.- 176 с.
21. Молтсбергер Дж. Опасность самоубийства: клиническая оценка и принятие решений //Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - № 1.
22. Напрасная смерть : причина и профилактика самоубийств : [монография : перевод] / под ред. Д. Вассерман. - М., 2005. - 310 с.
23. Опросник «Одиночество» (модификация С.Г. Корчагиной). - URL: <http://www.gurutestov.ru/test/445> (дата обращения: 14.01.2014 г.).
24. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). - URL: <http://ravnaу-pr.narod.ru/tendencii/oprosnik.htm> (дата обращения:14.01.2014 г.).
25. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие. М., 2008. – 330 с.
26. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в России //Профилактическая медицина. – 2007. - № 5.
27. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
28. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. М.: WHO, 2006. - 30 с.
29. Профилактика суицидов среди подростков: Материалы практического семинара для психологов Алтайского края. Сборник научных статей. – Барнаул, 2006. – 88 с.
30. Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции / Андрюхин Н.Г., Артамонова Е.Г., Банщикова Т.Н., Березина В.А., Богачева Т.Ю., Вихристюк О.В., Ермолаева А.В., Ефимова О.И., Зайцева Н.В., Карпенюк К.В., Колосова А.А., Кретова Н.О., Мищенко П.П., Ощепков А.А., Райфшнайдер Т.Ю., СинягинЮ.В., Синягина Н.Ю. / Сост. и науч. ред. Н.Ю. Синягина, Н.В. Зайцева, Е.Г. Артамонова. М., 2013.- 99 с.
31. Романова И. В. Психофизиологические критерии риска суицидального поведения у школьников 14-17 лет: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук. – Челябинск, 2010. – 23 с.
32. Сакович Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков. — М., 2012. – 113 с.
33. Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид: психологический взгляд. – СПб., 2006. -176с.

34. Смирнова М.В. Психологическая диагностика суицидального риска у сотрудников органов внутренних дел: автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук. – М., 2011. – 29 с.
35. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М., 2005. - 376 с.
36. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации./ Авторы-составители: Л.К.Стадухина, Н.В.Петрова, Е.Л.Норкина, О.А.Маркова, М.Ю.Бондаренко. – Йошкар-Ола, 2013. - 50с.
37. Тормосина Н.Г. Психологическая профилактика аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Пятигорск, 2013. – 23 с.
38. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Издательство Института Психотерапии, 2005. - 490 с.
39. Ушакова Е.С. Суицидальный риск: социологический анализ: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. – СПб., 2010. – 23 с.
40. Шелехов И. Л, Каштанова Т. В., Корнетов А. Н., Толстолес Е. С. Суицидология: учебное пособие. – Томск, 2011. – 203 с.
41. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2005. – 336 с.
42. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., 2001. – 320 с.

**Примерная схема социально-психолого-педагогического
обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида**

- 1 Ф.И.О., пол, год рождения, возраст
- 2 Адрес
- 3 С кем проживает
- 4 Место учебы
- 5 Анамнестические данные
- 6 Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого)
- 7 Наличие алкоголизма у родственников
- 8 Наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников (у кого, возраст)
- 9 Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии)
- 10 Состав семьи (полная, неполная, другие варианты)
- 11 Социальное положение родителей
- 12 Личностные качества родителей:
 - мать: любящая, отвергающая, доминирующая, стеничная, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная, другое
 - отец: любящий, отвергающий, доминирующий, стеничный, агрессивный, подчиняющийся, пассивный, иное
- 13 Лидерство в семье
- 14 Конфликт в семье: есть, нет. Характер конфликта.
- 15 Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними)
- 16 Неправильные формы семейного воспитания: отсутствовали, потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение, гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм)
- 17 Виды наказаний в семье
- 18 Мотивация при обучении в школе
- 19 Успеваемость
- 20 Положение в классе
- 21 Участие в неформальных группировках (конкретно в каких)
- 22 Правонарушения: были или нет, какие конкретно
- 23 Привычные интоксикации: курение, алкоголь, наркотики - частота употребления, мотив употребления.
- 24 Сексуальная жизнь.
- 25 Характерологические особенности личности:

- 26 Выраженность характерологических особенностей личности: в пределах нормы, акцентуированные, психопатические.
- 27 Характеристики суицидного поведения.
- 28 Травмы, несчастные случаи в прошлом: были, не было, когда, какие.
- 29 Непроизвольные самоповреждения.
- 30 Сновидения.
 - с символикой смерти: да нет, возраст.
 - с элементами аутоагрессии: да нет, возраст, какие.
 - со сценами нападения, убийства: да нет, возраст.
 - повторяющиеся сновидения: да нет, содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.
- 31 Страх смерти: да нет, обоснованный или нет, возраст.
- 32 Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.
- 33 Фантазирование на тему собственной смерти: возраст, содержание.
- 34 Отсутствие интереса к жизни: возраст.
- 35 Желание собственной смерти: возраст.
- 36 Планирование последствий суицида: да, нет, содержание.
- 37 Борьба мотивов.
- 38 Моральные рассуждения: самоосуждение, самооправдание.
- 39 Непосредственный повод (провоцирующий фактор).
- 40 Записки: да, нет, содержание.
- 41 Характеристики постсуицидального периода.
- 42 Отношение к суицидальной попытке.

Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова)

№	Проблема	балл
1	Утрата обоих родителей	5
2	Утрата одного из родителей или развод в семье	4
3	Тяжелая психологическая атмосфера в семье	4
4	Изоляция в детском коллективе	4
5	Несправедливые методы воспитания, подавление	4
6	Тяжелые соматические болезни, инвалидность	3
7	Отсутствие опоры на любящего взрослого	3
8	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи	3
9	Акцентуации личности	3
10	Употребление алкоголя и наркотиков	2
11	Нарушение контроля, импульсивность	2
12	Низкая самооценка	1
13	Тяжело протекающий пубертат	1
14	Пассивность, робость, несамостоятельность	1

Дети, набравшие более 25 баллов, могут быть учтены в группе риска суицида.

Опросник суицидального риска модификация Т.Н. Разуваевой

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением "+", в случае несогласия с утверждением "-".

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинувшись первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица №1

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3
Максимализм	4, 16	3, 2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. **Демонстративность.** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.
2. **Аффективность.** Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.
3. **Уникальность.** Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. **Несостоятельность.** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".
5. **Социальный пессимизм.** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".
6. **Слом культурных барьеров.** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".
7. **Максимализм.** Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.
8. **Временная перспектива.** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.
9. **Атисуицидальный фактор.** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма, и полученный результат соотносится с приведенной ниже шкалой:

менее 9 баллов — риск суицида незначителен;

9–15,5 баллов — риск суицида присутствует;

более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к попыткам самоубийства, нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности (знаки беды) начинают усиленно проявляться, то рекомендуется обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью.

Методика «Карта риска суицида»

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
<i>I. Биографические данные</i>			
1. Ранее имела место попытка суицида	– 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	– 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	– 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	– 0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	– 0,5	+0,5	+1
<i>II. Актуальная конфликтная ситуация</i>			
<i>A — вид конфликта:</i>			
1. Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	– 0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	– 0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	– 0,5	+0,5	+1

4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+0,5	+1
<i>Б — поведение в конфликтной ситуации:</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
<i>В — характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты имели место ранее	- 0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	- 0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	- 0,5	+0,5	+1
<i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+0,5	+2
III. Характеристика личности			
<i>А — волевая сфера личности:</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+0,5	+1
2. Решительность	- 0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	- 0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+0,5	+1
<i>Б — эмоциональная сфера личности:</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+0,5	+2
6. Доверчивость	- 0,5	+0,5	+1

7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+2	+3
9. Импульсивность	- 0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	- 0,5	+0,5	+1,5

Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)

Цель: определение суицидальных наклонностей субъекта.

Инструкция. Перед вами некая фигура замысловатой формы. Ее сердцевина закрашена черным. Закончите рисунок, придайте фигуре завершенность. Для этого вам нужно закрасить все части фигуры таким образом, чтобы картина вам самим понравилась.



Интерпретация результатов

Если на вашем рисунке **ОКАЗАЛОСЬ БОЛЬШЕ ЗАКРАШЕННЫХ, ЧЕМ ПУСТЫХ МЕСТ**, то это говорит о том, что в данный момент жизни вы пребываете в мрачном настроении духа. Вас что-то гнетет, вы переживаете из-за каких-то событий или беспокоитесь о чем-то важном для вас, однако это состояние временное, и оно обязательно пройдет. Вы не склонны к суициду, вы любите жизнь и искренне не понимаете тех, кто готов с ней добровольно расстаться.

Если вы **НИЧЕГО НЕ ЗАКРАСИЛИ В ЗАДАННОЙ ФИГУРЕ**, только **ОБВЕЛИ ЕЕ**, то это говорит о вашей железной воле и крепких нервах. Вы никогда не позволите себе поддаться слабости и подумать о самоубийстве, вы считаете это преступлением по отношению к самому себе, близким людям и окружающему вас миру. Как бы ни была трудна жизнь, вы будете жить, вы готовы бороться со всеми жизненными невзгодами, преодолевать любые трудности и препятствия.

Если вы **ЗАКРАСИЛИ НЕ БОЛЬШЕ ТРЕХ МАЛЕНЬКИХ ЧАСТЕЙ ФИГУРЫ**, то это значит, что при определенных обстоятельствах вы могли бы задуматься о самоубийстве, и если бы все обернулось против вас, то, возможно, даже предприняли бы такую попытку. Но, на ваше счастье, вы оптимист по натуре и поэтому обстоятельства крайне редко кажутся вам совсем ужасными, вы всегда видите свет в конце туннеля.

Если вы **ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ЛЕВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ**, то это говорит о вашей душевной ранимости и чрезмерной чувствительности, вы остро воспринимаете несправедливость жизни и страдаете от этого. Вы склонны к суициду, и иной раз единственное, что вас останавливает перед решительным шагом, — это ваша любовь к вашим близким людям. Вы не хотите причинять им боль и поэтому подавляете в себе суицидальные наклонности.

Если вы **ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ПРАВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ**, то это говорит о том, что вы зачастую используете свои суицидальные наклонности с выгодой для себя: вы шантажируете своих близких своим возможным самоубийством, заставляете их выполнять ваши требования. Вы несправедливы, с вами очень тяжело жить.

Если вы **ПРОДОЛЖИЛИ ЗАКРАШИВАНИЕ ЗАДАННОЙ ЧАСТИ ФИГУРЫ**, то это говорит о том, что подсознательно вы подумываете о смерти, ваше мортидо развито столь же сильно, как и либидо. Однако внешне ваши суицидальные наклонности не проявляются, они вырвутся наружу только при удобном случае.

Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

Интерпретация

Максимальный счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Диагностика враждебности (по шкале Кука – Медлей)

Инструкция. Внимательно прочитайте (прослушайте) суждения опросника. Варианты ответов по всем суждениям даны на специальном бланке. Если вы считаете, что суждение верно и соответствует вашему представлению о себе и других людях, то в бланке ответов напротив номера суждения отметьте степень вашего согласия с ним, используя предложенную шкалу:

- 6 – обычно,*
- 5 – частично,*
- 4 – иногда,*
- 3 – случайно,*
- 2 – редко,*
- 1 – никогда.*

1. Я часто встречаю людей, называющих себя экспертами, хотя они таковыми не являются.
2. Мне часто приходилось выполнять указания людей, которые знали меньше, чем я .
3. Многих людей можно обвинить в аморальном поведении.
4. Многие люди преувеличивают тяжесть своих неудач, чтобы получить сочувствие и помощь.
5. Временами мне приходилось грубить людям, которые вели себя невежливо по отношению ко мне и действовали мне на нервы.
6. Большинство людей заводят друзей, потому что друзья могут быть полезны.
7. Часто необходимо затратить много усилий, чтобы убедить других в своей правоте.
8. Люди часто разочаровывали меня.
9. Обычно люди требуют большего уважения своих прав, чем стремятся уважать права других.
10. Большинство людей не нарушают закон, потому что боятся быть пойманными.
11. Зачастую люди прибегают к нечестным способам, чтобы не потерять возможной выгоды.
12. Я считаю, что многие люди используют ложь, для того чтобы двигаться дальше.
13. Существуют люди, которые настолько мне неприятны, что я невольно радуюсь, когда их постигают неудачи.
14. Я часто могу отойти от своих принципов, чтобы превзойти своего противника.
15. Если люди поступают со мной плохо, я обязательно отвечаю им тем же, хотя бы из принципа.
16. Как правило, я отчаянно отстаиваю свою точку зрения.
17. Некоторые члены моей семьи имеют привычки, которые меня раздражают.
18. Я не всегда легко соглашаюсь с другими.
19. Никого никогда не заботит то, что с тобой происходит.
20. Более безопасно некому не верить.
21. Я могу вести себя дружелюбно с людьми, которые, по моему мнению, поступают неверно.
22. Многие люди избегают ситуаций, в которых они должны помогать другим.
23. Я не осуждаю людей за то, что они стремятся присвоить себе все, что только можно.
24. Я не виню человека за то, что он в своих целях использует других людей, позволяющих ему это делать.
25. Меня раздражает, когда другие отрывают меня от дела.
26. Мне бы определенно понравилось, если бы преступника наказали его же преступлением.
27. Я не стремлюсь скрыть плохое мнение о других людях.

Обработка результатов и интерпретация

Ключ

- * Шкала цинизма: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 22.
- * Шкала агрессивности: 5, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 26, 27.
- * Шкала враждебности: 8, 13, 17, 18, 25.

Варианты ответа	Баллы
1 – обычно	6
2 – часто	5
3 – иногда	4
4 – случайно	3
5 – редко	2
6 – никогда	1

Интерпретация результатов для шкалы цинизма:

65 баллов и больше – высокий показатель;
40-65 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;
25-40 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;
25 баллов и меньше – низкий показатель.

Интерпретация результатов для шкалы агрессивности:

45 баллов и больше – высокий показатель;
30-45 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;
15-30 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;
15 баллов и меньше – низкий показатель.

Интерпретация результатов для шкалы враждебности:

25 баллов и больше – высокий показатель;
18-25 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;
10-18 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;
10 баллов и меньше – низкий показатель.

Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона

Инструкция. Вам предлагается ряд утверждений. Рассмотрите последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления применительно к Вашей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Выбранный вариант отметьте знаком «+».

	Утверждения	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1	Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку				
2	Мне не с кем поговорить				
3	Для меня невыносимо быть таким одиноким				
4	Мне не хватает общения				
5	Я чувствую, будто никто не понимает меня				
6	Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят, напишут мне				
7	Нет никого, к кому бы я мог обратиться				
8	Я сейчас больше ни с кем не близок				
9	Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи				
10	Я чувствую себя покинутым				
11	Я не способен раскрепощаться и общаться с теми, кто меня окружает				
12	Я чувствую себя совершенно одиноким				
13	Мои социальные отношения и связи поверхностны				
14	Мне не достает компании				
15	В действительности никто как следует не знает меня				
16	Я чувствую себя изолированным от других				
17	Я несчастен, будучи таким отверженным				
18	Мне трудно заводить друзей				
19	Я чувствую себя исключенным и изолированным другими				
20	Люди вокруг меня, но не со мной				

Обработка результатов и интерпретация

Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов «часто» умножается на 3, «иногда» – на 2, «редко» – на 1 и «никогда» – на 0. Полученные результаты складываются. Максимально возможный показатель одиночества – 60 баллов.

Высокую степень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

«Одиночество» опросник С.Г. Корчагиной

Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества.

Инструкция. Вам предлагается 12 вопросов и 4 варианта ответов на них. Выберите тот, который наиболее соответствует вашему представлению о себе.

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) никогда.

Опросник

1. Бывает ли так, что Вы не находите понимания у близких (друзей)?
2. Возникает ли у Вас мысль, что по-настоящему Вы никому не нужны?
3. Бывает ли у Вас ощущение собственной заброшенности, покинутости в мире?
4. Испытываете ли Вы недостаток в дружеском общении?
5. Бывает ли у Вас чувство острой тоски по чему-то безвозвратно ушедшему, потерянному навсегда?
6. Чувствуете ли Вы перегруженность поверхностными социальными контактами, не дающими возможность истинного человеческого общения?
7. Присутствует ли у Вас ощущение собственной зависимости от других людей?
8. Способны ли Вы сейчас к истинному сопереживанию горя другого человека?
9. Можете ли Вы выразить человеку свое сопереживание, понимание, сочувствие?
10. Бывает ли так, что успех или везение другого человека вызывает у Вас чувство своей ущемленности, сожаление по поводу собственных неудач?
11. Проявляете ли Вы свою самостоятельность в решении сложных жизненных ситуаций?
12. Чувствуете ли Вы в себе достаточный резерв возможностей для того, чтобы самостоятельно решать жизненные задачи?

Обработка результатов и интерпретация

Этот опросник обрабатывается достаточно просто. Ответам испытуемого приписываются следующие баллы: всегда – 4, часто – 3, иногда – 2, никогда – 1.

Ключ для измерения выраженности одиночества:

- 12-16 баллов – человек не переживает сейчас одиночество;
- 17-27 баллов – неглубокое переживание возможного одиночества;
- 28-38 – глубокое переживание актуального одиночества;
- 39-48 – очень глубокое переживание одиночества, погруженность в это состояние.

**Психолого-педагогическое заключение
по факту завершения суицида несовершеннолетнего
(примерная схема)**

1. Ф.И.О. суицидента
2. Пол
3. Дата рождения
4. Домашний адрес
5. Состав семьи (мать, отец, братья, сестры, все, кто проживал в доме), их место работы или учебы, должность, год рождения
6. Место учебы суицидента
7. Перенесенные заболевания
8. Вредные привычки

Обстоятельства суицида

9. Дата совершения суицида
10. Место совершения суицида
11. Способ совершения суицида
12. Кто присутствовал при совершении суицида
13. Время обнаружения тела
14. Кто обнаружил тело
15. Непосредственный повод (описание ситуации)
16. Наличие предсмертной записки и ее содержание
17. Высказывал ли ранее суицидальные намерения (когда, кому, в какой форме, при каких обстоятельствах)
18. Содержание акта судебно-медицинской экспертизы
19. Отмечалось ли состояние алкогольного (наркотического) опьянения во время совершения суицида

Характеристика семейного окружения

20. Наследственная отягощенность:
 - наличие соматических заболеваний со стороны родителей
 - наличие психических заболеваний со стороны родителей
 - наличие алкоголизма (наркомании, токсикомании) у родственников
 - семейная история суицида
 - случаи скоропостижной смерти близких родственников в результате несчастных случаев
21. Формы отклоняющегося поведения у близких родственников (склонность к правонарушениям, повышенная агрессивность, слабая степень социальных контактов и др.)
22. Характеристика семейно-бытовых условий
23. Лидерство в семье
24. Отношения с родными братьями и сестрами
25. Особенности семейного воспитания

Характеристика школьного окружения

26. Психофизическое развитие
27. Учебная мотивация
28. Классные обязанности
29. Участие в классных и школьных мероприятиях
30. Внеучебная деятельность
31. Взаимоотношения с одноклассниками
32. Взаимоотношения с учителями
33. Участие в неформальных группах
34. Правонарушения
35. Привычные формы проведения досуга

Взаимоотношения со сверстниками

36. Друзья
37. Есть ли близкий друг
38. Взаимоотношения с противоположным полом
39. Наличие сексуальных контактов

Психологическая характеристика

(заполняется школьным психологом или классным руководителем)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Подписи

Дата

**Диагностика суицидального поведения подростков
(Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста)**

Цель: определение уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющих на формирование суицидальных наклонностей.

Опросник Г. Айзенка включает описание различных психических состояний, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть. Каждому испытуемому предлагается ознакомиться с содержанием 40 предложений.

Инструкция. «Напротив каждого утверждения стоят 3 цифры: 2, 1, 0. Если утверждение Вам подходит, то обведите кружком цифру 2; если не совсем подходит – цифру 1; если не подходит – 0

- | | |
|--|-------|
| 1. Я часто не уверен в своих силах. | 2 1 0 |
| 2. Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход. | 2 1 0 |
| 3. Я часто оставляю за собой последнее слово. | 2 1 0 |
| 4. Мне трудно менять свои привычки. | 2 1 0 |
| 5. Я часто из-за пустяков краснею. | 2 1 0 |
| 6. Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом. | 2 1 0 |
| 7. Нередко в разговоре я перебиваю собеседника. | 2 1 0 |
| 8. Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое. | 2 1 0 |
| 9. Я часто просыпаюсь ночью. | 2 1 0 |
| 10. При крупных неприятностях я обычно виню только себя. | 2 1 0 |
| 11. Меня легко рассердить. | 2 1 0 |
| 12. Я очень осторожен по отношению к переменам в моей жизни. | 2 1 0 |
| 13. Я легко впадаю в уныние. | 2 1 0 |
| 14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат. | 2 1 0 |
| 15. Мне приходится часто делать замечания другим. | 2 1 0 |
| 16. В споре меня трудно переубедить. | 2 1 0 |
| 17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности. | 2 1 0 |
| 18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной. | 2 1 0 |

19. Я хочу быть авторитетом для окружающих.	2 1 0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться.	2 1 0
21. Меня пугают трудности, с которыми мне предстоит встретиться в жизни.	2 1 0
22. Нередко я чувствую себя незащищенным.	2 1 0
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, а хочу добиться максимального успеха.	2 1 0
24. Я легко сближаюсь с людьми.	2 1 0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках.	2 1 0
26. Иногда у меня бывают состояния отчаяния.	2 1 0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь.	2 1 0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется.	2 1 0
29. Меня легко убедить.	2 1 0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности.	2 1 0
31. Предпочитаю руководить, а не подчиняться.	2 1 0
32. Нередко я проявляю упрямство.	2 1 0
33. Меня беспокоит состояние моего здоровья.	2 1 0
34. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски.	2 1 0
35. У меня резкая, грубоватая жестикуляция.	2 1 0
36. Я неохотно иду на риск.	2 1 0
37. Я с трудом переношу время ожидания.	2 1 0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки.	2 1 0
39. Я мстителен.	2 1 0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов.	2 1 0

Ключ

1. Шкала *тревожности* 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.
2. Шкала *фрустрации* 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.
3. Шкала *агрессии* 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
4. Шкала *ригидности* 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов «1» и «2», совпадающих с ключом. За каждый совпавший с ключом ответ «2» начисляется 2 балла, за ответ «1» – 1 балл. Затем ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по каждой шкале – 10.

ДЕТИ И РЕКА

Путник, идущий вдоль реки, услышал отчаянные детские крики. Подбежав к берегу, он увидел в реке тонущих детей и бросился их спасать. Заметив проходящего человека, он позвал его на помощь. Тот стал помогать тем, кто держался на плаву. Увидев третьего путника, они позвали его на помощь, но он не обращая внимания на призывы, ускорил шаги. "Разве тебе безразлична судьба детей?" - спросили спасатели. Третий путник им ответил: "Я вижу, что вы вдвоем пока справляетесь. Я добегу до поворота, узнаю, почему дети попадают в реку, и постараюсь это предотвратить».

В РУКАХ СУДЬБЫ

Великий японский воин по имени Нобунага решил атаковать противника, хотя врагов было в десять раз больше. Он знал, что победит, но его солдаты сомневались. По дороге он остановился у святыни и сказал своим людям:

- После того, как я навешу святыню, я брошу монетку. Если выпадет орел, мы победим, если решка — проиграем. Судьба держит нас в руках.

Нобунага вошел в святыню и молча помолился. Выйдя, он бросил монетку. Выпал орел. Его солдаты так рвались в бой, что легко выиграли битву.

- Никто не может изменить судьбу, — сказал ему слуга после битвы

- Конечно, нет, — ответил Нобунага, показывая ему монетку, у которой с обеих сторон был орел.

ВСЕ В ТВОИХ РУКАХ

Давным-давно в старинном городе жил Мастер, окруженный учениками. Самый способный из них однажды задумался: «А есть ли вопрос, на который наш Мастер не смог дать ответа?»

Он пошел на цветущий луг, поймал самую красивую бабочку и спрятал ее между ладонями. Бабочка цеплялась лапками за его руки, и ученику было щекотно. Улыбаясь, он подошел к Мастеру и спросил:

— Скажите, какая бабочка у меня в руках: живая или мертвая? Он крепко держал бабочку в сомкнутых ладонях и был готов в любое мгновение сжать их ради своей истины. Не глядя на руки ученика, Мастер ответил:

— Все в твоих руках.